

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗАЩИТЫ ПРАВ
ПОТРЕБИТЕЛЕЙ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ЧЕЛОВЕКА



ДОКЛАД

Ը հետևետ՝
հոգստե՝ և զհյճտեճվի հետե
Եժոցտիտեււճ՝ ճոհյճյճճ՝
Յ լտհյճհետե՝ և յհյճոյճճ
Յ 2025 տեհե

МОСКВА

2026

Государственный доклад

**О состоянии
санитарно-эпидемиологического
благополучия населения
в Российской Федерации
в 2025 году**

ББК 5.1.1(Рос)1
О11

О11 **О состоянии** санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2025 году: Государственный доклад. Москва : Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2026. – 407 с.

Подписано в печать 27.05.2026

Формат 60×90/8

Печ. л. 51,00

Тираж 300 экз.

© Федеральная служба по надзору в сфере защиты
прав потребителей и благополучия человека, 2026

Содержание

Введение.....	4
Раздел 1. Результаты социально-гигиенического мониторинга за отчетный год и в многолетней динамике	7
1.1. Состояние среды обитания и ее влияние на здоровье населения	12
1.1.1. Состояние атмосферного воздуха и его влияние на здоровье населения	20
1.1.2. Состояние питьевой воды, воды водоемов, используемых для водоснабжения населения и рекреационных целей	35
1.1.3. Состояние почв территорий	52
1.1.4. Мониторинг качества и безопасности продовольственного сырья и пищевых продуктов	52
1.1.5. Влияние потребления алкоголя и табакокурения на здоровье населения	76
1.1.6. Мониторинг условий обучения и воспитания, отдыха детей и их оздоровления	84
1.1.7. Мониторинг физических факторов среды обитания.....	109
1.1.8. Мониторинг радиационной обстановки и доз облучения населения	124
1.2. Анализ состояния здоровья в связи с вредным воздействием факторов среды обитания человека и условий труда.....	145
1.2.1. Анализ состояния здоровья населения в связи с вредным воздействием факторов среды обитания на человека	150
1.2.2. Анализ состояния здоровья работающего населения и профессиональной заболеваемости.....	170
1.3. Анализ инфекционной и паразитарной заболеваемости	196
1.3.1. Инфекционные заболевания	196
1.3.2. Санитарная охрана территории Российской Федерации	282
1.3.3. Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи.....	283
1.3.4. Паразитарные заболевания.....	288
Раздел 2. Основные результаты научных исследований в области гигиены, эпидемиологии, профилактической медицины	295
2.1. Основные результаты научных исследований в области гигиены	295
2.2. Основные результаты научных исследований в области эпидемиологии и профилактической медицины.....	313
2.3. Неспецифическая профилактика и дезинфекционная деятельность.....	338
2.3.1. Научно-методическое обеспечение дезинфекционной деятельности	338
2.3.2. Итоги работы научно-методического центра по неспецифической профилактике инфекционных болезней и мониторингу устойчивости биоагентов к дезинфекционным средствам	340
Раздел 3. Результаты деятельности органов и учреждений Российской Федерации, входящих в систему федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора.....	344
3.1. Основные результаты деятельности структурных подразделений Федерального медико-биологического агентства Российской Федерации	344
3.2. Основные результаты деятельности структурных подразделений Управления делами Президента Российской Федерации.....	353
3.3. Основные результаты деятельности структурных подразделений Министерства внутренних дел Российской Федерации	360
3.4. Основные результаты деятельности структурных подразделений учреждений Федеральной службы исполнения наказаний Российской Федерации.....	368
3.5. Основные результаты деятельности структурных подразделений Федеральной службы войск национальной гвардии Российской Федерации	380
3.6. Основные результаты деятельности структурных подразделений Министерства обороны Российской Федерации.....	386
Раздел 4. Достигнутые результаты улучшения санитарно-эпидемиологической обстановки, имеющиеся проблемные вопросы при обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия и намечаемые меры по их решению	390
4.1. Достигнутые результаты и прогноз улучшения качества среды обитания и состояния здоровья населения, оценка предотвращенных экономических потерь валового внутреннего продукта, связанных с неблагоприятным воздействием факторов среды обитания	390
4.2. Выполнение мер по реализации международных актов и нормативных правовых актов Российской Федерации, принятых в целях обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения Российской Федерации	396
4.3. Нормативные правовые акты и документы стратегического планирования, регулирующие сферы деятельности Роспотребнадзора	399
Заключение	404

Введение

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека ставит своей целью выполнение задач, связанных с полномочиями по осуществлению государственного контроля (надзора) за исполнением обязательных требований законодательства Российской Федерации по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения, выявлению и реагированию на угрозы биологической безопасности, в области потребительского рынка и обеспечения качества и безопасности пищевых продуктов, профилактики и снижения рисков для здоровья населения, защиты прав потребителей. Деятельность Роспотребнадзора направлена на достижение национальных целей развития Российской Федерации, определенных Указом Президента Российской Федерации от 07.05.2024 № 309 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года и на перспективу до 2036 года». Реализация национальных и федеральных проектов определяет приоритетные задачи органов и организаций Роспотребнадзора, их роль в достижении ключевых социально значимых результатов, таких как повышение ожидаемой продолжительности жизни к 2030 году до 78 лет и к 2036 году – до 81 года.

Роспотребнадзором внедряются цифровые инструменты противоэпидемической готовности. Используются специализированные программные средства: Единая информационно-аналитическая система Роспотребнадзора, АИС «Периметр», Российская платформа агрегации данных о геномах VGARus, ГИС «Портал» природных очагов инфекций, Популяционная Эпидемиологическая Модель агентная (ПОЭМа), программное обеспечение PLASMA.

Продолжается реализация федерального проекта «Санитарный щит – безопасность для здоровья (предупреждение, выявление, реагирование)», благодаря которому расширяется доступность для населения современной лабораторной диагностики инфекций и обеспечена возможность экстренного масштабирования исследований в случае осложнения эпидемиологической ситуации; сокращено до 24 часов время реагирования на вспышки опасных инфекций в любой точке страны с помощью мобильных лабораторий, разработанных Роспотребнадзором; организован геномный мониторинг за циркуляцией возбудителей инфекционных заболеваний; совершенствуется санитарно-карантинный контроль в пунктах пропуска через государственную границу Российской Федерации; расширяется сеть лабораторий высокого уровня биобезопасности в регионах повышенного риска, а также повышается санитарная грамотность населения и доверие граждан к принимаемым санитарным мерам.

Осуществляется дооснащение лабораторной базы современным высокоточным аналитическим оборудованием, модернизация приборного парка, что способствует расширению номенклатуры применяемых методов исследований и, как результат, повышению качества и информативности исследований и испытаний, сокращению времени диагностики, в том числе за счет внедрения экспресс-технологий. Научно-исследовательскими институтами Роспотребнадзора создано 124 новых теста, в том числе 69 быстрых (для диагностики гриппа, кори, туберкулеза, брюшного тифа, сальмонеллеза, устойчивой формы стафилококка, грибковых заболеваний, вируса оспы обезьяны, ряда опасных вирусов (Ниппах, Гауанарито) и опасных инфекций: чума, лихорадка чикунгунья, сибирская язва, холера, туляремия, бруцеллез). К 2030 году запланировано к разработке не менее 50 быстрых тестов.

Совершенствуются информационно-аналитические возможности системы социально-гигиенического мониторинга, проводится модернизация проблемно-ориентированных референс-центров, развитие и интеграция с информационными системами других ведомств, что обеспечивает деятельность по управлению рисками. Осуществление контрольной (надзорной) деятельности на основе риск-ориентированной модели в условиях новых вызовов и угроз, связанных с влиянием санитарно-гигиенических факторов (химических, физических, биологических, радиационных), позволяет предотвратить и минимизировать риски для здоровья населения. Развиваются новые инструменты контроля за продукцией на основе данных государственной информационной системы мониторинга за оборотом товаров, подлежащих обязательной маркировке средствами идентификации. Роспотребнадзором реализуется новое полномочие по блокировке страниц сайтов с информацией о торговле запрещенными биологически активными добавками к пище (далее – БАД).

Научно-методическое сопровождение деятельности органов и организаций Роспотребнадзора обеспечивается 28 научно-исследовательскими организациями гигиенического и эпидемиологического профиля, в том числе 5 научно-исследовательскими противочумными институтами. Методологическое сопровождение эпидемиологического надзора осуществляется 53 референс-центрами, функционирующими на базе научно-исследовательских организаций Роспотребнадзора, в том числе 6 референс-центрами гигиенического профиля и 47 – эпидемиологического профиля.

Выполняются 451 научно-исследовательская работа (далее – НИР), в том числе 30 фундаментальных, в рамках отраслевых научно-исследовательских программ Роспотребнадзора «Научное обоснование национальной системы обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия, управления рисками здоровью и повышения качества жизни населения России» и «Научное обеспечение эпидемиологического надзора и санитарной охраны территорий Российской Федерации. Создание новых технологий, средств и методов контроля и профилактики инфекционных и паразитарных болезней» на период до 2030 года».

Осуществляется научно-методическое сопровождение мероприятий федеральных и национальных проектов, государственных программ: ФП «Чистый воздух», ГП «Обеспечение химической и биологической безопасности Российской Федерации (2020–2025 гг.)», ФП «Санитарный щит – безопасность для здоровья (предупреждение, выявление, реагирование)», ФП «Генеральная уборка», ФП «Продолжительная и активная жизнь», Федеральной научно-технической программы развития генетических технологий на 2019–2030 годы, Программы фундаментальных научных исследований в Российской Федерации на долгосрочный период (2021–2030 годы).

Внедряются системные подходы, направленные на создание и поддержание информационно-просветительской среды, способствующей формированию устойчивых изменений в мотивации и ведении здорового образа жизни населения, включая приверженность принципам здорового питания, активного долголетия. Реализуется стратегия коммуникационного развития (таргетированная коммуникация), направленная на формирование нового санитарно-гигиенического поведения, начиная с детского возраста.

Продолжается формирование единой системы предупреждения инфекционных угроз на евразийском пространстве. В 2025 году Роспотребнадзор расширял взаимодействие с зарубежными партнерами в области профилактики и борьбы с инфекциями, защиты прав потребителей, обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия и биологической безопасности. Реализуется совместный мониторинг природных очагов чумы и других природно-очаговых инфекций на территории

Армении, Киргизии, Казахстана, Таджикистана и Монголии. Благодаря мониторингу за возбудителем холеры на таджикско-афганской границе не допущен завоз заболевания в Россию и на территорию Таджикистана, нивелированы риски его распространения в регионе. Роспотребнадзором укреплена сеть мобильных противоэпидемических лабораторий, которая расширилась до 61 лаборатории в 21 стране. Функционируют 4 центра Роспотребнадзора по изучению и профилактике инфекционных болезней в Гвинее, Вьетнаме, Венесуэле и Бурунди. В рамках сотрудничества со странами Африки в г. Аддис-Абебе (Эфиопия) в 2025 году впервые в истории проведены российско-африканские международные учения команд быстрого реагирования на чрезвычайные ситуации санитарно-эпидемиологического характера. Большое внимание уделено продвижению на международных площадках российского опыта в сфере защиты прав потребителей. Роспотребнадзор возглавил российскую делегацию на Конференции ООН по защите прав потребителей и конкуренции, где были определены ключевые направления работы ЮНКТАД на 5 лет, включены инициативы Роспотребнадзора по использованию цифровых методов контроля, повышению уровня защиты персональных данных потребителей, закреплению принципа «защита слабой стороны договора».

В 2025 году Роспотребнадзор принимал активное участие в разработке международных стандартов качества и безопасности пищевой продукции на площадке Комиссии «Кодекс Алиментариус» и участвовал в 8 заседаниях рабочих органов Комиссии.

Продолжена работа по разработке международных стандартов качества и безопасности пищевой продукции на площадке Комиссии «Кодекс Алиментариус».

Структурными подразделениями федеральных органов исполнительной власти, входящими в систему федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора, обеспечено достижение основных результатов и показателей по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения в подведомственных организациях и на объектах.

На основе больших массивов первичных и многолетних данных статистических отчетных форм, сформированных в Единой информационно-аналитической системе Роспотребнадзора, с применением наукоемких технологий, многофакторного анализа, прогнозирования, оценки и управления рисками, средств визуализации и картографирования выполнена оценка санитарно-эпидемиологической обстановки в Российской Федерации, результаты которой представлены в государственном докладе «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2025 году».

Государственный доклад содержит сведения федеральной и отраслевой статистической отчетности, результаты социально-гигиенического мониторинга и научно-исследовательских работ в области гигиены, эпидемиологии, профилактической медицины, оценку предотвращенных экономических потерь, экономическую эффективность деятельности по улучшению качества среды обитания, прогнозы и приоритетные задачи по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения и управления рисками для здоровья.

Государственный доклад является действенным инструментом, содержащим объективную систематизированную аналитическую информацию о состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации.

Главный государственный санитарный врач
Российской Федерации



А.Ю. Попова

Раздел 1. Результаты социально-гигиенического мониторинга за отчетный год и в многолетней динамике

В ходе социально-гигиенического мониторинга, проводимого Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека системно ведутся наблюдения за объектами среды обитания с оперативным реагированием на угрозы и вызовы санитарно-эпидемиологическому благополучию населения Российской Федерации.

Ежегодно корректируются объемы лабораторных исследований с учетом риск-ориентированного подхода и прогнозных уровней ассоциированной с неблагоприятными факторами среды обитания заболеваемости населения.

Количество исследованных в 2025 г. проб воды, воздуха, почвы, продуктов питания составляет более 4 млн. Измеряются и оцениваются по гигиеническим критериям более 100 показателей безопасности и качества объектов среды обитания.

Расширение аналитической и методической базы, инновационные технологии федеральных и национальных проектов, развитие лабораторной базы, научное сопровождение деятельности органов и организаций Роспотребнадзор позволяют обосновать и расширить перечень приоритетных для контроля показателей через инструменты углубленной идентификации, оперативно разворачивать исследования по результатам индикативных (маркерных) показателей, в том числе при чрезвычайных ситуациях. Кроме того, система социально-гигиенического мониторинга интегрирует данные о состоянии здоровья населения страны, что позволяет установить причинно-следственные связи между уровнем измеряемых факторов и ответами со стороны здоровья людей и обосновать оптимальные решения по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

В целом состояние санитарно-эпидемиологического благополучия в субъектах Российской Федерации, определяемое санитарно-гигиеническими факторами, характеризуется постоянным улучшением, несмотря на локальные проблемы и отклонения от общей тенденции. Группа санитарно-гигиенических факторов, определяющих нагрузку на здоровье населения численность подверженного воздействию населения в субъектах Российской Федерации в 2025 году приведены в табл. 1.1.

Таблица 1.1

Санитарно-гигиенические факторы, формирующие состояние здоровья населения в субъектах Российской Федерации, 2025 год

Виды нагрузки на население	Основные показатели состояния здоровья населения, на которые влияют санитарно-гигиенические факторы	Численность населения, под воздействием факторов, не соответствующих санитарно-эпидемиологическим требованиям и нормативам
1	2	3
Комплексная химическая нагрузка	Общая заболеваемость. Распространенность болезней органов дыхания, органов пищеварения, эндокринной системы, системы кровообращения, костно-мышечной системы, мочеполовой системы, нервной системы, злокачественных новообразований, в том числе у детей	83,8 млн человек, 42 субъекта Российской Федерации

Продолжение табл. 1.1

1	2	3
	Врожденные аномалии у детей. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности. Смертность всего населения, в том числе от болезней системы кровообращения, злокачественных новообразований. Младенческая смертность	
Комплексная биологическая нагрузка	Заболеваемость всего населения, в том числе взрослых и детей. Распространенность инфекционных и паразитарных заболеваний (все население, дети). Распространенность болезней органов пищеварения, системы кровообращения, в том числе у детей, эндокринной системы, злокачественных новообразований, травм и отравлений. Общая смертность. Смертность от болезней системы кровообращения. Смертность от злокачественных новообразований	60,2 млн человек, 38 субъектов Российской Федерации
Комплексная нагрузка, связанная физическими факторами	Общая заболеваемость всего населения, в том числе взрослых. Врожденные аномалии у детей. Распространенность злокачественных новообразований, болезней системы кровообращения, в том числе у детей, болезней нервной системы. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности. Смертность от внешних причин. Смертность от болезней системы кровообращения	57,3 млн человек, 30 субъектов Российской Федерации

На рис. 1.1 приведена динамика и прогноз до 2028 г. изменения численности населения в субъектах Российской Федерации, подверженного воздействию комплексной химической нагрузки, которая характеризуется наибольшей распространенностью влияния.

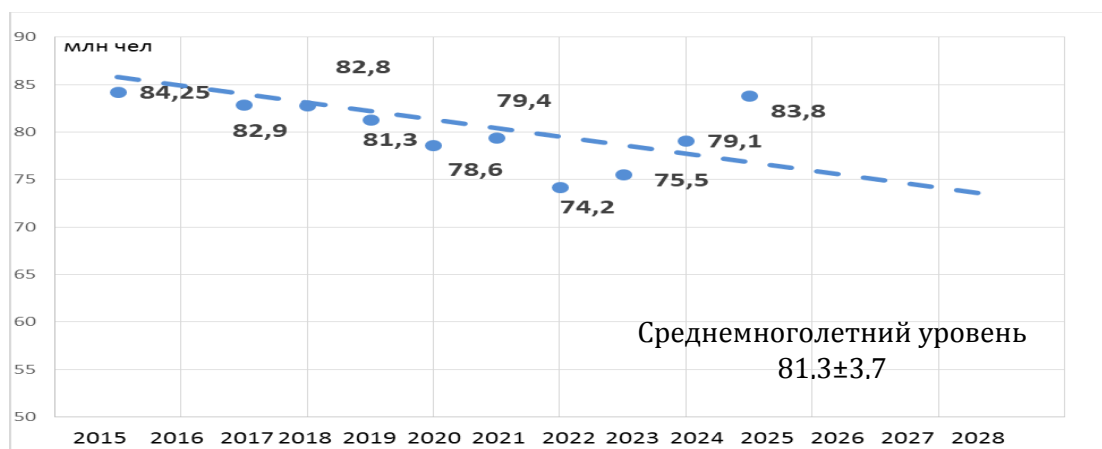


Рис. 1.1. Динамика и прогноз до 2028 г. изменения количества населения, подверженного химической нагрузке факторов среды обитания

Распределение субъектов Российской Федерации по степени влияния на формирование численности населения, подверженного воздействию комплексной химической нагрузки, приведено на рис. 1.2.

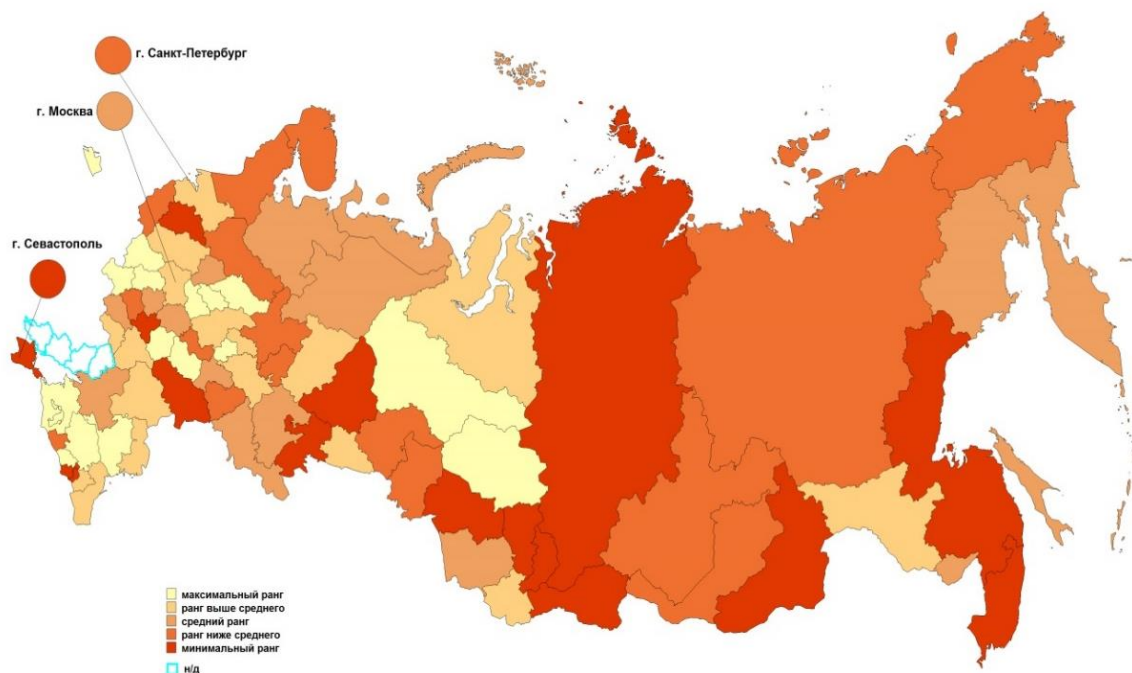


Рис. 1.2. Распределение субъектов Российской Федерации по уровню комплексной химической нагрузки

Комплексная биологическая нагрузка (микробиологическое загрязнение продуктов питания, питьевой воды и почвы), определяющая воздействие на формирование инфекционных и паразитарных заболеваний населения (кроме вирусных инфекций), также постепенно снижается, в том числе вследствие постоянного контроля Роспотребнадзором именно микробной составляющей качества и безопасности объектов среды обитания (рис. 1.3).

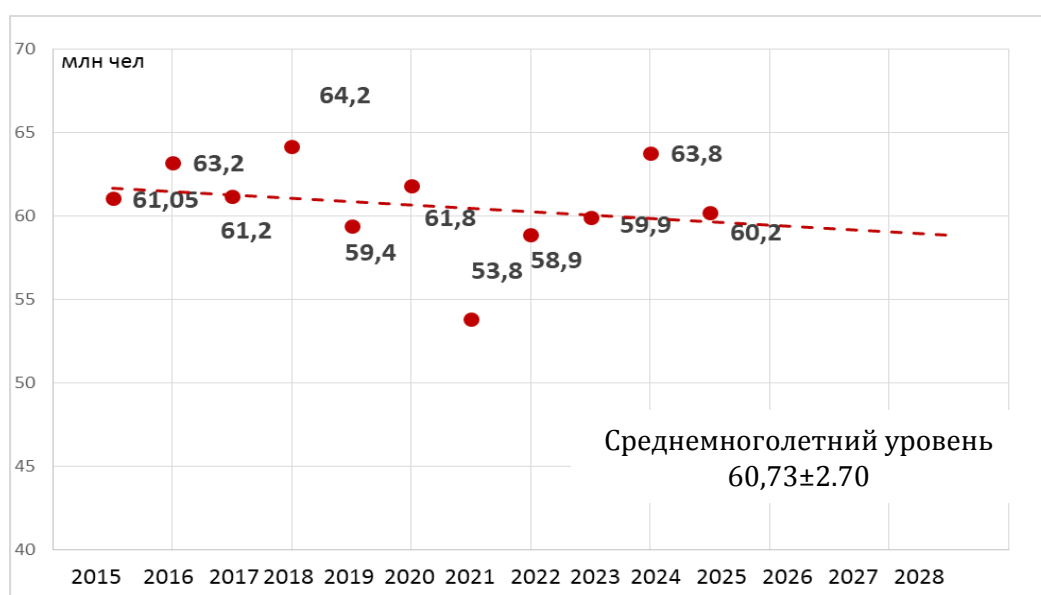


Рис. 1.3. Динамика и прогноз до 2028 г. изменения количества населения, подверженного микробиологической нагрузке среды обитания

Результаты ранжирования субъектов Российской Федерации по показателю численности населения, подверженного воздействию биологической нагрузки на здоровье населения, в 2025 году приведены на рис. 1.4.

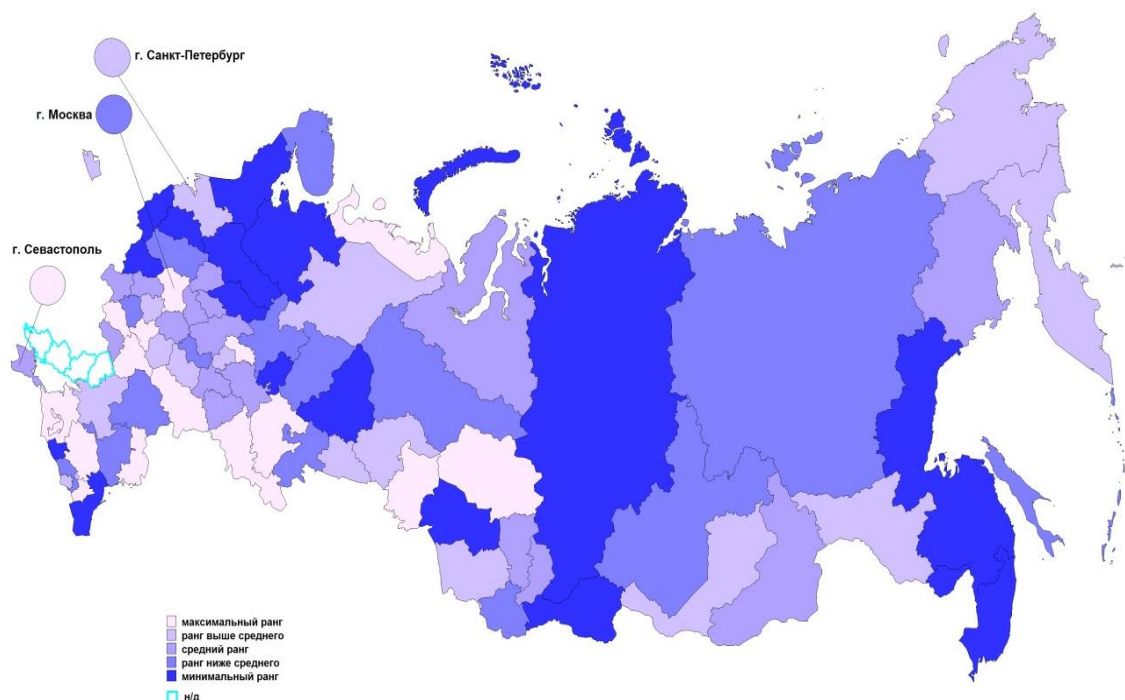


Рис. 1.4. Распределение субъектов Российской Федерации по интегральному показателю воздействия комплексной биологической нагрузки, 2025 год

В список субъектов Российской Федерации с наибольшим влиянием на здоровье (за исключением вирусных инфекций) комплексной биологической нагрузки по показателю численности подверженного населения вошли: Костромская область, Смоленская область, Республика Карелия, Архангельская область, Новгородская область, Свердловская область, Красноярский край, Приморский край, Хабаровский край, Еврейская автономная область.

Список субъектов Российской Федерации с наименьшим воздействием этого комплекса факторов составляют Воронежская область, Ненецкий автономный округ, Республика Адыгея, Краснодарский край, город Севастополь, Чеченская Республика, Республика Марий Эл, Оренбургская область, Саратовская область, Омская область.

Численность населения, подверженного воздействию за последнее десятилетие остается на уровне около 60,0 млн человек, в 2025 году значение показателя составило 57,3 млн человек (снижение относительно 2024 года – 5,1 млн человек).

Ранжирование субъектов Российской Федерации по комплексной нагрузке, связанной с физическими факторами, в 2025 году приведено на рис. 1.5.

В наибольшей степени комплексной нагрузке, связанной с воздействием физических факторов среды обитания, подвержено население в Костромской области, Республике Коми, Ненецком автономном округе, городе Санкт-Петербурге, Республике Дагестан, Удмуртской Республике, Нижегородской области, Республике Алтай, Омской области, Хабаровском крае.

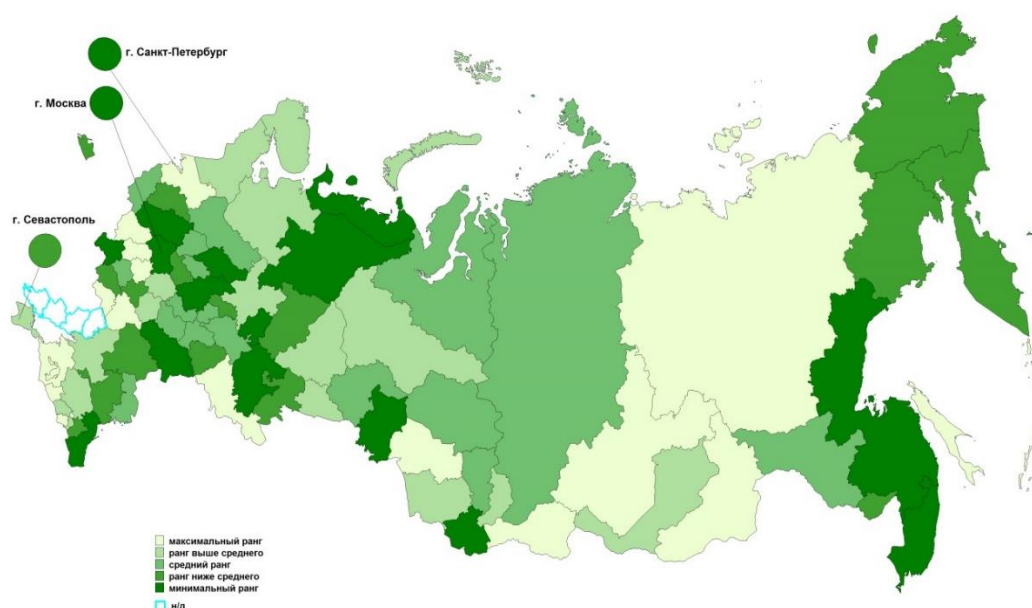


Рис. 1.5. Распределение субъектов Российской Федерации по интегральному показателю воздействия комплексной нагрузки, связанной с физическими факторами, 2025 год

В меньшей степени этому воздействию подвержено население Тульской области, Ленинградской области, Республике Адыгея, Краснодарском крае, Карачаево-Черкесской Республике, Оренбургской области, Республике Тыва, Иркутской области, Республике Саха (Якутия), Забайкальском крае.

В группу факторов, влияющих на санитарно-гигиеническую обстановку в субъектах Российской Федерации, относятся факторы, характеризующие условия труда работающего населения и условия обучения и воспитания детей и подростков.

Основные показатели состояния здоровья работающего населения, на которые оказывают влияние производственной среды и трудового процесса, а также количество субъектов Российской Федерации, для которых характерно значительное влияние этих факторов на здоровье, приведены в табл. 1.2.

Таблица 1.2

**Факторы производственной среды и трудового процесса,
формирующие негативные тенденции в состоянии здоровья населения
в субъектах Российской Федерации, 2025 год**

Группы факторов	Основные медико-демографические показатели и показатели заболеваемости, на которые влияют социально-экономические факторы	Численность населения, подверженного воздействию факторов
Условия производственной среды и трудового процесса, не соответствующие санитарно-эпидемиологическим требованиям и нормативам	Заболеваемость с временной утратой трудоспособности. Распространенность болезней органов дыхания, злокачественных новообразований, болезней мочеполовой системы, органов кровообращения, эндокринной системы. Травмы и отравления всего населения	17,1 млн человек, 38 субъектов Российской Федерации

Отмечается влияние факторов производственной среды и трудового процесса на состояние здоровья работающего населения в 2025 году в 38 субъектах Российской Федерации (в 2023 году эти проблемы отмечались как приоритетные для 36 субъектов Российской Федерации, в 2024 году для 37 субъектов Российской Федерации), с численностью подверженных воздействию около 17,1 млн человек. Влияние на формирование здоровья работающего населения данных факторов в последние годы характеризуется как относительно стабильное, включая такой показатель как заболеваемость с временной утратой трудоспособности.

Ранжирование субъектов Российской Федерации по степени влияния на состояние здоровья работающего населения комплекса факторов производственной среды и трудового процесса (по интегральной оценке) приведено на рис. 1.6.

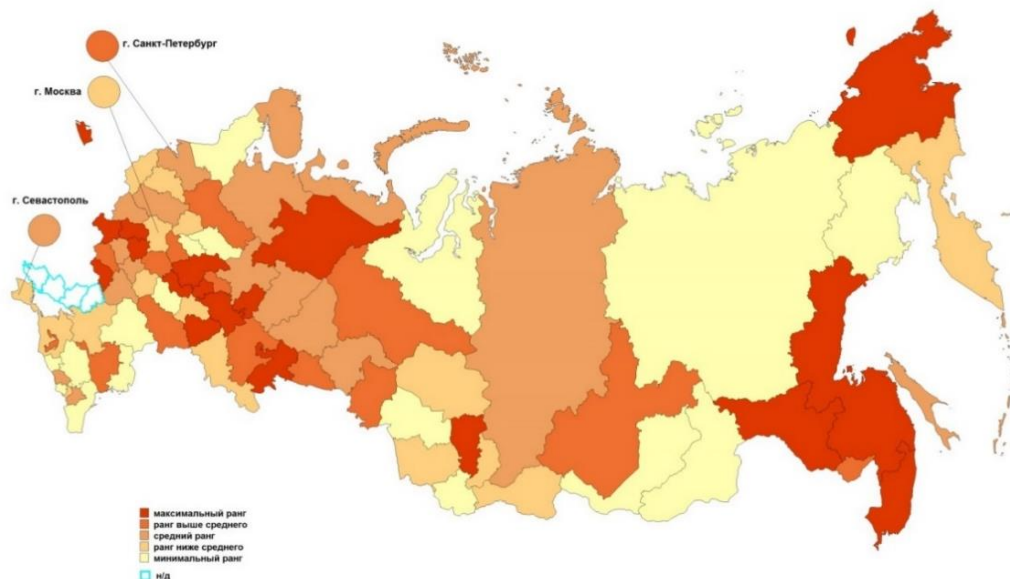


Рис. 1.6. Распределение субъектов Российской Федерации по степени влияния факторов производственной среды и трудового процесса на состояние здоровья работающего населения, 2025 год

Основные показатели состояния здоровья детского населения, на которые оказывают влияние факторы, характеризующие условия обучения и воспитания, а также региональные проблемы в этой сфере описаны в соответствующем разделе.

Реализацией последовательных, целевых и системных управленческих решений и рекомендаций органов и учреждений Роспотребнадзора по стабилизации и улучшению качества среды обитания человека и эпидемиологической обстановки в субъектах Российской Федерации, мероприятий по управлению рисками для здоровья, связанных с воздействием факторов среды обитания, повышением эффективности надзорной деятельности, в том числе профилактической, в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, реализацией национальных и федеральных проектов, все это предопределило в последнее десятилетие, и в 2025 году, изменение тренда на улучшение состояния здоровья населения, как ключевого социально значимого результата деятельности органов и учреждений Роспотребнадзора

1.1. Состояние среды обитания и ее влияние на здоровье населения

Состояние санитарно-эпидемиологического благополучия в субъектах Российской Федерации, определяемое санитарно-гигиеническими факторами, пока не приняло устойчивую положительную динамику. Группа санитарно-гигиенических факторов, определяющих нагрузку на организм и формирующих здоровье населения, и

численность подверженного воздействию населения в субъектах Российской Федерации в 2025 году приведены в табл. 1.3. и представлены следующим образом:

– комплексная химическая нагрузка (химическое загрязнение продуктов питания, питьевой воды, атмосферного воздуха и почвы), воздействию которой подвержено население численностью 83,8 млн человек в 42 субъектах Российской Федерации (57,4 % населения);

– комплексная биологическая нагрузка (микробиологическое загрязнение продуктов питания, питьевой воды и почвы), определяющая воздействие на формирование здоровья (кроме вирусных инфекций) около 60,2 млн человек в 38 субъектах Российской Федерации (41,2 % населения);

– комплексная нагрузка, связанная с физическими факторами среды обитания (шум, электромагнитное излучение, вибрация, ультразвук и иные), с численностью подверженного воздействию населения 57,3 млн человек в 30 субъектах Российской Федерации (41,3 % населения).

Таблица 1.3

Санитарно-гигиенические факторы, формирующие состояние здоровья населения в субъектах Российской Федерации, 2025 год

Виды нагрузки на население	Основные показатели состояния здоровья населения, на которые влияют санитарно-гигиенические факторы	Численность населения, подверженного воздействию факторов
Комплексная химическая нагрузка	Общая заболеваемость. Распространенность болезней органов дыхания, органов пищеварения, эндокринной системы, системы кровообращения, костно-мышечной системы, мочеполовой системы, нервной системы, злокачественных новообразований, в том числе у детей. Врожденные аномалии у детей. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности. Смертность всего населения, в том числе от болезней системы кровообращения, злокачественных новообразований. Младенческая смертность	83,8 млн человек, 42 субъекта Российской Федерации
Комплексная биологическая нагрузка	Заболеваемость всего населения, в том числе взрослых и детей. Распространенность инфекционных и паразитарных заболеваний (все население, дети). Распространенность болезней органов пищеварения, системы кровообращения, в том числе у детей, эндокринной системы, злокачественных новообразований, травм и отравлений. Общая смертность. Смертность от болезней системы кровообращения. Смертность от злокачественных новообразований	60,2 млн человек, 38 субъектов Российской Федерации
Комплексная нагрузка, связанная физическими факторами	Общая заболеваемость всего населения, в том числе взрослых. Врожденные аномалии у детей. Распространенность злокачественных новообразований, болезней системы кровообращения, в том числе у детей, болезней нервной системы. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности. Смертность от внешних причин. Смертность от болезней системы кровообращения	57,3 млн человек, 30 субъектов Российской Федерации

На рис. 1.7 приведена динамика изменения численности населения в субъектах Российской Федерации, подверженного воздействию санитарно-гигиенических факторов (химическая, биологическая нагрузка и нагрузка, связанная с воздействием физических факторов) за период 2015–2025 годы, которая позволяет оценить тенденции изменения воздействия этих факторов на формирование здоровья населения.



Рис. 1.7. Численность населения Российской Федерации, подверженного воздействию комплекса санитарно-гигиенических факторов, 2015–2025 годы

Структура влияния санитарно-гигиенических факторов на формирование здоровья населения в 2025 году характеризуется тем, что при стабилизации многофакторной нагрузки на здоровье населения в субъектах Российской Федерации по комплексу санитарно-гигиенических факторов увеличилась нагрузка на население, связанная с химическими факторами. Эта тенденция последних трех лет к усилению влияния монофакторного химического воздействия среды обитания на формирование здоровья населения подтверждает приоритеты, установленные при реализации национальных и федеральных проектов на период до 2030 года и на перспективу до 2036 года.

В 2025 году численность населения, подверженного воздействию комплексной химической нагрузки, увеличилась на 4,7 млн человек по сравнению со значением показателя за 2024 год (рост почти на 5,9 %). Увеличение нагрузки с 2022 года связано с ростом промышленного производства (прежде всего в энергетике и машиностроении) и количества автотранспорта (с показателями роста выше среднегодовых), которые являются одними из ведущих источников химического загрязнения среды обитания в большинстве субъектах Российской Федерации.

Распределение субъектов Российской Федерации по степени влияния на формирование численности населения, подверженного воздействию комплексной химической нагрузки, приведено на рис. 1.8.

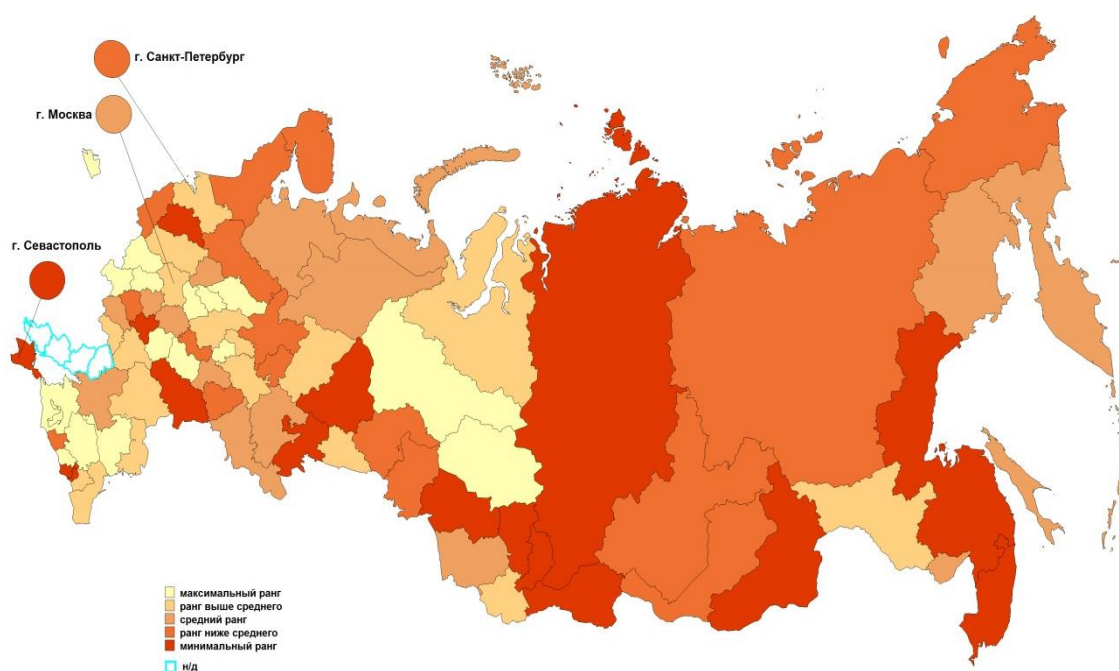


Рис. 1.8. Распределение субъектов Российской Федерации по интегральному показателю воздействия комплексной химической нагрузки, 2025 год

Формирование комплексной химической нагрузки в 2025 году по показателю численности подверженного населения с наибольшим влиянием было характерно для субъектов Российской Федерации: Новгородская область, город Севастополь, Республика Северная Осетия – Алания, Свердловская область Челябинская область, Республика Хакасия, Красноярский край, Новосибирская область, Забайкальский край, Приморский край.

Наименьшее влияние среди субъектов Российской Федерации факторы, связанные с комплексной химической нагрузкой на население, оказывают в Воронежской области, Ненецком автономном округе, Республике Адыгея, Краснодарском крае, городе Севастополь, Чеченской Республике, Республике Марий Эл, Оренбургской области, Саратовской области.

Остается значимой роль биологической нагрузки (микробиологических факторов загрязнения среды обитания невирусной природы), формирующей здоровье населения. При снижении численности подверженного воздействию населения в 2025 году относительно 2024 года на 3,6 млн человек (на 5,6 %), отмечается отсутствие стабильности в положительном тренде к изменению среднесноголетнего уровня, особенно в постпандемийные (в связи с распространением COVID-19) 2023–2024 годы в связи ослаблением и (или) снятием карантинных и ограничительных мер.

Результаты ранжирования субъектов Российской Федерации по показателю численности населения, подверженного воздействию биологической нагрузки на здоровье населения, в 2025 году приведены на рис. 1.9.

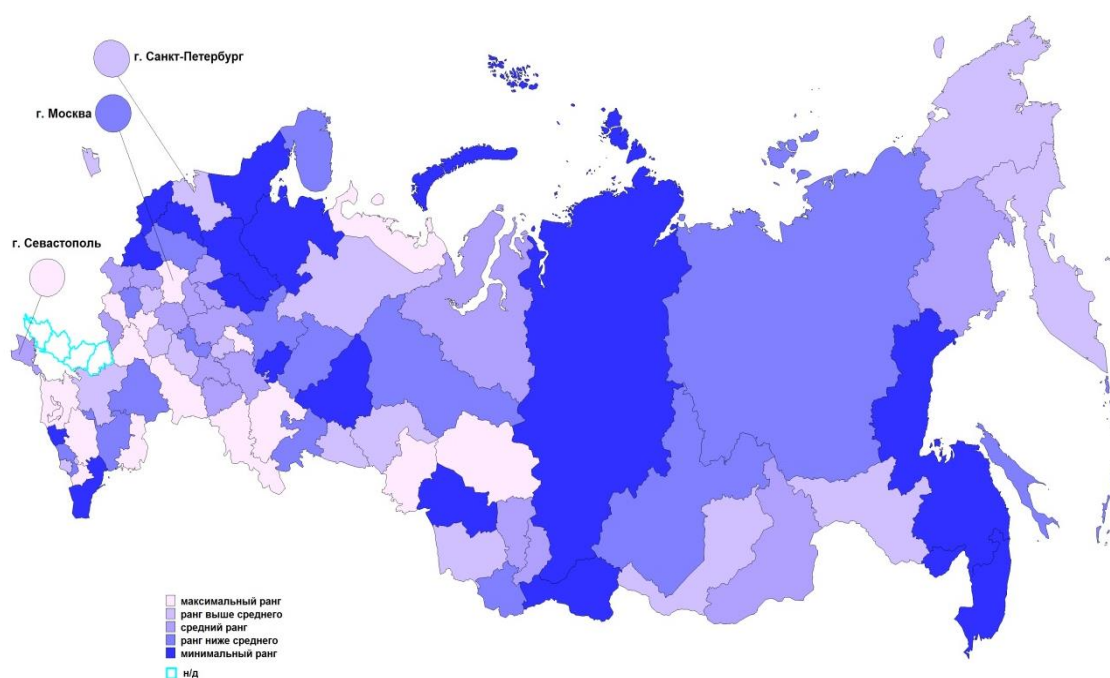


Рис. 1.9. Распределение субъектов Российской Федерации по интегральному показателю воздействия комплексной биологической нагрузки, 2025 год

В список субъектов Российской Федерации с наибольшим влиянием на здоровье (за исключением вирусных инфекций) комплексной биологической нагрузки по показателю численности подверженного населения вошли: Костромская область, Смоленская область, Республика Карелия, Архангельская область, Новгородская область, Свердловская область, Красноярский край, Приморский край, Хабаровский край, Еврейская автономная область.

Список субъектов Российской Федерации с наименьшим воздействием этого комплекса факторов составляют Воронежская область, Ненецкий автономный округ, Республика Адыгея, Краснодарский край, город Севастополь, Чеченская Республика, Республика Марий Эл, Оренбургская область, Саратовская область, Омская область.

Не стабильна тенденция изменения воздействия физических факторов на формирование здоровья населения, численность населения, подверженного воздействию за последнее десятилетие остается на уровне около 60,0 млн человек, в 2025 году значение показателя составило 57,3 млн человек (снижение относительно 2024 года – 5,1 млн человек). Отсутствие устойчивой положительной динамики изменения численности населения, подверженного воздействию физических факторов (в первую очередь за счет шумового фактора), сдерживает в целом этот показатель по комплексу санитарно-гигиенических факторов за среднесрочный период.

Ранжирование субъектов Российской Федерации по комплексной нагрузке, связанной с физическими факторами, в 2025 году приведено на рис. 1.10.

В наибольшей степени комплексной нагрузке, связанной с воздействием физических факторов среды обитания, подвержено население в Костромской области, Республике Коми, Ненецком автономном округе, городе Санкт-Петербурге, Республике Дагестан, Удмуртской Республике, Нижегородской области, Республике Алтай, Омской области, Хабаровской крае.

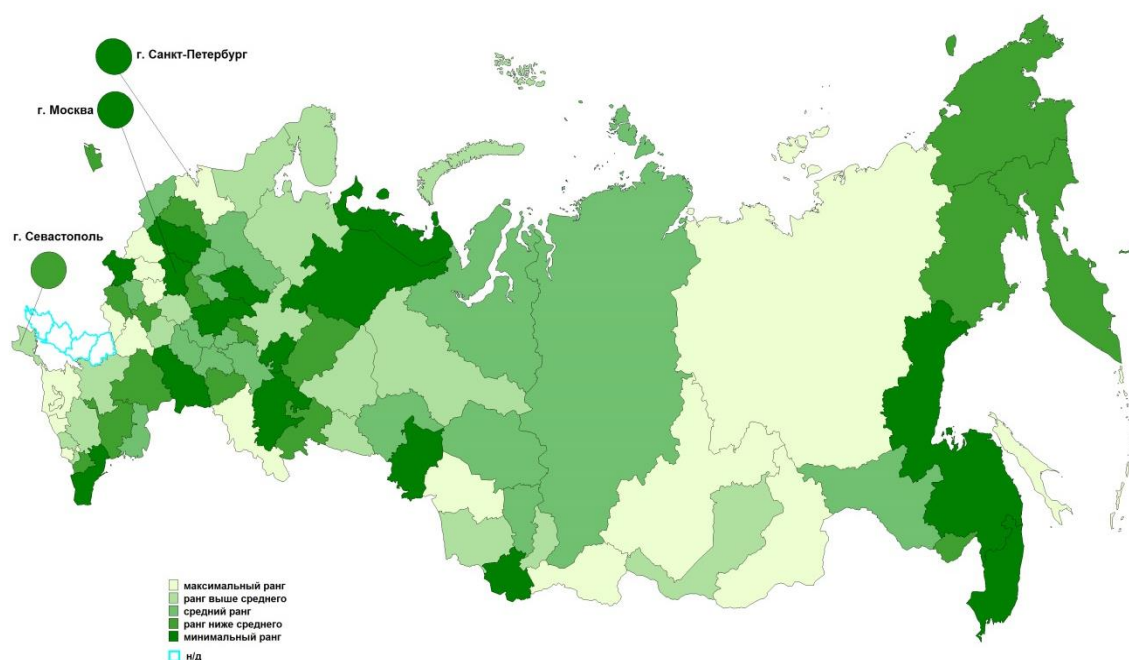


Рис. 1.10. Распределение субъектов Российской Федерации по интегральному показателю воздействия комплексной нагрузки, связанной с физическими факторами, 2025 год

В меньшей степени этому воздействию подвержено население Тульской области, Ленинградской области, Республике Адыгея, Краснодарском крае, Карачаево-Черкесской Республике, Оренбургской области, Республике Тыва, Иркутской области Республике Саха (Якутия), Забайкальском крае.

В группу факторов, непосредственно влияющих на санитарно-гигиеническую обстановку в субъектах Российской Федерации, относятся факторы, характеризующие условия труда работающего населения и условия обучения и воспитания детей и подростков.

Основные показатели состояния здоровья работающего населения, на которые оказывают влияние производственной среды и трудового процесса, а также количество субъектов Российской Федерации, для которых характерно значительное влияние этих факторов на здоровье, приведены в табл. 1.4.

Таблица 1.4

Факторы производственной среды и трудового процесса, формирующие негативные тенденции в состоянии здоровья населения в субъектах Российской Федерации, 2025 год

Группа факторов	Основные медико-демографические показатели и показатели заболеваемости, на которые влияют факторы условий труда	Численность работающих, подверженных воздействию факторов
Условия производственной среды и трудового процесса	Заболеваемость с временной утратой трудоспособности. Распространенность болезней органов дыхания, злокачественных новообразований, болезней мочеполовой системы, органов кровообращения, эндокринной системы. Травмы и отравления всего населения	17,1 млн человек, 38 субъектов Российской Федерации

Отмечается влияние факторов производственной среды и трудового процесса на состояние здоровья работающего населения в 2025 году в 38 субъектах Российской Федерации (в 2023 году эти проблемы отмечались как приоритетные для 36 субъектов Российской Федерации, в 2024 году для 37 субъектов Российской Федерации), с численностью подверженных воздействию около 17,1 млн человек. Влияние на формирование здоровья работающего населения данных факторов в последние годы характеризуется как относительно стабильное, включая такой показатель как заболеваемость с временной утратой трудоспособности.

Ранжирование субъектов Российской Федерации по степени влияния на состояние здоровья работающего населения комплекса факторов производственной среды и трудового процесса (по интегральной оценке) приведено на рис. 1.11.

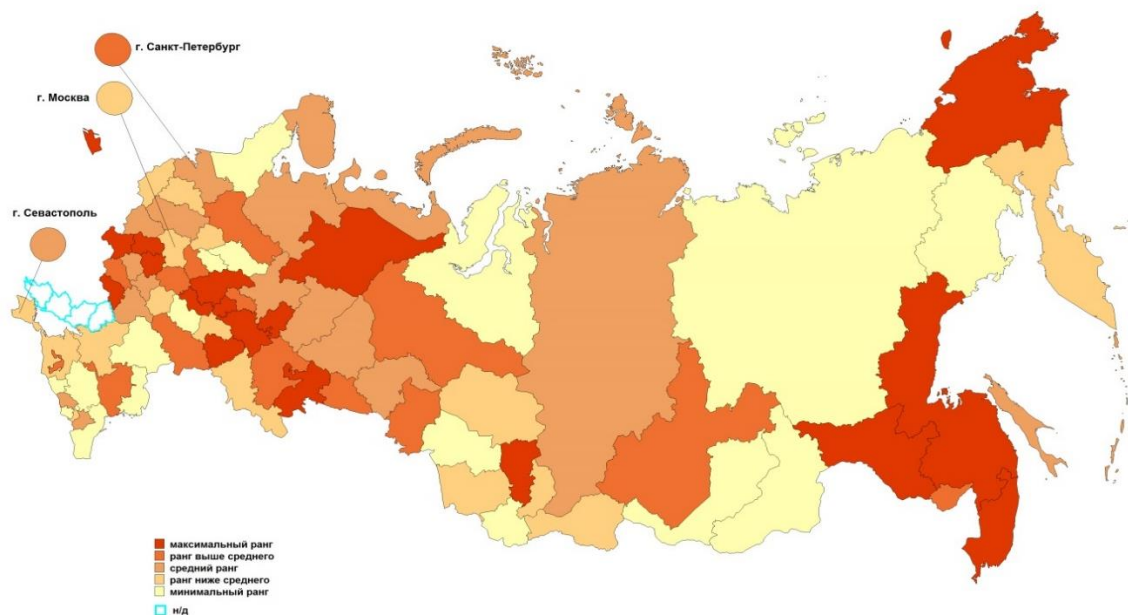


Рис. 1.11. Распределение субъектов Российской Федерации по степени влияния факторов производственной среды и трудового процесса на состояние здоровья работающего населения, 2025 год

Максимальный ранг присвоен субъектам Российской Федерации, для которых характерна наибольшая степень такого влияния (наибольшее число проблем), соответственно, минимальный – наименьшая. Средний ранг соответствует среднестатистическому влиянию на формирование здоровья работающего населения факторов условий труда в целом по субъектам Российской Федерации.

Наибольшее влияние факторов, характеризующих условия труда, на состояние здоровья работающего населения в 2025 году отмечается в субъектах Российской Федерации: Белгородская область, Брянская область, Тульская область, Нижегородская область, Самарская область, Кемеровская область – Кузбасс, Приморский край, Хабаровский край, Амурская область, Чукотский автономный округ.

В меньшей степени эти факторы оказывают влияние на состояние здоровья работающих в субъектах Российской Федерации: Костромская область, Республика Карелия, Республика Дагестан, Ставропольский край, Республика Алтай, Новосибирская область, Республика Бурятия, Республика Саха (Якутия), Забайкальский край, Магаданская область.

Основные показатели состояния здоровья детского населения, на которые оказывают влияние факторы, характеризующие условия обучения и воспитания, а также количество субъектов Российской Федерации, для которых характерно значительное влияние, приведены в табл. 1.5.

Таблица 1.5

Факторы условий обучения и воспитания детей, формирующие негативные тенденции в состоянии их здоровья в субъектах Российской Федерации, 2025 год

Группа факторов	Основные медико-демографические показатели и показатели заболеваемости, на которые влияют факторы обучения и воспитания	Численность детей, подверженных воздействию факторов
Условия обучения и воспитания	Общая заболеваемость детей. Распространенность болезней органов дыхания у детей, нервной системы у детей, эндокринной системы у детей, болезней органов пищеварения у детей, травм и отравлений. Инфекционные и паразитарные заболевания среди детей. Смертность от внешних причин, от болезней системы кровообращения у детей	14,9 млн детей 30 субъектов Российской Федерации

В 2025 году в 30 субъектах Российской Федерации отмечено существенное влияние условий обучения и воспитания на формирование здоровья детей (в 2023 году – в 27 субъектах Российской Федерации, в 2024 году – в 28 субъектах Российской Федерации) и численность детей, наиболее подверженных воздействию этих факторов составила около 14,9 млн человек.

Ранжирование субъектов Российской Федерации по степени влияния на состояние здоровья детского населения комплекса факторов условий обучения и воспитания приведено на рис. 1.12.

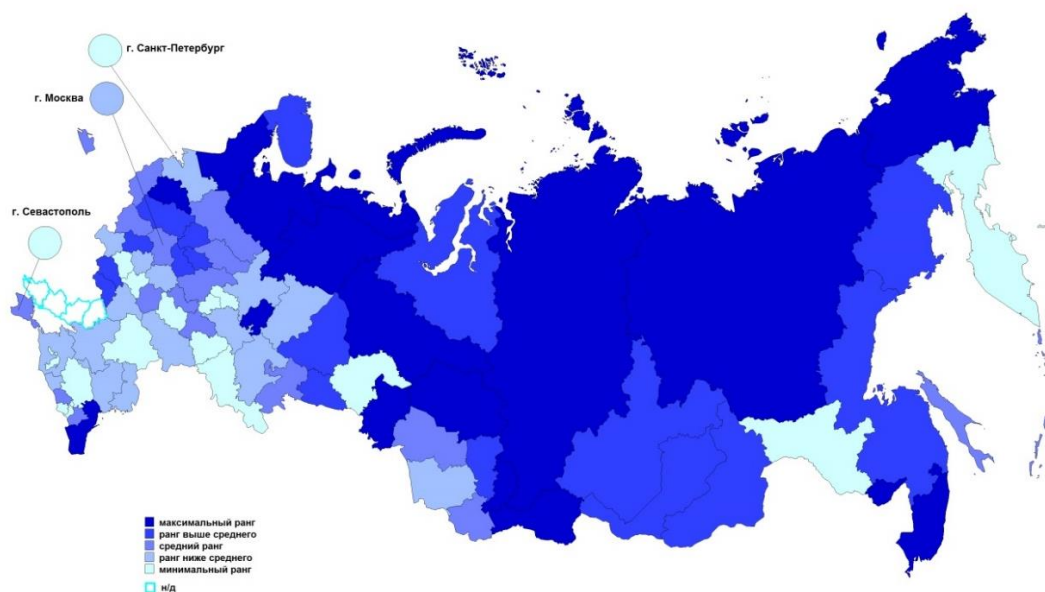


Рис. 1.12. Распределение субъектов Российской Федерации по степени влияния условий образования и воспитания на состояние здоровья детского населения, 2025 год

Максимальный ранг присвоен субъектам Российской Федерации с наибольшим влиянием факторов на здоровье детей, минимальный ранг – с наименьшим влиянием. Средний ранг соответствует среднестатистическому влиянию фактора на формирование здоровья детей по всем субъектам Российской Федерации.

В 2025 году в наибольшей степени влияние на формирование здоровья детей и подростков оказали условия обучения и воспитания в субъектах Российской Федерации:

Республика Карелия, Республика Коми, Архангельская область, Ненецкий автономный округ, Новгородская область, Удмуртская Республика, Республика Тыва, Республика Хакасия, Еврейская автономная область, Чукотский автономный округ.

В наименьшей степени влияние факторов обучения и образования на состояние здоровья детей отмечается в субъектах Российской Федерации: Орловская область, город Санкт-Петербург, Республика Адыгея, Волгоградская область, город Севастополь, Республика Ингушетия, Республика Северная Осетия – Алания, Оренбургская область, Тюменская область, Амурская область.

Реализацией последовательных, целевых и системных управленческих решений и рекомендаций органов и учреждений Роспотребнадзора по стабилизации и улучшению качества среды обитания человека и эпидемиологической обстановки в субъектах Российской Федерации, мероприятий по управлению рисками для здоровья, связанных с воздействием факторов среды обитания, повышением эффективности надзорной деятельности, в том числе профилактической, в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, реализацией национальных и федеральных проектов, все это предопределило в последнее десятилетие, и в 2025 году, изменение тренда на улучшение состояния здоровья населения, как ключевого социально значимого результата деятельности органов и учреждений Роспотребнадзора.

1.1.1. Состояние атмосферного воздуха и его влияние на здоровье населения

Оценка уровня загрязнения атмосферного воздуха на территории населенных мест

В течение 2025 года на территории городских и сельских поселений Российской Федерации исследовано 1599,0 тыс. проб атмосферного воздуха, что превысило среднееголетний уровень за 2016–2024 год (1349,4 тыс. проб) на 18,5 %.

В целом за последние 10 лет наблюдается устойчивый тренд на увеличение количества исследуемых проб атмосферного воздуха, что связано как с повышением плотности социально-гигиенического мониторинга в городах, включенных в федеральный проект «Чистый воздух», так и в целом с расширением сети мониторинговых точек в населенных пунктах страны.

Результаты свидетельствуют о снижении общего уровня загрязнения атмосферы. Показатель 2025 года – 0,64 % проб с превышением ПДК – ниже и среднееголетнего уровня 0,71 % и уровня 2024 года (0,66 %) (рис. 1.13).

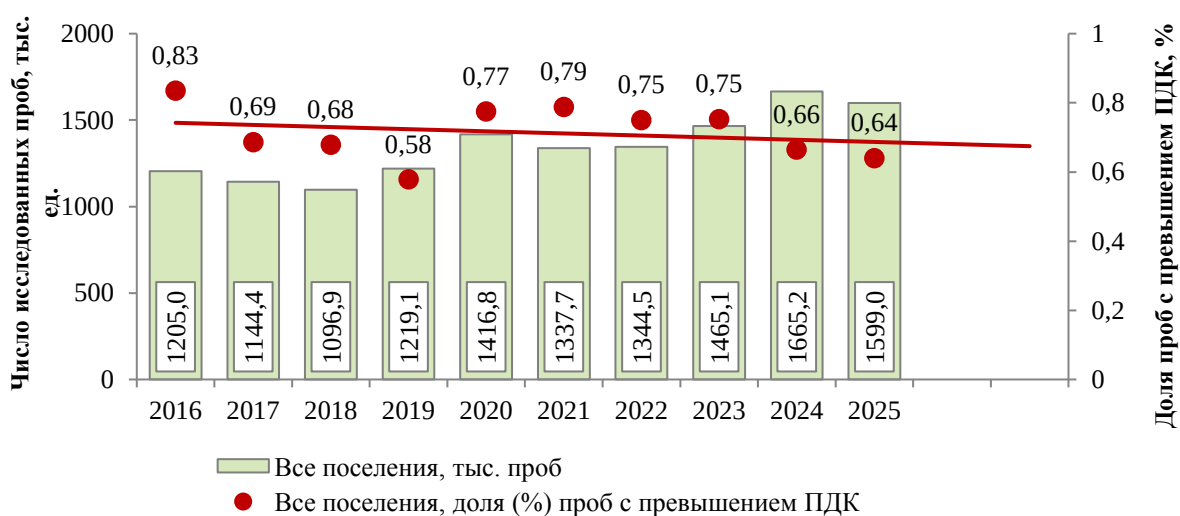


Рис. 1.13. Динамика количества проб (тыс. ед.) атмосферного воздуха городских и сельских поселений, исследованных в 2016–2025 гг., динамика и прогноз процента доли проб атмосферного воздуха с превышением ПДК

Положительная динамика фиксировалась и в городских и в сельских поселениях страны (рис. 1.14, 1.15).

Так, на городских территориях доля проб с превышением ПДК с 0,87 % в 2016 году снизилась до 0,69 % в 2025 г. и ниже среднемноголетнего уровня (0,75 %). Прогнозируется постепенное дальнейшее улучшение показателя.

В 2025 году на территории сельских поселений страны было отобрано 236,0 тыс. проб, что на 44,6 % больше, чем в 2016 году (163,2 тыс. проб) и на 29,7 % выше среднего уровня за последнее десятилетие (181,9 тыс. проб). По сравнению с предыдущим годом показатель увеличился на 28 тыс. проб (на 13,5 %).



Рис. 1.14. Динамика количества проб (тыс. ед.) атмосферного воздуха городских поселений, исследованных в 2016–2025 гг., динамика и прогноз процента доли проб атмосферного воздуха с превышением ПДК



Рис. 1.15. Динамика количества проб (тыс. ед.) атмосферного воздуха сельских поселений, исследованных в 2016–2025 гг., динамика и прогноз процента доли проб атмосферного воздуха с превышением ПДК

Динамика улучшения качества воздуха сельских поселений выражена очень отчетливо при том, что количество проб, отбираемых в рамках социально-гигиенического мониторинга (далее – СГМ), остается довольно стабильным. Прогноз на дальнейшее снижение частоты нарушений благоприятный.

В 2025 году в точках СГМ превышений гигиенических нормативов содержания загрязняющих веществ в атмосферном воздухе не регистрировали в городских и/или сельских поселениях на территории 10 субъектов Российской Федерации: Амурская, Архангельская и Белгородская области, Карачаево-Черкесская Республика, Ленинградская область, Республика Ингушетия, Тверская область, Ханты-Мансийский автономный округ, Чеченская Республика и Чукотский автономный округ (рис. 1.16).

Вместе с тем, результаты СГМ свидетельствуют о сохранении проблем с качеством атмосферного воздуха в ряде регионов страны.



Рис. 1.16. Распределение субъектов Российской Федерации по доле (%) проб атмосферного воздуха с превышением ПДК, 2025 год

В течение 2025 года наиболее часто превышения гигиенических нормативов фиксировали в населенных пунктах в Сибирском (1,73 % проб с превышением ПДК), Дальневосточном (1,14 %) и Уральском (0,98 %) федеральных округах (табл. 1.6).

Таблица 1.6

Процент доли проб атмосферного воздуха с превышением ПДК в поселениях страны

№ п/п	Федеральный округ	Доля (%) проб атмосферного воздуха с превышением ПДК (городские и сельские поселения)										Темп прироста/снижения к 2016 г., %	Средне-многолетний уровень / 2025 г. к средне-многолетнему
		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
	Российская Федерация	0,83	0,69	0,68	0,58	0,77	0,79	0,75	0,75	0,66	0,64	-22,9↓	0,71/0,90
1	Сибирский	1,83	1,92	1,81	1,68	1,88	1,36	1,41	1,38	1,99	1,73	-5,50↓	1,70/1,02
2	Дальневосточный	0,79	0,66	0,67	0,88	1,51	2,30	2,08	1,59	0,84	1,14	+44,3↑	1,25/0,91

Продолжение табл. 1.6

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
3	Уральский	1,32	1,06	0,66	0,64	1,54	1,92	1,59	1,63	1,17	0,98	–25,8↓	1,28/0,76
4	Приволжский	0,72	0,40	0,32	0,44	0,26	0,31	0,35	0,30	0,35	0,34	–52,8↓	0,38/0,89
5	Центральный	0,35	0,29	0,58	0,28	0,33	0,38	0,33	0,35	0,20	0,18	–48,6↓	0,34/0,52
6	Южный	0,44	0,44	0,39	0,25	0,27	0,07	0,11	0,11	0,11	0,17	–61,4↓	0,24/0,70
7	Северо-Западный	0,23	0,11	0,35	0,21	0,15	0,09	0,05	0,12	0,10	0,14	–39,1↓	0,16/0,89
8	Северо-Кавказский	1,17	0,34	0,65	0,28	0,28	0,22	0,30	0,30	0,23	0,02	–98,3↓	0,41/0,05

Ситуация отчасти связана с ростом объемов промышленного производства в городах с крупными предприятиями машиностроения, горно-перерабатывающей, химической промышленности, отчасти – с увеличением объемов исследований приоритетных примесей, которые по данным расчетов рассеивания могут превышать гигиенические нормативы и/или формировать риски для здоровья населения.

В Сибирском федеральном округе на протяжении последних 10 лет регулярно фиксируется наиболее высокая частота проб атмосферного воздуха с превышением ПДК. Ситуация обусловлена высокой концентрацией промышленных предприятий на территории населенных мест и климатическими условиями территорий. Округ расположен в зоне высокого и очень высокого потенциала загрязнения атмосферы. Природно-климатические факторы (приземные инверсии, застои воздуха, слабый ветер, туманы и пр.) затрудняют процессы рассеивания вредных примесей в атмосфере. В результате происходит кратковременное накопление загрязняющих веществ в приземном слое воздуха, создаются высокие уровни загрязнения. Основное количество антропогенных выбросов приходится на теплоэнергетику, металлургию и частный сектор, который в Сибири массово использует печное отопление.

Приоритетные субъекты Сибирского федерального округа по доле проб с превышением ПДК (в целом городских и сельских поселениях) – Республика Хакасия (4,5 %), Алтайский край (3,43 %), Красноярский край (2,24 %).

К веществам, загрязняющим атмосферный воздух городов Сибирского федерального округа, по которым отмечена наиболее высокая частота выявленных нарушений, относятся:

- взвешенные вещества (546 проб с превышением ПДК из 25 391 проб) – 2,15 %;
- сера диоксид (147 из 24 833) – 0,59 %;
- углерод оксид (524 из 24 636) – 2,13 %;
- азота диоксид (154 из 28 095) – 0,55 %;
- формальдегид (195 из 17 913) – 1,09 %;
- бенз(а)пирен (741 из 8287) – 8,94 %;
- углеводороды (425 из 24 713) – 1,72 %;
- ксилол (287 из 6593) – 4,35 %.

Вместе с тем, в течение 2016–2025 гг. наблюдается положительная динамика снижения уровня загрязнения атмосферного воздуха городов Сибирского региона, что подтверждает эффективность мер по контролю минимизации выбросов, результативность действий по модернизации производств, реализации экологических программ и санитарно-гигиенических мероприятий в регионах и муниципалитетах.

В Дальневосточном федеральном округе лесные пожары продолжают оставаться одним из значимых факторов, влияющих на снижение качества атмосферного воздуха особенно в весенне-летний период. Дым от природных пожаров формирует превышения

ПДК вредных веществ в населенных пунктах. Наиболее часто фиксируются превышения гигиенических нормативов содержания в атмосферном воздухе взвешенных частиц $PM_{2.5}$ и PM_{10} , углерода оксида азота диоксида серы. При этом в 2025 году доля проб с превышением ПДК осталась в пределах среднесноголетнего уровня ($1,70 \pm 0,19$ %).

Высокий уровень загрязнения воздуха в Уральском федеральном округе обусловлен уникальной концентрацией тяжелой промышленности, которая исторически формировалась вблизи месторождений полезных ископаемых. Большой вклад в техногенные выбросы загрязняющих веществ в атмосферный воздух вносят черная и цветная металлургия, тепло-электроэнергетика и добыча полезных ископаемых. Основными загрязнителями атмосферного воздуха являются формальдегид, бенз(а)пирен, взвешенные вещества и диоксид азота. Снижение доли проб атмосферного воздуха с превышением гигиенических нормативов в Уральском федеральном округе на 25,8 % (2016–2025 гг.) является важным результатом модернизации промышленности, перевода ТЭЦ на газ, реализации других мероприятий «Комплексных планов по снижению выбросов загрязняющих веществ», что способствует улучшению качества воздуха в индустриальных центрах.

В целом за период 2016–2025 гг. в Российской Федерации снизилось число регионов, где в ходе СГМ регистрировали превышения гигиенических нормативов содержания загрязняющих веществ в атмосферном воздухе городских (с 73 до 69 ед.) или сельских поселений (с 48 до 45 ед.). Результаты отражают общую тенденцию к улучшению качества атмосферы.

Не зафиксированы нарушения гигиенических нормативов содержания загрязняющих веществ в атмосферном воздухе сельских поселений в 2025 году в 34 субъектах Российской Федерации (рис. 1.17).



Рис. 1.17. Распределение субъектов Российской Федерации по доле (%) проб атмосферного воздуха с превышением ПДК в сельских поселениях, 2025 год

К регионам без нарушений санитарно-эпидемиологических требований к качеству воздуха сельских поселений относились Амурская, Архангельская, Белгородская и Брянская области, Еврейская автономная область, Кабардино-Балкарская Республика, Калининградская область, Камчатский край. Карачаево-Черкесская

Республика, Костромская область, Красноярский край, Ленинградская, Липецкая, Магаданская, Мурманская, Новгородская и Оренбургская области, республиках Алтай, Ингушетия, Калмыкия, Карелия, Коми, Марий Эл, Мордовия, Северная Осетия – Алания, Тыва и Хакасия, Смоленская область, Ставропольский край, Тверская и Томская области, Хабаровский край, Ханты-Мансийский автономный округ, Чеченская Республика.

В городских поселениях в 2025 году не отмечали нарушений качества воздуха в 15 субъектах Российской Федерации (рис. 1.18). К регионам с нормативным содержанием воздуха городских поселений относятся: Амурская, Архангельская и Белгородская области, Карачаево-Черкесская Республика, Ленинградская область, Республика Адыгея и Республика Ингушетия, Тамбовская, Тверская, Тульская и Тюменская области, Ханты-Мансийский автономный округ, Чеченская и Чувашская Республики, Чукотский автономный округ.



Рис. 1.18. Распределение субъектов Российской Федерации по доле (%) проб атмосферного воздуха с превышением ПДК в городских поселениях, 2025 год

Вместе с тем, проблема соблюдения санитарно-эпидемиологических требований и гигиенических нормативов к качеству и безопасности воздуха мест постоянного проживания населения сохраняются в большинстве регионов страны.

В 2025 году загрязнение атмосферного воздуха городских поселений отмечалось в жилой застройке вблизи автомагистралей (1,06 % проб с превышением ПДК). По итогам года зафиксировано снижение доли проб с превышением ПДК: у автомагистралей – с 1,23 % до 1,06 %, в зонах влияния промышленных предприятий – с 0,51 до 0,43 %. Статистика указывает на формирование устойчивого тренда к росту загрязнения атмосферного воздуха в жилых зонах вблизи автомагистралей при вероятном снижении этого показателя вблизи промышленных объектов (рис. 1.19).

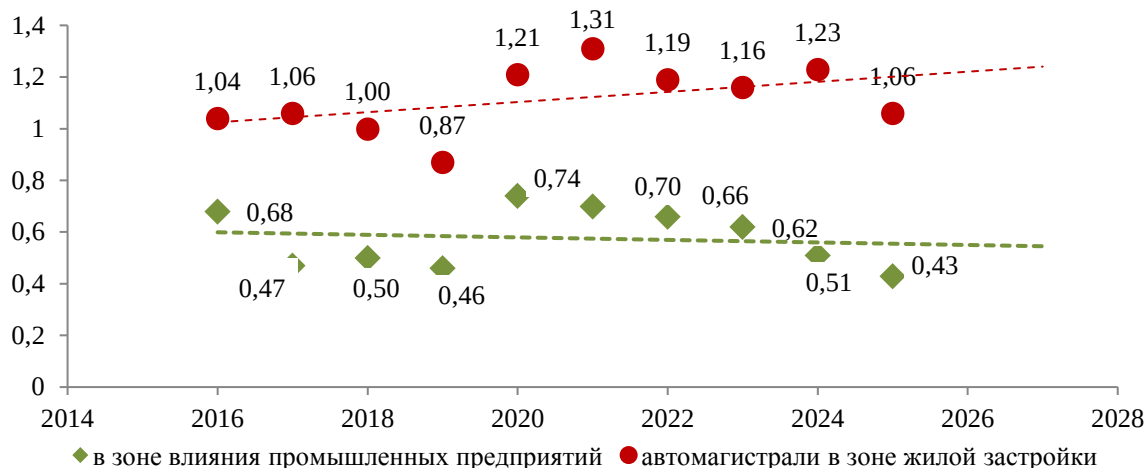


Рис. 1.19. Динамика и прогноз доли (%) проб атмосферного воздуха с превышением ПДК, исследованных на территории городских поселений: на автомагистралях в зоне жилой застройки, в зонах влияния промышленных предприятий в 2016–2025 гг.

Превышения гигиенических нормативов в 2025 году зарегистрированы в отношении 64 из 92 измеряемых (69,6 %) отдельных загрязняющих веществ (групп веществ). Более чем в 1 % проб атмосферного воздуха зафиксированы превышения гигиенических нормативов по содержанию бенз(а)пирена (5,24 % проб с превышением ПДК), этилбензола (3,69 %), пропан-1-тиола (2,69 %), взвешенных частиц $PM_{2.5}$ (2,4 %) и PM_{10} (1,81 %) и диметилбензола (1,25 %).

В сравнении с 2024 годом отмечается снижение доли проб бенз(а)пирена с превышением ПДК в атмосферном воздухе на 25,7 %, этилбензола – на 29,2 %, диметилбензола – на 5,3 %.

Среди прочих примесей с превышениями ПДК – акрилаты, ароматические углеводороды, алифатические предельные и непредельные углеводороды, углеводороды C_1 – C_{10} и C_{12} – C_{19} , соединения хлора и соединения фтора, тяжелые металлы и пр.

Отдельную значимую проблему составляет пылевое загрязнение воздуха городов. Взвешенные частицы, в том числе мелкодисперсные (с диаметром частиц менее 10 и 2,5 мкм – PM_{10} и $PM_{2.5}$) являются широко распространенными загрязнителями атмосферного воздуха и значимыми факторами риска для здоровья человека.

За последние 5 лет увеличилось с 9 до 70 число испытательных лабораторных центров Роспотребнадзора, оборудованных для определения в атмосферном воздухе концентраций мелкодисперсной пыли.

Как следствие в 2025 году проведены исследования 86 483 проб воздуха по определению содержания взвешенных частиц $PM_{2.5}$ и PM_{10} . Превышение гигиенических нормативов содержания взвешенных частиц $PM_{2.5}$ в городских и сельских поселениях установлено в 1041 пробе (2,4 %), взвешенных частиц PM_{10} – в 780 пробах (1,8 %). Контроль и последовательное снижение ингаляционной нагрузки на население мелкодисперсных пылевых частиц являются важным шагом в увеличении продолжительности жизни и снижения смертности населения Российской Федерации.

В последние 3 года доля проб с превышением ПДК по содержанию взвешенных частиц PM_{10} в воздухе городских и сельских поселений страны снизилось в 1,21 раза, взвешенных частиц $PM_{2.5}$ – в 1,5 раза.

Анализ данных за 2016–2025 гг. свидетельствует о снижении загрязнения атмосферного воздуха населенных мест Российской Федерации общераспространенными примесями. Снижение доли проб с превышением ПДК составило: азота диоксид (NO_2 , 3 класс опасности) – на 60,3 %, взвешенные вещества

(3 класс опасности) – на 47,5 %, углерода оксид (CO, 4 класс опасности) – на 47,3 %, серы диоксид (SO₂, 3 класс опасности) – на 31,0 % (рис. 1.20).

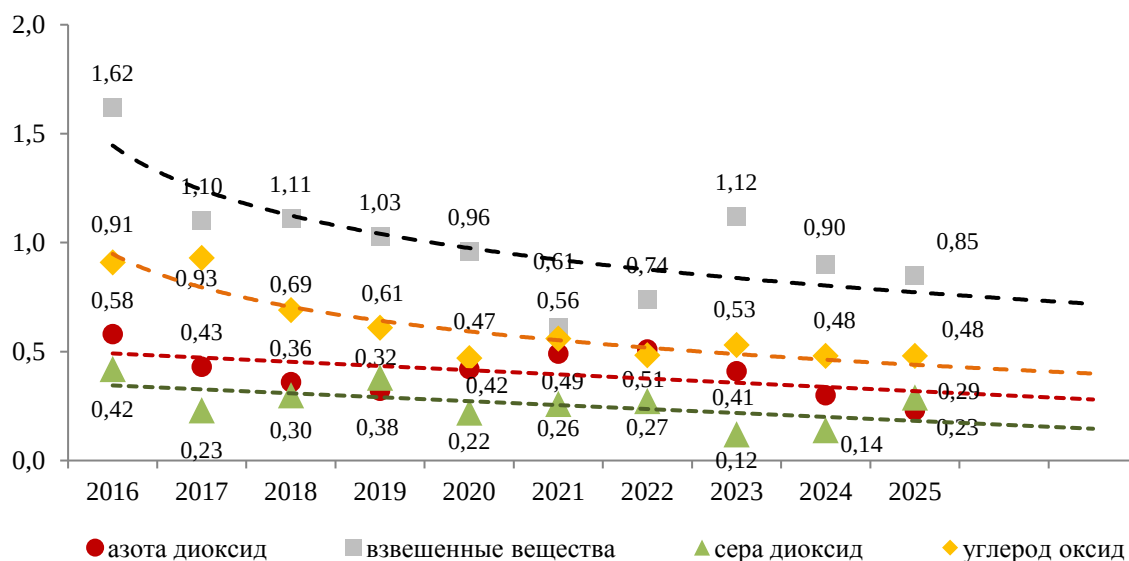


Рис. 1.20. Динамика и прогноз изменения процента проб атмосферного воздуха с превышением ПДК по содержанию общераспространенных загрязняющих веществ (городские и сельские поселения) в 2016–2025 гг.

При общих тенденциях к улучшению качества воздуха сохраняются ситуации высокого загрязнения воздуха (>5 ПДК) на городских территориях 31 субъекта Российской Федерации (рис. 1.21).



Рис. 1.21. Доля (%) проб атмосферного воздуха и количество субъектов Российской Федерации с превышением 5 ПДК на территории городских поселений в 2016–2025 гг.

Частота нарушений на уровне выше 5 ПДК невысока, не превышает 0,6 % от общего количества отбираемых проб. Однако примеси потенциально опасны для здоровья и комфортности проживания населения. Наиболее часто фиксировали

превышения в отношении бенз(а)пирена, этилбензола, дигидросульфида, бензола и взвешенных веществ (табл. 1.7).

Таблица 1.7

**Субъекты Российской Федерации, где в ходе СГМ в 2025 году фиксировали
уровни выше 5 ПДК отдельных загрязняющих веществ
в атмосферном воздухе городов**

Субъект Российской Федерации	Вещества с концентрацией более 5 ПДК	Субъект Российской Федерации	Вещества с концентрацией более 5 ПДК
1	2	3	4
Алтайский край (2 вещества)	бенз(а)пирен, диметилбензол	Вологодская область (4 вещества)	аммиак, бенз(а)пирен, марганец, нафталин
Забайкальский край (13 веществ)	азота диоксид, аммиак, бенз(а)пирен, бензол, взвешенные вещества, взвешенные частицы PM10 и PM2.5, гидроксibenзол, дигидросульфид, диметилбензол, сера диоксид, углерод оксид, этилбензол	Свердловская область (10 веществ)	бенз(а)пирен, бензол, диАлюминий триоксид, кадмий, диметилбензол, марганец, свинец, сера диоксид, этилбензол, этилбензол
Иркутская область (3 вещества)	бенз(а)пирен, пропан-1- тиол, этилбензол	Калужская область (2 вещества)	аммиак, взвешенные частицы PM10
Кемеровская область – Кузбасс (5 веществ)	бенз(а)пирен, взвешенные частицы PM10 и PM2.5, углерод, хлористый водород	Красноярский край (6 веществ)	бенз(а)пирен, бензол, взвешенные вещества, взвешенные частицы PM10 и PM2.5, сера диоксид
Краснодарский край (2 вещества)	углерод, формальдегид	Московская область (3 вещества)	дигидросульфид, углерод, этилацетат
Мурманская область (1 вещество)	бенз(а)пирен	Новгородская область (1 вещество)	ацетальдегид
Новосибирская область (2 вещества)	бенз(а)пирен, взвешенные вещества	Пермский край (2 вещества)	диметилбензол, этилбензол
Омская область (6 веществ)	бенз(а)пирен, бензол, диметилбензол, метилбензол, углерод, этилбензол	Ямало-Ненецкий автономный (6 веществ)	азота диоксид, бензол, метан, метантиол, формальдегид, фтористый водород
Орловская область (1 вещество)	проп-2-ен-1-аль	Республика Карелия (1 вещество)	взвешенные вещества

Продолжение табл. 1.7

1	2	3	4
Республика Башкортостан (3 вещества)	1-бутантиол, пропан-1-тиол, углерод оксид	Республика Бурятия (4 вещества)	бенз(а)пирен, взвешенные частицы PM _{2.5} , углерод, формальдегид
Республика Калмыкия (2 вещества)	аммиак, углеводороды C ₆ –C ₁₀	Саратовская область (2 вещества)	сера диоксид, формальдегид
Республика Саха (Якутия) (1 вещество)	взвешенные частицы PM ₁₀	Республика Северная Осетия – Алания (1 вещество)	проп-2-ен-1-аль
Республика Тыва (1 вещество)	бенз(а)пирен	Ростовская область (1 вещество)	углеводороды C ₁₂ –C ₁₉
Рязанская область (1 вещество)	аммиак	Самарская область (1 вещество)	дигидросульфид
Сахалинская область (2 вещества)	бенз(а)пирен, взвешенные вещества	Хабаровский край (3 вещества)	бенз(а)пирен, взвешенные вещества, формальдегид
Республика Хакасия (5 веществ)	бенз(а)пирен, взвешенные частицы PM ₁₀ и PM _{2.5} , сера диоксид, углерод		

Превышение уровня 5 ПДК также фиксировали на территориях сельских поселений 14 регионов Российской Федерации: Забайкальский край (0,60 % проб), Калужская область (0,52 %), Республика Бурятия (0,47 %), Удмуртская Республика (0,41 %), Свердловская область (0,31 %), Омская область (0,29 %), Алтайский край (0,24 %), Рязанская область (0,15 %), Новосибирская область (0,13 %), Иркутская область (0,10 %), Ростовская область (0,06 %), Кемеровская область – Кузбасс (0,06 %), Московская область (0,02 %), Краснодарский край (0,004 % проб с превышением 5 ПДК).

Большинство веществ с повышенными уровнями измеренных концентраций рассматриваются в рамках СГМ как приоритетные. Об уровнях данных веществ информируются лица, принимающие решения в органах регионального и местного управления.

Результаты реализации федерального проекта «Чистый воздух» национального проекта «Экологическое благополучие» за 2025 год

В 2025 году в рамках реализации своих полномочий, а также для достижения национальных целей и выполнения задач, утвержденных Указом Президента Российской Федерации от 07.05.2024 № 309 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года и на перспективу до 2036 года» (далее – Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2024 № 309), Роспотребнадзор продолжал осуществлять на территории страны государственный контроль (надзор) уровня загрязнения атмосферного воздуха городских и сельских поселений, в том числе в рамках реализации федерального проекта «Чистый воздух» национального проекта «Экологическое благополучие».

Деятельность органов и организаций Роспотребнадзора в рамках федерального проекта «Чистый воздух» национального проекта «Экологическое благополучие» направлена на оценку качества атмосферного воздуха, его влияния на риски здоровью населения в городах-участниках проекта, реализующих Комплексные планы мероприятий по снижению выбросов загрязняющих веществ в атмосферный воздух.

В 2025 году продолжен мониторинг загрязняющих веществ в атмосферном воздухе в 12 городах – участниках эксперимента с 2020 г. (Братск, Красноярск, Липецк, Магнитогорск, Медногорск, Нижний Тагил, Новокузнецк, Норильск, Омск, Челябинск, Череповец, Чита). Отбор проб вели на 36 постах, исследовали концентрации 41 приоритетного загрязняющего вещества (далее – ПЗВ). В этих городах в рамках проекта за год проведено 182 304 исследования разовых приземных концентраций и 7603 исследования среднесуточной концентраций

Продолжены мониторинговые измерения, начатые 01.09.2023 в 29 городах в 16 субъектах Российской Федерации (Абакан, Черногоorsk, Ангарск, Ачинск, Астрахань, Барнаул, Зима, Иркутск, Свирск, Усолье-Сибирское, Шелехов, Черемхово, Искитим, Кемерово, Комсомольск-на-Амуре, Чегдомын, Курган, Кызыл, Лесосибирск, Махачкала, Минусинск, Новочеркасск, Петровск-Забайкальск, Ростов-на-Дону, Улан-Удэ, Гусиноозерск, Селенгинск, Уссурийск, Южно-Сахалинск). На данных территориях мониторинг атмосферного воздуха органы Роспотребнадзора вели на 68 постах, измеряя по полной программе концентрации 59 приоритетных загрязняющих веществ. В 2025 году проведено 242 345 исследований (235 184 разовых и 7161 суточных концентраций).

В 12 городах «первого этапа» федерального проекта наибольший удельный вес проведенных исследований атмосферного воздуха с превышением гигиенических нормативов наблюдался в 2025 году на территории городов: Читы (4,0 %), Новокузнецка (3,5 %), Норильска (2,1 %), Челябинска, Красноярска (1,7 %) и Нижнего Тагила (1,5 %) (табл. 1.8).

Таблица 1.8

Динамика удельного веса (%) проведенных исследований атмосферного воздуха с превышением ПДК (2020–2025 гг.)

Город – участник ФП «Чистый воздух»	Удельный вес проведенных исследований с превышением ПДК, %						Темп прироста/снижения к 2020 г.
	2020	2021	2022	2023	2024	2025	
Братск	1,6	1,3	0,7	1	0,8	0,7	↓ на 56,3 %
Красноярск	4,1	2,7	5,3	2,4	2,3	1,7	↓ на 58,5 %
Липецк	0,02	0,7	0,5	0,2	0,1	0,03	↑ на 50 %
Магнитогорск	1,8	3,3	1,1	0,8	0,8	0,4	↓ на 77,8 %
Медногорск	0,03	0,4	0,5	0,3	0,2	0,02	↓ на 33,3 %
Нижний Тагил	1,6	2,1	2,1	2,5	2	1,5	↓ на 6,3 %
Новокузнецк	1,3	3,4	13,9	4,0	4,5	3,5	↑ 2,7 раза
Норильск	0,97	2,3	1,2	1,7	1,4	2,1	↑ 2,2 раза
Омск	0,7	2,01	1,8	1,7	1,4	1,2	↑ на 71,43 %
Челябинск	2,4	4,1	3,6	1,8	1,9	1,7	↓ на 29,2 %
Череповец	0,04	0,1	0,01	0,00	0,3	0,3	↑ в 7,5 раза
Чита	9,4	8,7	14,5	9,1	3	4	↓ на 44,4 %

Количество контролируемых веществ, в том числе с превышением ПДК в 2025 году на территории 12 городов – участников 10 субъектов Российской Федерации представлено на рис. 1.22.

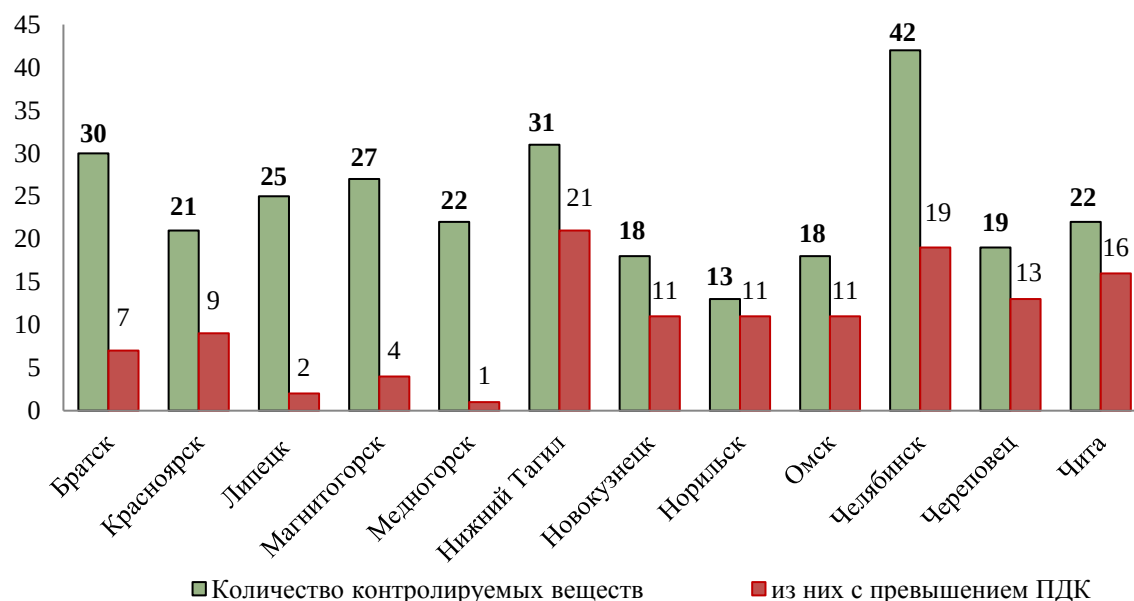


Рис. 1.22. Количество контролируемых веществ, в том числе с превышением ПДК, в 2025 году

В атмосферном воздухе 9 городов – участников 8 субъектов Российской Федерации концентрации 14 веществ составили 5 ПДК (табл. 1.9). К ним относятся:

- чрезвычайно опасные вещества (1-й класс): бенз(а)пирен;
- вещества высоко опасные (2-й класс): бензол, гидроксибензол, дигидросульфид, марганец и его соединения, этенилбензол;
- вещества умеренно опасные (3-й класс): взвешенные вещества, диметилбензол, сера диоксид, углерод, этилбензол;
- вещества малоопасные (4-й класс): нафталин;
- вещества, класс опасности которых не определен: взвешенные частицы PM_{10} , взвешенные частицы $PM_{2.5}$.

Таблица 1.9

Города-участники ФП «Чистый воздух», на территории которых содержание контролируемых веществ в атмосферном воздухе городов поселений превысило 5 ПДК, 2025 год

Субъект Российской Федерации	Город – участник ФП «Чистый воздух»	Количество контролируемых веществ	Наименование контролируемых веществ
1	2	3	4
Вологодская область	Череповец	2	Марганец и его соединения, нафталин
Забайкальский край	Чита	5	Бенз/а/пирен, гидроксибензол, дигидросульфид, диметилбензол, этилбензол
Иркутская область	Братск	1	Бенз/а/пирен
Кемеровская область – Кузбасс	Новокузнецк	4	Бенз/а/пирен, взвешенные частицы $PM_{2.5}$, взвешенные частицы PM_{10} , углерод

Продолжение табл. 1.9

1	2	3	4
Красноярский край	Красноярск	2	Бенз/а/пирен, взвешенные частицы PM _{2,5}
	Норильск	3	Взвешенные вещества, марганец и его соединения, сера диоксид
Омская область	Омск	4	Бенз/а/пирен, бензол, диметилбензол, этилбензол
Свердловская область	Нижний Тагил	4	Бенз/а/пирен, диметилбензол, этилбензол, этенилбензол
Челябинская область	Челябинск	1	Диметилбензол

В городах «второго этапа» проекта наибольший удельный вес проведенных исследований атмосферного воздуха с превышением гигиенических нормативов наблюдался в 2025 году на территории городов: Барнаула (6,96 %), Петровска-Забайкальского (4,43 %), Черногорска (4,42 %), Абакана (4,36 %), Минусинска (3,39 %), Ачинска (3,12 %), Улан-Удэ (2,74 %), Гусиноозерска (2,0 %), Лесосибирска (1,73 %), Иркутска (1,59 %), Шелехова (1,52 %), Селенгинска (1,28 %) (табл. 1.10).

Таблица 1.10

Динамика доли (%) исследований с превышением ПДК, 2023–2025 гг.

Города – участники ФП «Чистый воздух»	Удельный вес проб с превышением ПДК, %			Темп прироста/снижения к 2024 г.
	2023 ¹	2024	2025	
1	2	3	4	5
Абакан	14,8	5,97	4,36	↓ на 26,97 %
Ангарск	0,6	0,13	0,18	↑ на 38,46 %
Астрахань	0	0,19	0,4	↑
Ачинск	2,8	2,11	3,12	↑ на 47,9 %
Барнаул	8,9	7,53	6,96	↓ на 7,6 %
Гусиноозерск	1,9	1,57	2,0	↑ на 27,4 %
Зима	1,9	0,89	0	↓
Иркутск	1,0	2,78	1,59	↑ на 42,8 %
Искитим	0,1	1,30	0,95	↑ на 26,9 %
Кемерово	0,8	0,48	0,12	↓ на 75 %
Комсомольск-на-Амуре	0,6	0,39	0,52	↑ на 33,3 %
Курган	2,0	1,72	0,92	↓ на 46,5 %
Кызыл	2,1	1,05	0,64	↓ на 39,05 %
Лесосибирск	2,6	0,54	1,73	↓ на 33,46 %
Махачкала	0,1	0,04	0	↓
Минусинск	7,2	10,34	3,39	↓ на 67,2 %

¹ Мониторинг качества атмосферного воздуха в рамках реализации ФП «Чистый воздух» осуществлялся в период с 01.09.2023 по 31.12.2023.

Продолжение табл. 1.10

1	2	3	4	5
Новочеркасск	0,3	0,18	0	↓
Петровск-Забайкальский	11,5	2,85	4,43	↑ на 55,4 %
Ростов-на-Дону	0,3	0,03	0	↓
Свирск	0	0	0	=
Селенгинск	5,8	1,89	1,28	↓ на 32,3 %
Улан-Удэ	4,7	2,84	2,74	↓ на 3,52 %
Усолье-Сибирское	0	0,07	0	↓
Уссурийск	0,1	0	0	=
Чегдомын	0,3	0,11	0,77	↑ в 7 раз
Черемхово	0	0	0	=
Черногорск	16,0	7,77	4,42	↓ на 43,11 %
Шелехов	0,3	0,04	1,52	↑ в 38 раз
Южно-Сахалинск	0,3	0,60	0,17	↓ на 71,8 %

В 2025 году не зафиксированы превышения гигиенических нормативов содержания загрязняющих веществ в атмосферном воздухе на территории 7 городов 3 субъектов Российской Федерации: Новочеркаска, Ростова-на-Дону Ростовской области, Зимы, Свирска, Усолье-Сибирского, Черемхово Иркутской области, Уссурийска Приморского края.

Количество контролируемых веществ, в том числе с превышением ПДК в 2025 году на территории 22 городов – участников 14 субъектов Российской Федерации представлено на рис. 1.23.

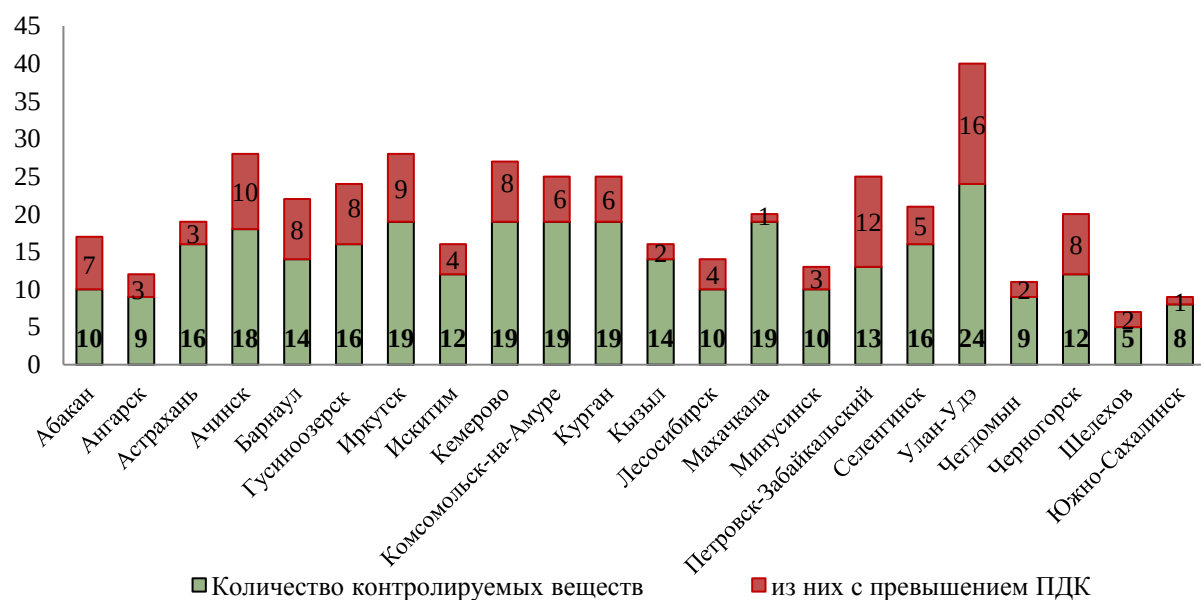


Рис. 1.23. Количество контролируемых веществ, в том числе с превышением ПДК, в 2025 году

В атмосферном воздухе 16 городов – участников 10 субъектов Российской Федерации концентрации 11 веществ превысили 5 ПДК (табл. 1.11). К ним относятся:

- чрезвычайно опасные вещества (1-й класс): бенз(а)пирен;
- вещества высоко опасные (2-й класс): бензол, формальдегид;

- вещества умеренно опасные (3-й класс): взвешенные вещества, сера диоксид, углерод, диметилбензол, азота диоксид;
- вещества малоопасные (4-й класс): диметилсульфид;
- вещества, класс опасности которых не определен: взвешенные частицы РМ₁₀, взвешенные частицы РМ_{2.5}.

Таблица 1.11

Города-участники второго этапа ФП «Чистый воздух», на территории которых содержание контролируемых веществ в атмосферном воздухе городов городских поселений превысило 5 ПДК, 2025 год

Субъект Российской Федерации	Город – участник ФП «Чистый воздух»	Количество контролируемых веществ с превышением более 5 ПДК	Наименование контролируемых веществ с концентрацией более 5 ПДК
Алтайский край	Барнаул	2	Бенз/а/пирен, диметилбензол
Забайкальский край	Петровск-Забайкальский	6	Азота диоксид, бенз/а/пирен, бензол, взвешенные частицы РМ _{2.5} , диметилсульфид, сера диоксид
Иркутская область	Иркутск	2	Бенз/а/пирен, диметилбензол
Кемеровская область – Кузбасс	Кемерово	1	Бенз/а/пирен
Красноярский край	Ачинск	3	Бенз/а/пирен, взвешенные частицы РМ _{2.5} , взвешенные частицы РМ ₁₀
	Лесосибирск	2	Бенз/а/пирен, бензол
	Минусинск	2	Бенз/а/пирен, взвешенные вещества
Новосибирская область	Искитим	1	Бенз/а/пирен
Республика Бурятия	Гусиноозерск	3	Бенз/а/пирен, взвешенные частицы РМ _{2.5} , сера диоксид
	Селенгинск	1	Бенз/а/пирен
	Улан-Удэ	2	Бенз/а/пирен, взвешенные частицы РМ _{2.5}
Республика Тыва	Кызыл	1	Бенз/а/пирен
Республика Хакасия	Абакан	5	Бенз/а/пирен, взвешенные частицы РМ _{2.5} , взвешенные частицы РМ ₁₀ , сера диоксид, углерод
	Черногорск	4	Бенз/а/пирен, взвешенные частицы РМ _{2.5} , взвешенные частицы РМ ₁₀ , углерод
Хабаровский край	Комсомольск-на-Амуре	1	Формальдегид
	Чегдомын	1	Взвешенные вещества

Получаемые данные принимаются во внимание при формировании перечней квотируемых объектов на территориях проекта, при разработке и согласовании планов предприятий и организаций по снижению выбросов приоритетных загрязняющих веществ, при оценке результативности и эффективности реализации Комплексных планов воздухоохраных мероприятий регионов.

1.1.2. Состояние питьевой воды, воды водоемов, используемых для водоснабжения населения и рекреационных целей

Качество воды в системах питьевого централизованного водоснабжения

За период с 2016 по 2025 г. количество источников централизованного питьевого водоснабжения, находящихся на государственном контроле (надзоре) органов Роспотребнадзора, снизилось с 99 488 до 89 350 (рис. 1.24).

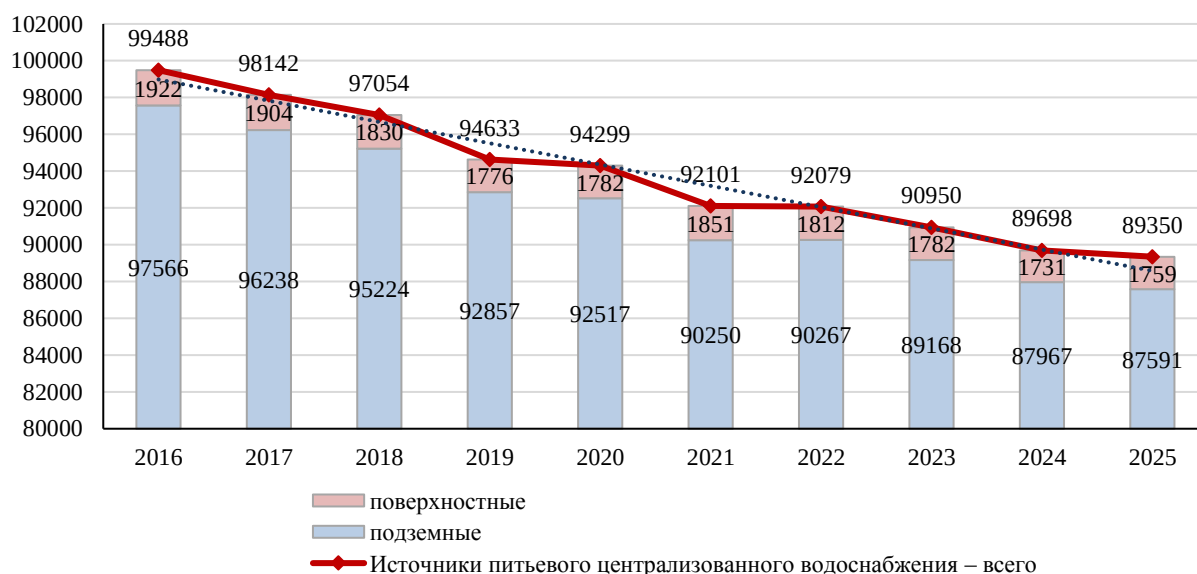


Рис. 1.24. Число источников питьевого централизованного водоснабжения в 2016–2025 гг. (абс.)

Удельный вес источников централизованного питьевого водоснабжения, не соответствующих санитарно-эпидемиологическим требованиям, имеет тенденцию к снижению и в 2025 году составил 13,6 %, что достоверно ниже среднегогодового уровня (далее – СМУ) (14,6 %). Удельный вес поверхностных источников централизованного питьевого водоснабжения, не соответствующих санитарно-эпидемиологическим требованиям, снизился по сравнению с 2024 годом, но достоверно превышал СМУ (36,2 %). Основной причиной несоответствия источников централизованного питьевого водоснабжения санитарно-эпидемиологическим требованиям, как и в предыдущие годы, является отсутствие зон санитарной охраны. Следует отметить, что в течение последних десяти лет, удельный вес поверхностных источников, не соответствующих санитарно-эпидемиологическим требованиям из-за отсутствия зон санитарной охраны, и удельный вес подземных источников, не соответствующих санитарно-эпидемиологическим требованиям из-за отсутствия зон санитарной охраны, имеют тенденцию к снижению (2025г. – 27,12 % и 8,59 % соответственно (рис. 1.25).

Удельный вес источников централизованного питьевого водоснабжения, не соответствующих санитарно-эпидемиологическим требованиям, в 2025 году ниже среднероссийского показателя в 51 субъекте Российской Федерации. В 28 субъектах Российской Федерации удельный вес источников централизованного питьевого водоснабжения, не соответствующих санитарно-эпидемиологическим требованиям, выше среднероссийского показателя, в том числе в Республике Калмыкия (86,96 %), Республике Карелия (74,70 %), Саратовской области (74,34 %), Республике Бурятия (66,43 %), Карачаево-Черкесской Республике (61,54 %).

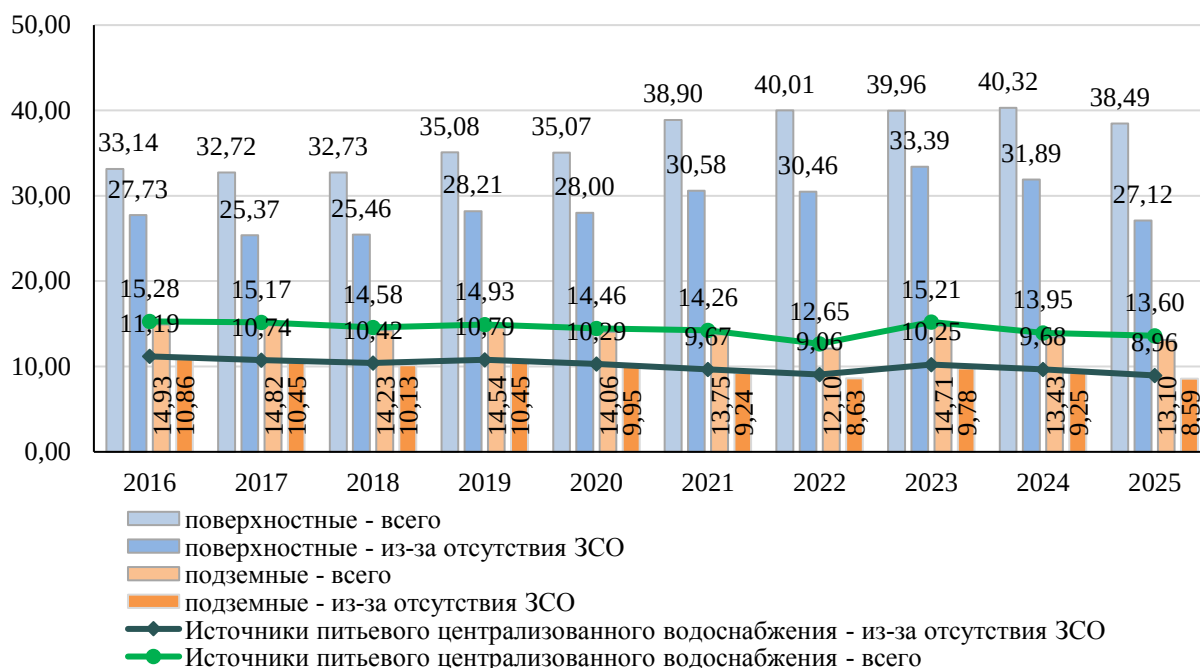


Рис. 1.25. Удельный вес (%) источников централизованного питьевого водоснабжения, не соответствующих санитарно-эпидемиологическим требованиям в 2016–2025 гг.

В 2025 году органами и организациями Роспотребнадзора исследовано более 2,0 млн проб воды из систем питьевого централизованного водоснабжения, включая воду источников централизованного водоснабжения (более 311,8 тыс. проб), питьевой воды после водоочистных сооружений (водопроводов) (свыше 236,3 тыс. проб), распределительной сети (более 1,4 млн проб). В 2025 году по сравнению с 2024 годом увеличилось количество исследуемых проб воды из водопроводов (СМУ – 316,2 тыс. проб), снизилось количество исследуемых проб воды из источников питьевого централизованного водоснабжения (СМУ – 365,0 тыс. проб), из распределительной сети (СМУ – 1,40 млн проб). Динамика количества исследованных проб с 2016 по 2025 год представлена на рис. 1.26.

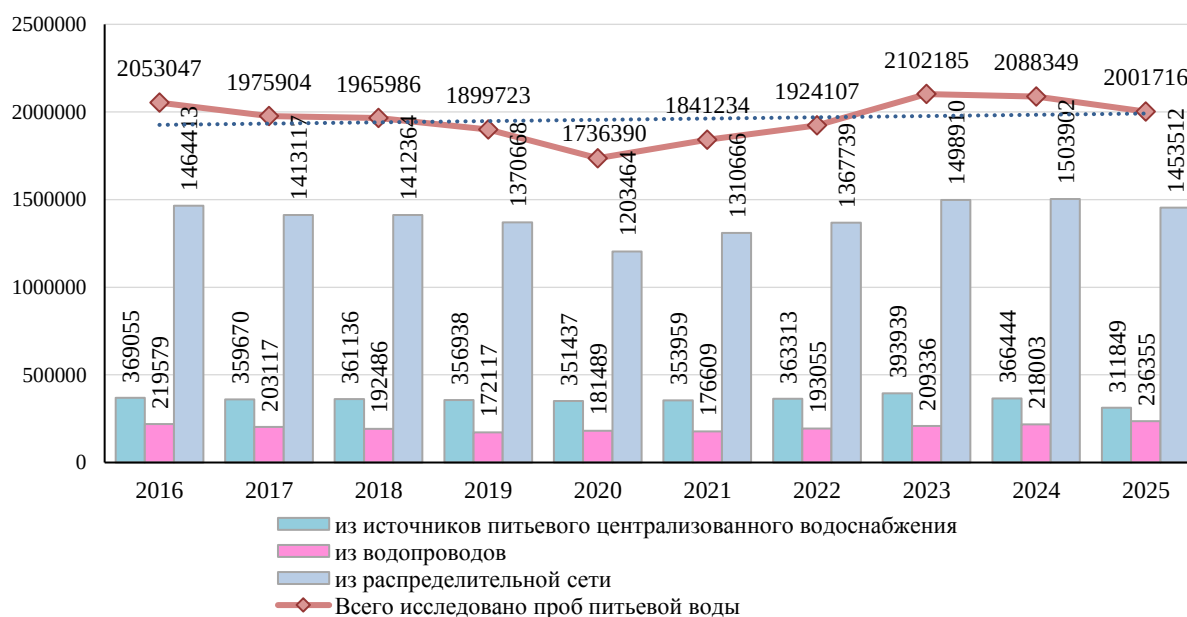


Рис. 1.26. Динамика числа исследованных проб воды из систем питьевого централизованного водоснабжения в 2016–2025 гг., абс.

В 2025 году по сравнению с 2024 г. и СМУ (0,4 %) установлено снижение удельного веса проб воды из источников питьевого централизованного водоснабжения, не соответствующих гигиеническим нормативам по паразитологическим показателям. Удельный вес проб воды из источников питьевого централизованного водоснабжения, не соответствующих гигиеническим нормативам по санитарно-химическим показателям, находился в границах СМУ (25,5 %), по микробиологическим показателям достоверно превышал СМУ (4,2 %) (рис. 1.27).

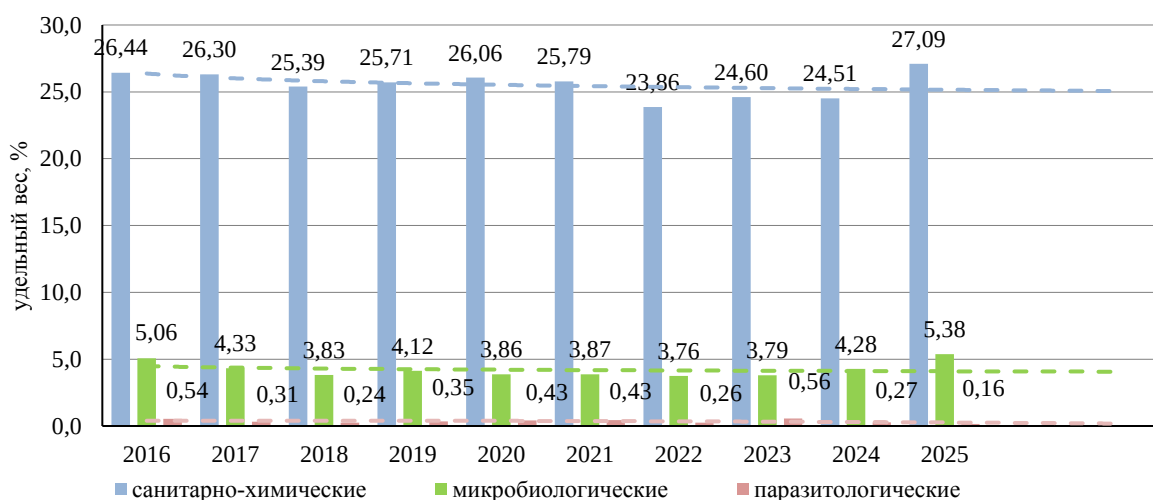


Рис. 1.27. Удельный вес (%) проб воды в источниках централизованного водоснабжения, не соответствующих гигиеническим нормативам, в 2016–2025 гг.

Ниже среднероссийских показателей значения удельного веса проб воды из источников централизованного питьевого водоснабжения, не соответствующих гигиеническим нормативам, в 2025 году были зафиксированы по санитарно-химическим показателям в 12 субъектах Российской Федерации, микробиологическим показателям – в 3 субъектах Российской Федерации. В 74 субъектах Российской Федерации не выявлено превышений гигиенических нормативов воды из источников централизованного питьевого водоснабжения по паразитологическим показателям.

Выше среднероссийских показателей значения удельного веса проб воды из источников централизованного питьевого водоснабжения, не соответствующих гигиеническим нормативам, в 2025 году были зафиксированы:

- в 11 субъектах Российской Федерации по санитарно-химическим показателям, в том числе в Ненецком автономном округе (82,48 %), Ханты-Мансийском автономном округе (80,57 %), г. Москва (76,11 %), Томской области (75,95 %), Костромской области (67,55 %);

- в 9 субъектах Российской Федерации по микробиологическим показателям, в том числе в г. Санкт-Петербурге (28,90 %), Еврейской автономной области (28,36 %), Хабаровском крае (21,08 %), Омской области (20,38 %), Кемеровской области – Кузбассе (19,75 %);

- в 5 субъектах Российской Федерации по паразитологическим показателям, в том числе в Астраханской области (5,41 %), Свердловской области (3,69 %), Новосибирской области (2,78 %), Калининградской области (1,20 %), Ярославской области (1,08 %).

Удельный вес водоочистных сооружений, не соответствующих санитарно-эпидемиологическим требованиям, в 2025 году снизился по сравнению с 2024 годом и был достоверно ниже СМУ (15,0 %), в том числе из-за отсутствия необходимого комплекса очистных сооружений (СМУ – 6,9 %) и обеззараживающих установок (СМУ – 2,2 %) (рис. 1.28).

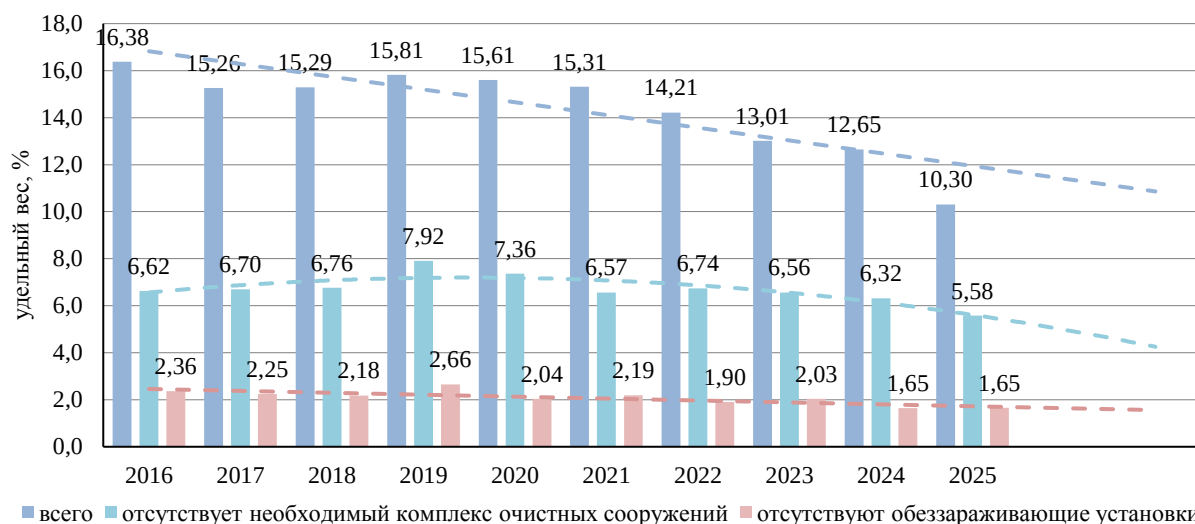


Рис. 1.28. Удельный вес (%) водопроводов, не соответствующих санитарно-эпидемиологическим требованиям, в 2016–2025 гг.

Удельный вес водоочистных сооружений, не соответствующих требованиям санитарного законодательства, ниже среднероссийского в 2025 году зафиксирован в 14 субъектах Российской Федерации, выше среднероссийского в 13 субъектах Российской Федерации, в том числе в Республике Калмыкия (85,42 %), Томской области (72,90 %), Республике Карелия (66,44 %), Еврейской автономной области (63,64 %), Мурманской области (59,68 %).

В 2025 году удельный вес проб воды из водопроводов (питьевая вода перед подачей в распределительную сеть), не соответствующих гигиеническим нормативам по санитарно-химическим показателям, находился в границах СМУ (16,6 %), микробиологическим показателям – достоверно выше СМУ (2,3 %) (рис. 1.29).

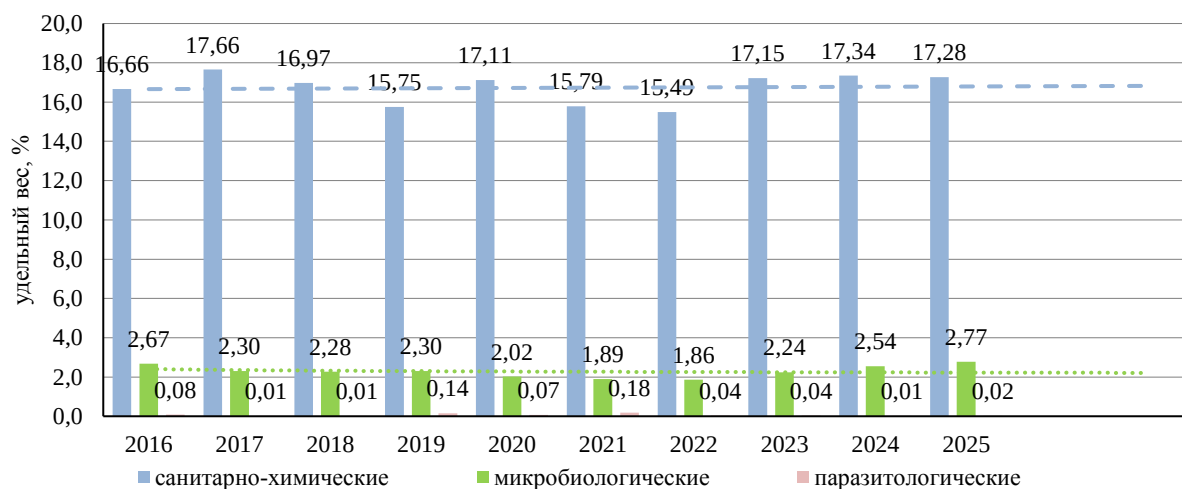


Рис. 1.29. Удельный вес (%) проб воды перед подачей в распределительную сеть, не соответствующих гигиеническим нормативам, в 2016–2025 гг.

В 2025 году удельный вес проб питьевой воды перед подачей в распределительную сеть, не соответствующих гигиеническим нормативам по санитарно-химическим показателям, ниже среднероссийского показателя зафиксирован в 11 субъектах, выше среднероссийского уровня – в 11 субъектах Российской Федерации, в том числе в Тамбовской области (69,53 %), Республике Мордовия (67,27 %), Новгородской области (61,32 %), Республике Дагестан (53,39 %), Томской области (52,08 %) (рис. 1.30).

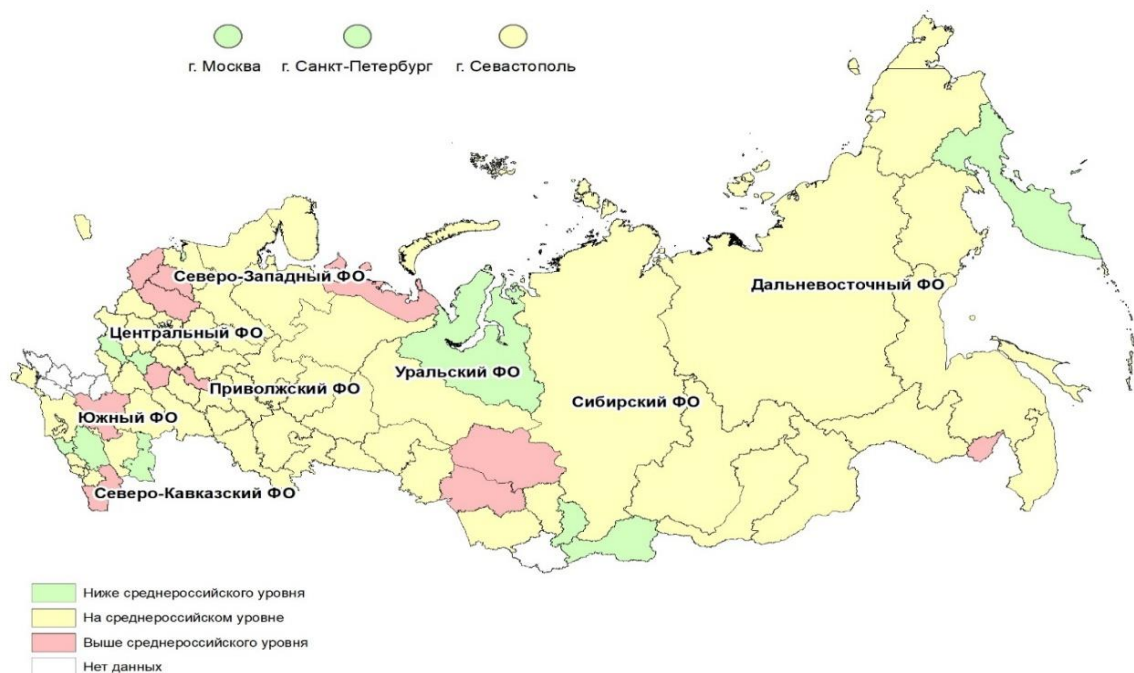


Рис. 1.30. Распределение субъектов Российской Федерации по доле проб питьевой воды из перед подачей в распределительную сеть с превышением гигиенических нормативов по санитарно-химическим показателям, 2025 год

Удельный вес проб воды питьевой воды перед подачей в распределительную сеть, не соответствующих гигиеническим нормативам по микробиологическим показателям, ниже среднероссийского уровня зарегистрирован в 11 субъектах Российской Федерации, выше среднероссийского уровня – в 10 субъектах Российской Федерации, в том числе в Республике Ингушетия (27,38 %), Хабаровском крае (22,36 %), Еврейской автономной области (20,33 %), Республике Калмыкия (11,63 %), Пензенской области (10,88 %) (рис. 1.31).

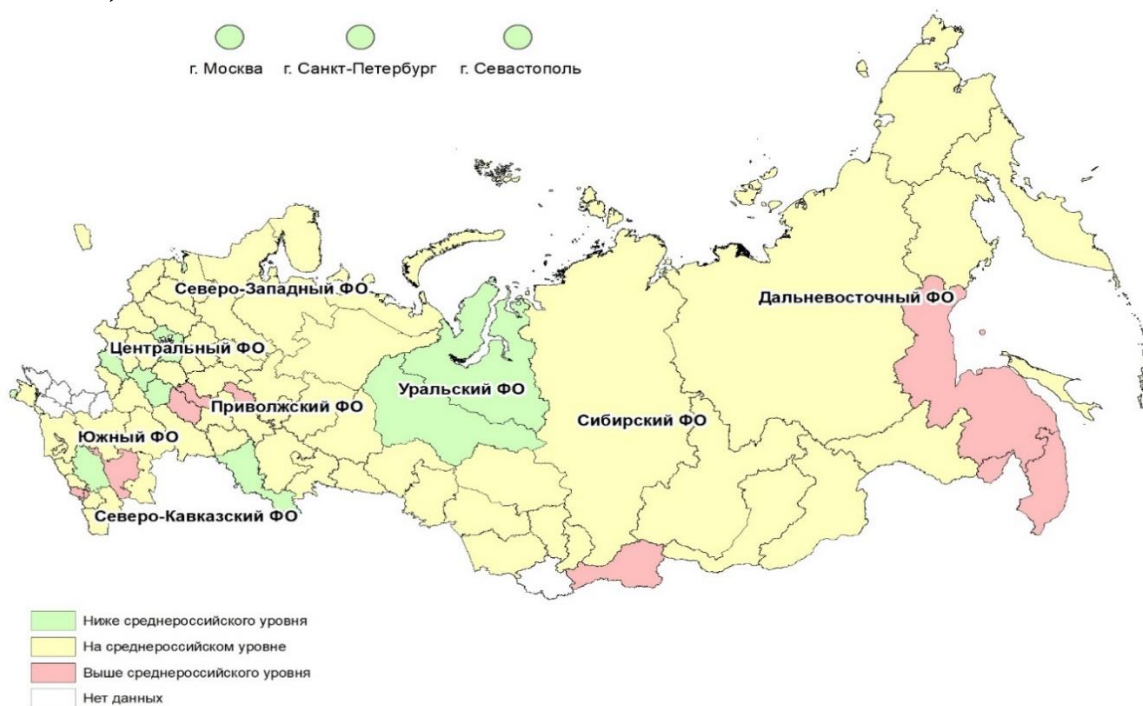


Рис. 1.31. Распределение субъектов Российской Федерации по доле проб воды из водопроводов с превышением гигиенических нормативов по микробиологическим показателям, 2025 год

По данным контроля качества питьевой воды из распределительной сети централизованных систем водоснабжения, в 2025 году наблюдается снижение удельного веса проб воды, не соответствующих гигиеническим нормативам по санитарно-химическим, микробиологическим и паразитологическим показателям. Удельный вес проб воды из распределительной сети, не соответствующих гигиеническим нормативам по санитарно-химическим показателям, находился в границах СМУ (12,9 %), микробиологическим показателям – выше СМУ (2,8 %) (рис. 1.32).

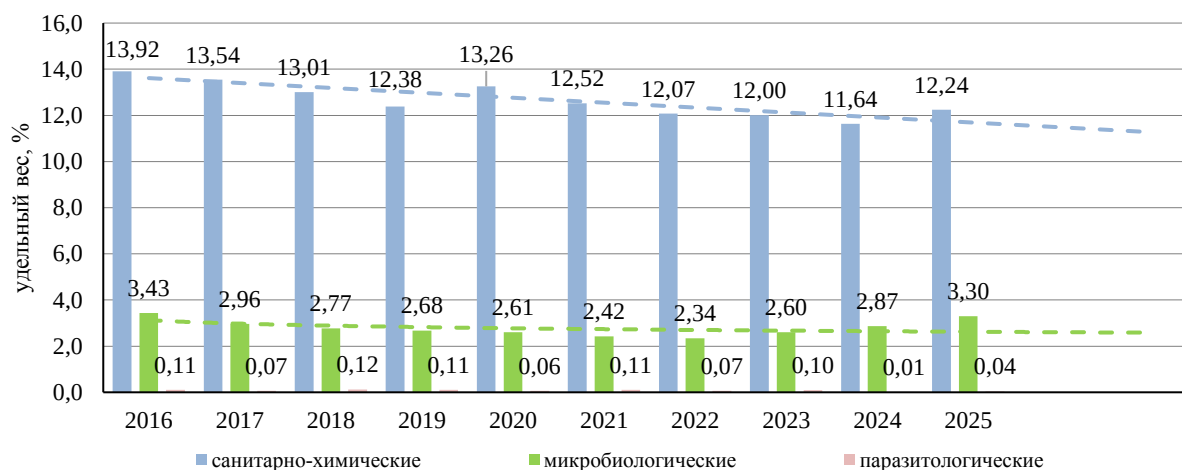


Рис. 1.32. Удельный вес (%) проб питьевой воды из распределительной сети централизованных систем водоснабжения, не соответствующих гигиеническим нормативам, в 2016–2025 гг.

В 2025 году достоверно ниже среднероссийского уровня доля проб питьевой воды из распределительной сети централизованных систем водоснабжения, не соответствующих гигиеническим нормативам по санитарно-химическим показателям, зарегистрирован в 13 субъектах Российской Федерации, выше среднероссийского – в 15 субъектах, в том числе в Томской области (54,77 %), Республике Калмыкия (47,71 %), Новгородской области (40,92 %), Курганской области (37,85 %), Республике Мордовия (36,74 %) (рис. 1.33).

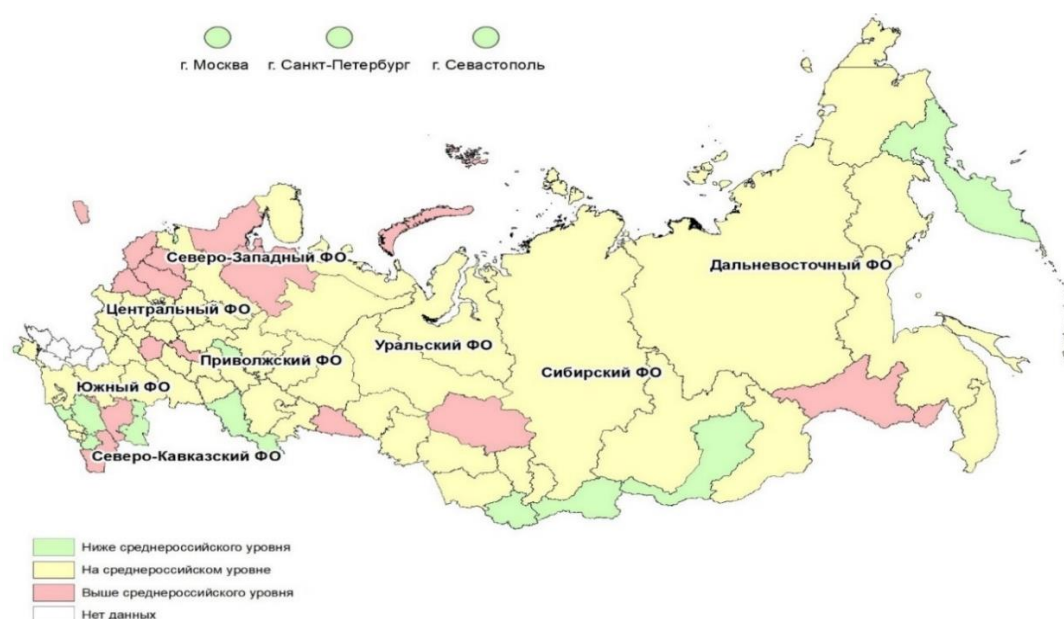
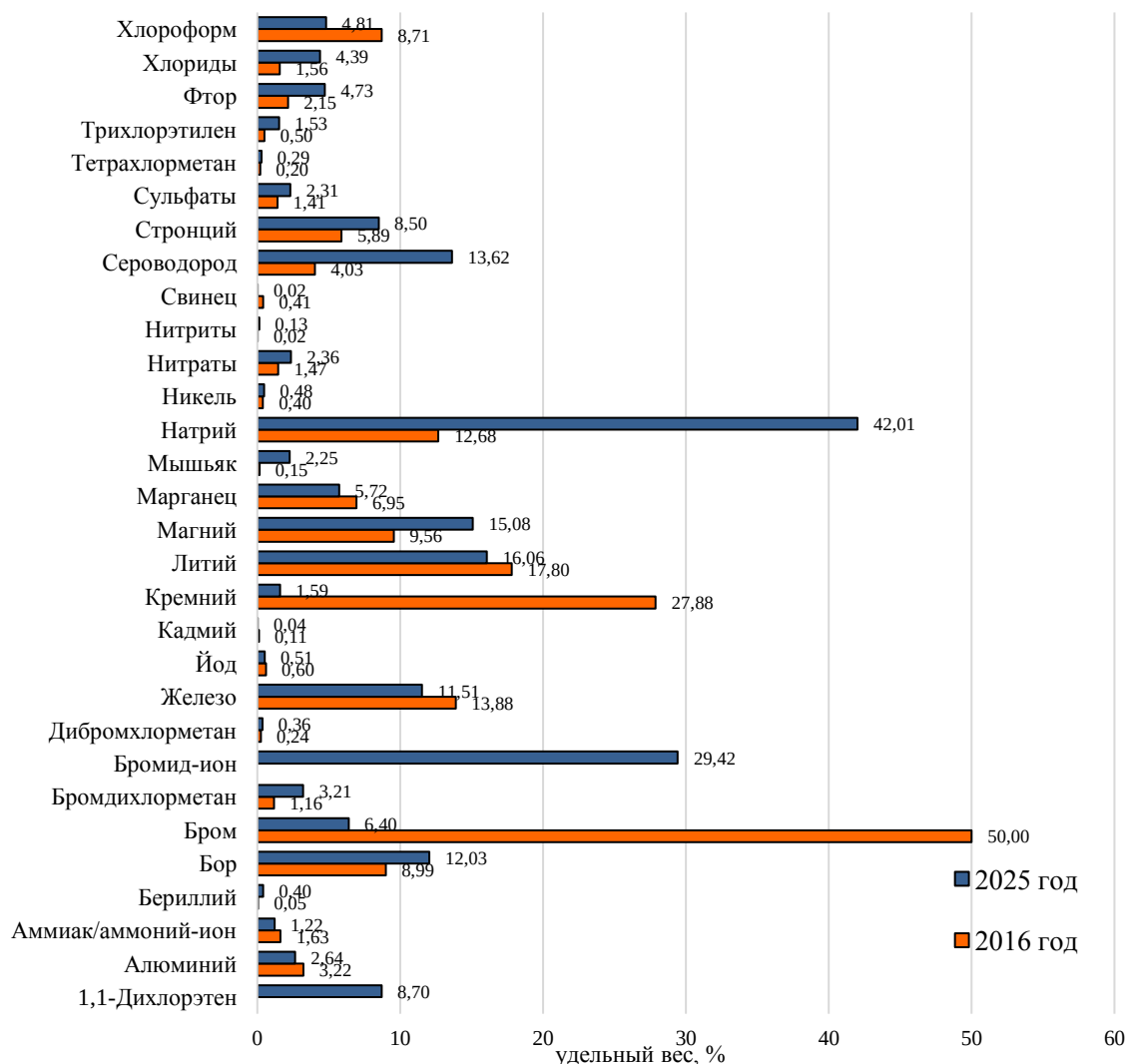


Рис. 1.33. Распределение субъектов Российской Федерации по доле проб питьевой воды из распределительной сети централизованных систем водоснабжения с превышением гигиенических нормативов по санитарно-химическим показателям, 2025 год

В 2025 году по сравнению с 2016 годом изменились перечни и количество исследований химических веществ в питьевой воде, концентрации которых превышали гигиенические нормативы. Увеличился удельный вес исследований, не соответствующих гигиеническим нормативам, по содержанию следующих химических веществ: бериллий, бор, бромдихлорметан, дибромхлорметан, магний, мышьяк, натрий, никель, нитраты, нитриты, сероводород, стронций, сульфаты, тетрахлорметан, трихлорэтилен, фтор, хлориды (рис. 1.34).



Наименование вещества	2016	2025	Наименование вещества	2016	2025	Наименование вещества	2016	2025
1,1-Дихлорэтен	н/д	23	Йод	4157	783	Нитриты	67463	15564
Алюминий	27962	12784	Кадмий	24954	8373	Свинец	30582	10290
Аммиак/аммоний-ион	70894	25022	Кремний	8294	2902	Сероводород	1289	580
Бериллий	4046	247	Литий	1292	2914	Стронций	4822	3755
Бор	16935	9474	Магний	9679	2189	Сульфаты	52757	15217
Бром	96	172	Марганец	57529	32388	Тетрахлорметан	5971	2446
Бромдихлорметан	4558	7159	Мышьяк	19552	9276	Трихлорэтилен	2183	719
Бромид-ион	н/д	1125	Натрий	3274	657	Фтор	42688	17972
Дибромхлорметан	3695	6897	Никель	14916	4543	Хлориды	64366	19622
Железо	109434	82748	Нитраты	78975	27744	Хлороформ	11079	13345

Рис. 1.34. Количество лабораторных исследований и удельный вес (%) проб питьевой воды из распределительной сети централизованных систем водоснабжения, не соответствующих гигиеническим нормативам, по данным социально-гигиенического мониторинга, в 2016 году и 2025 году

В течение 2025 года наибольший удельный вес не соответствующих санитарно-эпидемиологическим требованиям проб питьевой воды, подаваемой населению централизованными системами водоснабжения, установлен по содержанию натрия (42,01 % исследованных проб), бромид-иона (29,42 %) и лития (16,06 %). Содержание в питьевой воде натрия превышает гигиенические нормативы в питьевой воде централизованных систем водоснабжения в Республике Калмыкия (47,60 % исследованных проб), Свердловской (20,60 %), Волгоградской (17,60 %) областях. Повышенное содержание лития отмечается в питьевой воде централизованных систем водоснабжения на территории Ставропольского края (100 % исследованных проб не соответствует гигиеническим нормативам), Хабаровского края (90,9 %), Свердловской (50,0 %), Иркутской (29,8 %), Амурской (15,9 %) областей, Республики Калмыкии (6,5 %). Содержание бромид-иона, превышающее допустимые концентрации, в питьевой воде централизованных систем водоснабжения зарегистрировано на территории Республики Калмыкии (50,8 % исследованных проб), Еврейской автономной области (32,5 %).

Основными причинами неудовлетворительного качества питьевой воды, подаваемой населению из централизованных источников водоснабжения, продолжают оставаться:

- природное и техногенное загрязнение воды источников питьевого водоснабжения;
- отсутствие у источников водоснабжения зон санитарной охраны, обустроенных в соответствии с действующими требованиями;
- недостаточная эффективность технологий обработки воды в связи с отсутствием современного комплекса водоподготовки и обеззараживания;
- высокая степень износа водоочистных сооружений: установок для забора воды, оборудования насосных станций, станций очистки воды или водоподготовки, водопроводных сетей, резервуаров питьевой воды и прочее.

В 2025 году временные отступления по отдельным показателям качества питьевой воды действовали на территории 32 субъектов Российской Федерации: Амурской, Белгородской, Волгоградской, Воронежской, Иркутской, Калининградской, Калужской, Курганской, Ленинградской, Магаданской, Московской, Мурманской, Оренбургской, Орловской, Ростовской, Самарской, Свердловской, Смоленской, Тамбовской, Тверской, Томской, Тульской, Тюменской и Ярославской областей, Республик Калмыкия, Карелия, Коми, Марий Эл, Татарстан и Хакасия, Алтайского края и Ханты-Мансийского автономного округа – Югра. Показатели, по которым в 2025 году действовали временные отступления качества питьевой воды на территории отдельных субъектов Российской Федерации: запах, цветность, привкус, мутность, жесткость общая, перманганатная окисляемость, общая минерализация (сухой остаток), железо, марганец, хлороформ, аммиак/аммоний-ион ($\text{NH}_3/\text{NH}_4^+$), алюминий, хлориды, нитраты, сульфаты, магний, натрий, бор, никель, бромид-ион, молибден, сероводород, гидроксibenзол (фенол).

В целях оперативного определения и прогноза степени опасности воды для здоровья и условий проживания населения в населенных пунктах, технических решений по реабилитации и охране водосборных территорий, оценки эффективности санитарно-противоэпидемических мероприятий проводится определение острой токсичности проб воды. Показатель «индекс токсичности» является интегральным показателем безопасности пробы воды для биологического объекта. Определение индекса токсичности заключается в получении в условиях токсикологического эксперимента оперативного сигнала о наличии в пробе опасных веществ для последующего расширенного проведения химических и токсикологических исследований.

По мониторингу и сведениям в Единой информационной аналитической системы Роспотребнадзора, в течение 2025 года показатель «Индекс токсичности» в воде

централизованных систем питьевого водоснабжения определялся испытательными лабораторными центрами ФБУЗ «Центрами гигиены и эпидемиологии» на территории 74 субъектов Российской Федерации. Всего было проведено 9817 исследований воды из систем централизованного водоснабжения, из них 134 исследования (1,36 %) не соответствовали рекомендованному нормативу на территории 18 субъектов Российской Федерации: Воронежская, Нижегородская, Новосибирская, Орловская, Свердловская, Тверская, Томская, Челябинская, Ярославская области, Алтайский, Краснодарский, Пермский края, Республики Дагестан, Ингушетия, Крым, Северная Осетия – Алания, Татарстан и г. Москва.

При сравнительном анализе удельного веса проб воды из систем централизованного водоснабжения, не соответствующих гигиеническим нормативам по содержанию железа, были выявлены субъекты, в которых наблюдается увеличение удельного веса проб воды, не соответствующих гигиеническим нормативам, относительно контроля качества воды перед подачей в распределительную сеть (рис. 1.35).



Рис. 1.35. Распределение субъектов Российской Федерации по косвенному признаку неудовлетворительного состояния распределительной сети, 2025 год

По результатам оценки интегрального показателя качества питьевой воды и значений канцерогенного, неканцерогенного и ольфакторно-рефлекторного рисков от питьевой воды для здоровья населения, выполненных на основе результатов лабораторных исследований качества питьевой воды, проведено ранжирование субъектов Российской Федерации между собой по величине риска (рис. 1.36). К группе субъектов Российской Федерации с высоким значением интегрального показателя в 2025 году относятся: Новосибирская область – очень высокий риск, Республика Дагестан – высокий риск, Краснодарский край, Республика Калмыкия и Ямало-Ненецкий автономный округ – средний риск.

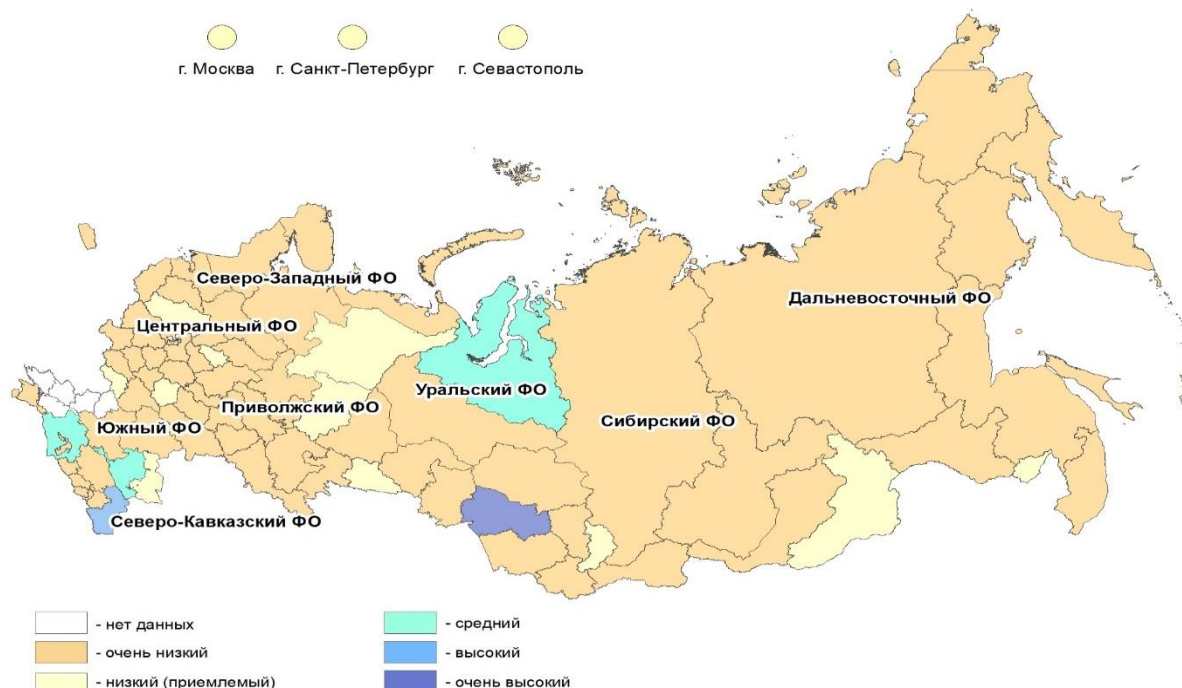


Рис. 1.36. Ранжирование субъектов Российской Федерации по интегральному показателю качества питьевой воды по показателям химической безвредности, 2025 год

Удельный вес проб воды из распределительной сети, не соответствующих гигиеническим нормативам по микробиологическим показателям, ниже среднероссийского уровня зарегистрирован в 5 субъектах Российской Федерации, выше среднероссийского уровня – в 12 субъектах Российской Федерации, в том числе Еврейской автономной области (21,66 %), Республике Дагестан (15,48 %), Республике Тыва (15,46 %), Хабаровском крае (14,95 %), Карачаево-Черкесской Республике (14,79 %) (рис. 1.37).

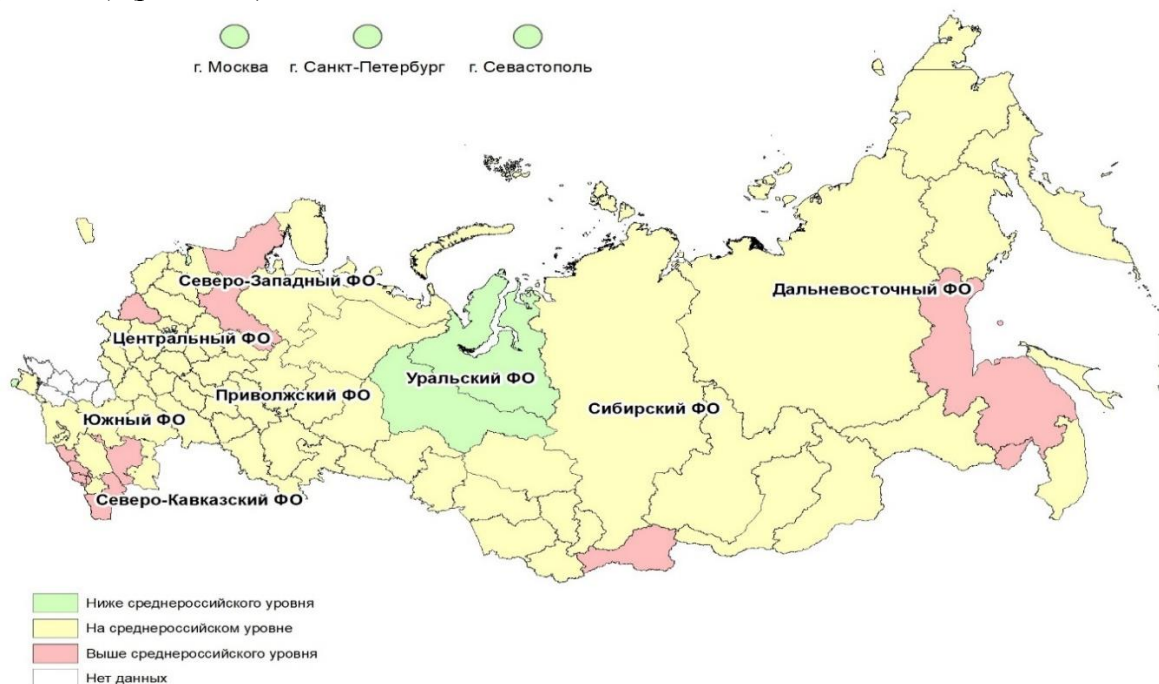


Рис. 1.37. Распределение субъектов Российской Федерации по удельному весу проб питьевой воды из распределительной сети централизованного водоснабжения с превышением гигиенических нормативов по микробиологическим показателям, 2025 год

Среднероссийский показатель удельного веса проб питьевой воды из распределительной сети систем централизованного водоснабжения, не соответствующих гигиеническим нормативам по содержанию эшерихии коли (*E. coli*), в 2025 году составил 1,07 %. Удельный вес проб ниже среднероссийского показателя зарегистрирован в 6 субъектах Российской Федерации, выше среднероссийского показателя в 2025 году – в 5 субъектах Российской Федерации, в том числе в Карачаево-Черкесской Республике (14,03 %), Кабардино-Балкарской Республике (12,78 %), Республике Дагестан (6,73 %), Республике Северная Осетия – Алания (6,27 %), Республике Карелия (4,01 %).

Показатель микробного риска, связанного с потреблением питьевой воды, напрямую коррелирует с долей неудовлетворительных проб по микробиологическим показателям, позволяет оценить эпидемиологическую безопасность питьевой воды на основе результатов лабораторных исследований, косвенно охарактеризовать состояние распределительной сети и качество водоподготовки (обеззараживания), оперативно выявить проблемные территории, оценить уровень экспозиции населения к микробиологическим показателям, ассоциированной с водным путем поступления. Расчет показателя производится в соответствии с п. 4.2.1 МР 2.1.10.0031–11 «Комплексная оценка риска возникновения бактериальных кишечных инфекций, передаваемых водным путем» и может быть выполнен для централизованных систем водоснабжения населенных пунктов, муниципальных образований субъектов Российской Федерации и позволяет провести ранжирование территорий между собой по величине риска.

Ранжирование субъектов Российской Федерации по микробному риску – риску возникновения бактериальных кишечных инфекций, передаваемых водным путем, связанных с употреблением питьевой воды, приведено на рис. 1.38. Очень высокий уровень микробного риска, связанный с качеством питьевой воды, в 2025 году отмечен в Республике Тыва. К группе субъектов с высоким значением микробного риска в 2025 году относятся 32 субъекта Российской Федерации: Амурская, Архангельская, Астраханская, Белгородская, Волгоградская, Вологодская, Иркутская, Костромская, Курганская, Ленинградская, Омская, Псковская, Свердловская, Смоленская, Тверская, Томская, Тюменская, Челябинская области, Республики Адыгея, Алтай, Бурятия, Дагестан, Ингушетия, Карелия, Коми, Саха (Якутия), Хакасия, Еврейская автономная область, Забайкальский край, Приморский край, Ненецкий автономный округ, Чукотский автономный округ.



Рис. 1.38. Распределение субъектов Российской Федерации по показателю микробного риска, связанного с потреблением питьевой воды, 2025 год

Из общего числа исследованных проб питьевой воды из распределительной сети, в 2025 г. у конечного потребителя исследовано 464 188 проб (2024 год – 425 046 проб) на санитарно-химические и 630 293 проб (2024 год – 530 397 проб) на микробиологические показатели.

Выше среднероссийского показателя (12,03 %) удельный вес проб питьевой воды, отобранных у конечного потребителя воды и не соответствующих гигиеническим нормативам по санитарно-химическим показателям, в 2025 году зарегистрирован в 43 субъектах Российской Федерации, в том числе в Республике Калмыкия (46,79 %), Томской области (45,30 %), Новгородской области (40,91 %), Курганской области (38,38 %), Республике Мордовия (36,74 %); по микробиологическим показателям (среднероссийский показатель – 3,27 %) – в 39 субъектах, в том числе в Еврейской автономной области (20,49 %), Республике Тыва (20,12 %), Республике Дагестан (17,61 %), Республике Калмыкия (12,75 %), Вологодской области (11,84 %).

В 2025 году доля населения Российской Федерации, обеспеченного качественной питьевой водой из централизованных систем водоснабжения, составила 89,54 %. Выше среднероссийского показателя доля населения, обеспеченного качественной питьевой водой из централизованных систем водоснабжения, в 3 субъектах Российской Федерации, ниже среднероссийского – в 13 субъектах Российской Федерации (рис. 1.39)

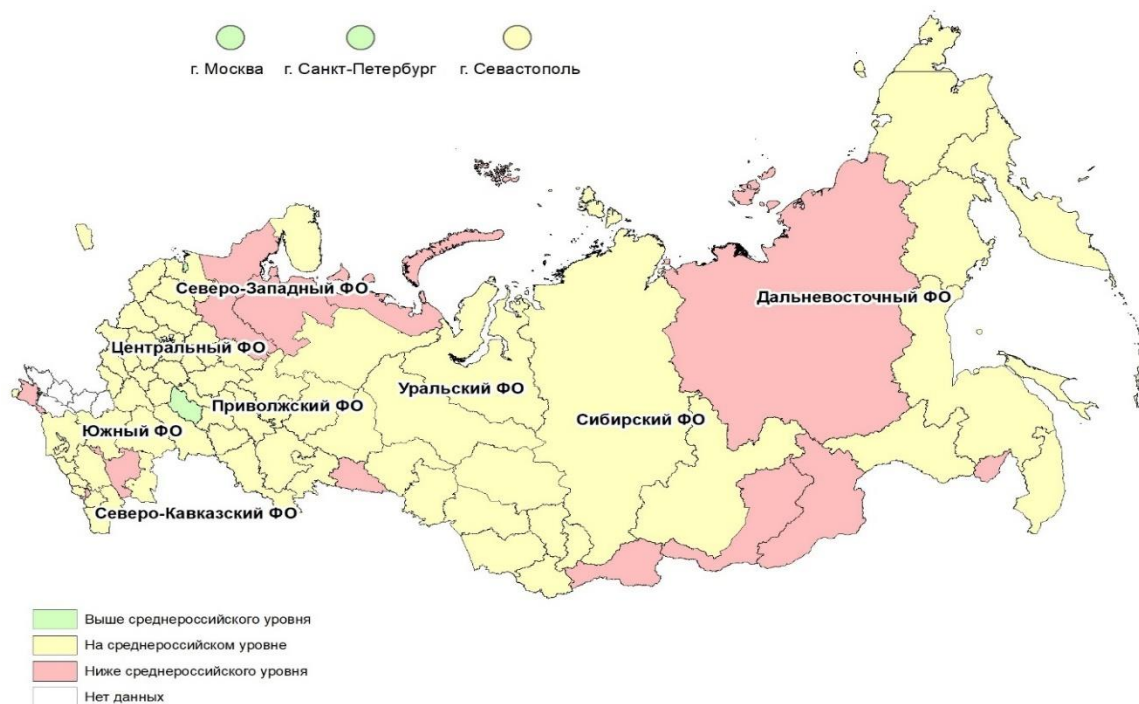


Рис. 1.39. Распределение субъектов Российской Федерации по доле населения, обеспеченного качественной питьевой водой из систем централизованного водоснабжения, 2025 год

Оценка уровня достижения данного показателя регионами свидетельствует о том, что в 2025 году по сравнению с 2024 годом в 25 субъектах Российской Федерации увеличилась доля населения, обеспеченного качественной питьевой водой. Значительное увеличение доли населения, обеспеченного в 2025 году качественной питьевой водой, отмечается на территории Томской области (на 6,5 %), Республики Бурятия (на 5,2 %), Костромской (на 2,7 %) и Самарской (на 2,4 %) областей.

Роспотребнадзором реализован механизм информирования граждан, органов государственной и исполнительной власти Российской Федерации, органов местного самоуправления о качестве питьевой воды в режиме онлайн с использованием информационной системы «Интерактивная карта контроля качества питьевой воды в

Российской Федерации», в которой отображаются результаты качества воды по конкретному адресу в населенном пункте.

В интерактивную карту в настоящее время вносятся сведения о результатах исследования питьевой воды, выполненные в рамках социально-гигиенического мониторинга, контрольных (надзорных) мероприятий и производственного контроля водоснабжающих организаций.

В 2025 году сайт интерактивной карты контроля качества питьевой воды посетили 25 тысяч уникальных пользователей (в 2024 году – 12,2 тысячи), в течение года осуществлялось 52,7 тысяч просмотров сайта, что в 1,8 раз больше, чем в 2024 году (29,6 тысяч просмотров).

Качество горячей воды из распределительной сети систем централизованного водоснабжения

По данным контроля качества горячей воды из распределительной сети, в 2025 году удельный вес проб, не соответствующих гигиеническим нормативам по санитарно-химическим показателям, находился в границах СМУ (12,1 %). Удельный вес проб, не соответствующих гигиеническим нормативам по микробиологическим показателям, достоверно превышал СМУ (0,92 %). За последние десять лет улучшился показатель температурного режима подачи потребителям горячей воды из распределительной сети: снизился удельный вес проб воды, не соответствующих гигиеническим требованиям по температуре (рис. 1.40).

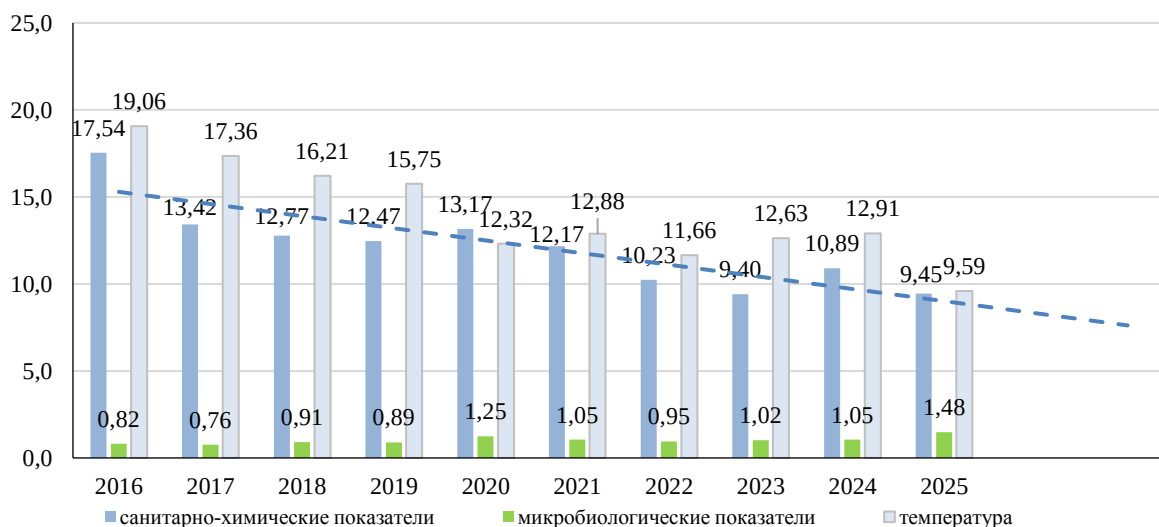


Рис. 1.40. Удельный вес (%) проб горячей воды, не соответствующих гигиеническим нормативам, в 2016–2025 гг.

В 2025 году удельный вес проб горячей воды из распределительной сети, не соответствующих гигиеническим нормативам по санитарно-химическим показателям, был ниже среднероссийского показателя в 12 субъектах российской Федерации, выше среднероссийского – в 13 субъектах Российской Федерации, в том числе в Тверской области (52,27 %), Приморском крае (34,22 %), Пензенской области (33,33 %), Забайкальском крае (32,14 %), Новгородской области (31,02 %); по микробиологическим показателям ниже среднероссийского показателя – в 25 субъектах, выше среднероссийского показателя – в 3 субъектах: в Карачаево-Черкесской Республике (20,59 %), Тверской области (4,86 %), Челябинской области (3,66 %).

Возбудители легионеллеза в 2025 году выделены в горячей воде централизованных систем горячего водоснабжения в 11 субъектах Российской

Федерации: в Республике Башкортостан (18 проб), Республике Татарстан (16 проб), Волгоградской области (14 проб), Архангельской области (11 проб), Свердловской области (7 проб), Московской области и Краснодарском крае (по 6 проб), г. Москве (5 проб), Белгородской области (4 пробы), Республике Крым и Омской области (по 2 пробы).

Качество воды из нецентрализованных систем водоснабжения

В 2025 году питьевую воду из нецентрализованных систем водоснабжения использовали 5,975 млн жителей Российской Федерации, что достоверно ниже СМУ (7,962 млн чел.), что обусловлено строительством централизованных систем водоснабжения.

В 2025 году значения удельного веса проб питьевой воды из нецентрализованных систем водоснабжения, не соответствующих гигиеническим нормативам по санитарно-химическим, микробиологическим и паразитологическим показателям, находились в границах СМУ (12,1 %, 0,92 %, 14,53 % соответственно) (рис. 1.41).

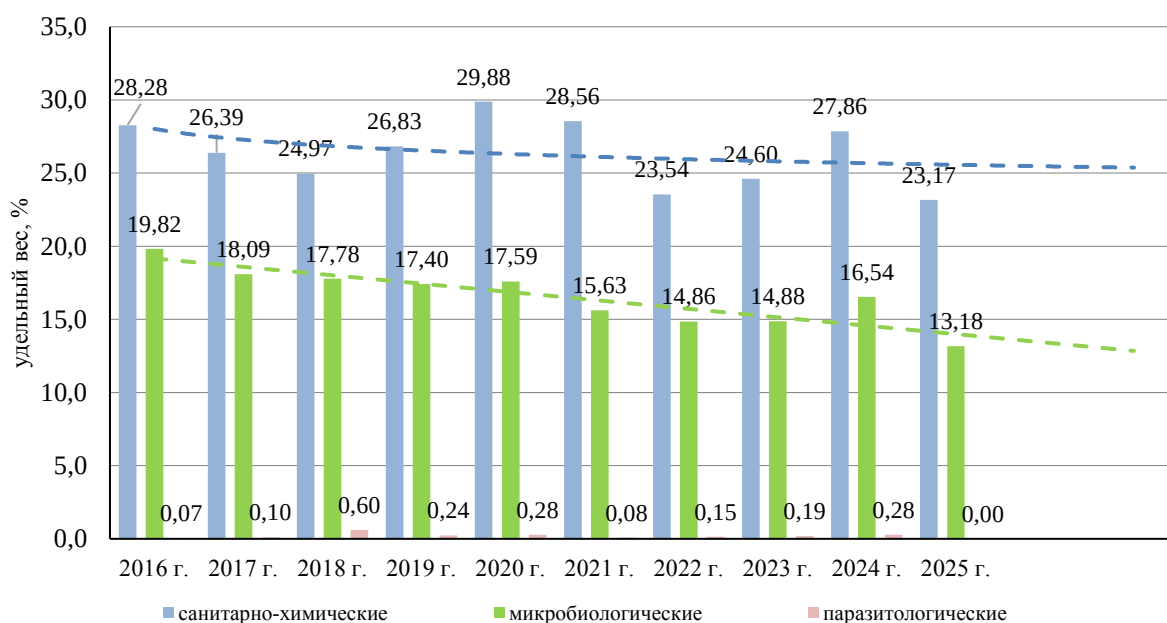


Рис. 1.41. Удельный вес (%) проб воды нецентрализованного водоснабжения, не соответствующих гигиеническим нормативам, в 2016–2025 гг.

Ниже среднероссийского показателя в 2025 году удельный вес проб питьевой воды из нецентрализованных систем водоснабжения, не соответствующих гигиеническим нормативам по санитарно-химическим показателям, зафиксирован в 12 субъектах Российской Федерации, выше среднероссийского показателя – в 13 субъектах Российской Федерации, в том числе в Республике Коми (72,87 %), Томской (68,93 %), Калининградской (63,64 %), Новосибирской (62,07 %), Новгородской (53,88 %) областях;

Ниже среднероссийского показателя в 2025 году удельный вес проб питьевой воды из нецентрализованных систем водоснабжения, не соответствующих гигиеническим нормативам по микробиологическим показателям, зафиксирован в 10 субъектах Российской Федерации, выше среднероссийского показателя – 7 субъектах Российской Федерации, в том числе в Еврейской автономной области (74,42 %), Тульской (57,04 %), Ярославской (48,37 %), Нижегородской (47,87 %), Владимирской (45,54 %) областях.

*Качество воды водоемов, используемых для водоснабжения и рекреационных целей,
и воды морей*

В 2025 г. значения удельного веса проб воды водоемов I категории, используемых в качестве источников питьевого и хозяйственно-бытового водоснабжения, а также для водоснабжения предприятий пищевой промышленности, не соответствующих гигиеническим нормативам по санитарно-химическим показателям, и воды морей увеличились по сравнению с 2024 годом, воды водоемов II категории, используемых для рекреационных целей, снизилось (рис. 1.42).

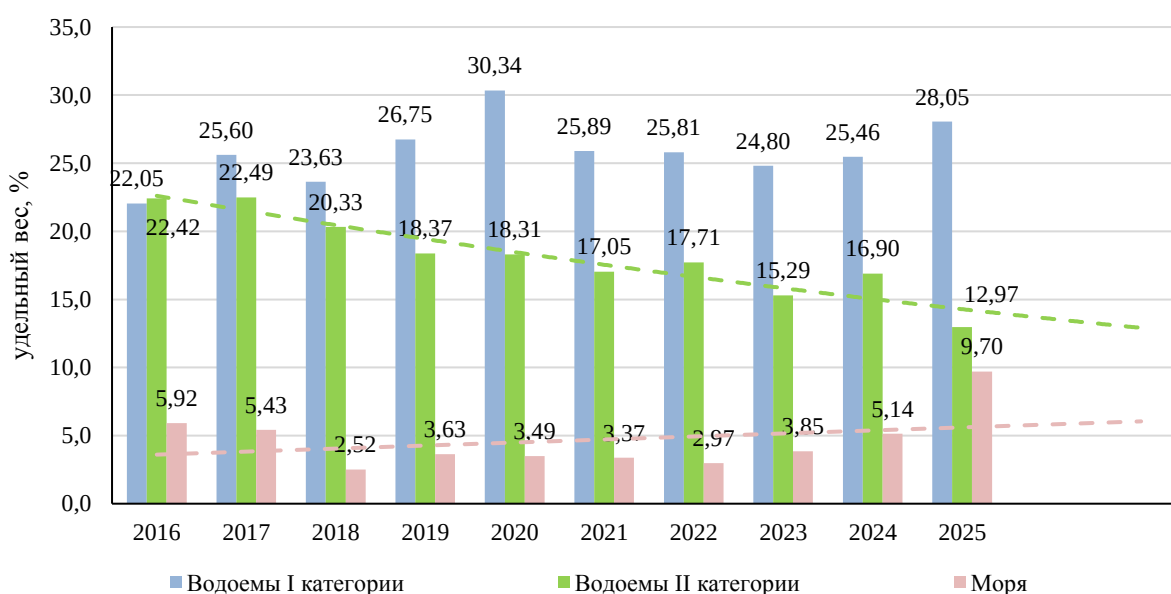


Рис. 1.42. Удельный вес (%) проб воды водоемов и морей, не соответствующих гигиеническим нормативам по санитарно-химическим показателям, в 2016–2025 гг.

Удельный вес проб воды водоемов I категории, не соответствующих гигиеническим нормативам по санитарно-химическим показателям, в 2025 году был выше СМУ (25,59 %), водоемов II категории – ниже СМУ (18,76 %).

В 2025 году в рамках контроля чрезвычайной ситуации, обусловленной разливом нефтепродуктов в результате крушения танкеров в Керченском проливе, количество отобранных проб в Краснодарском крае увеличилось в 1,36 раза с 2016 г., удельный вес проб, не соответствующих гигиеническим нормативам по санитарно-химическим показателям – с 1,22 % в 2016 г. до 12,59 % в 2025 г.

В 2025 году удельный вес проб воды водоемов I категории, не соответствующих гигиеническим нормативам по санитарно-химическим показателям, ниже среднероссийского показателя был зафиксирован на территории 11 субъектов Российской Федерации, воды водоемов II категории – 3 субъектов Российской Федерации.

В 2025 году уровни загрязнения воды водоемов и морей по санитарно-химическим показателям выше среднероссийских показателей были зафиксированы:

- в водоемах I категории – на территории 10 субъектов Российской Федерации, в том числе в Курганской области (100,0 %), Новгородской области (90,22 %), Архангельской области (75,82 %), Костромской области (72,73 %), Ленинградской области (66,82 %);

- в водоемах II категории – на территории 8 субъектов Российской Федерации, в том числе в Чеченской Республике (95,83 %), Ненецком автономном округе (87,88 %),

г. Санкт-Петербурге (83,33 %), Ханты-Мансийском автономном округе (54,45 %), Республике Калмыкия (50,00 %);

– в морях – на территории 7 из 10 субъектов Российской Федерации, в которых проводились лабораторные исследования воды морей, в том числе в Ленинградской области (100,0 %), г. Санкт-Петербурге (97,59 %), Архангельской области (72,73 %).

В 2025 г. в Российской Федерации снизился удельный вес проб воды водоемов и морей, не соответствующих гигиеническим нормативам по микробиологическим показателям (рис. 1.43).

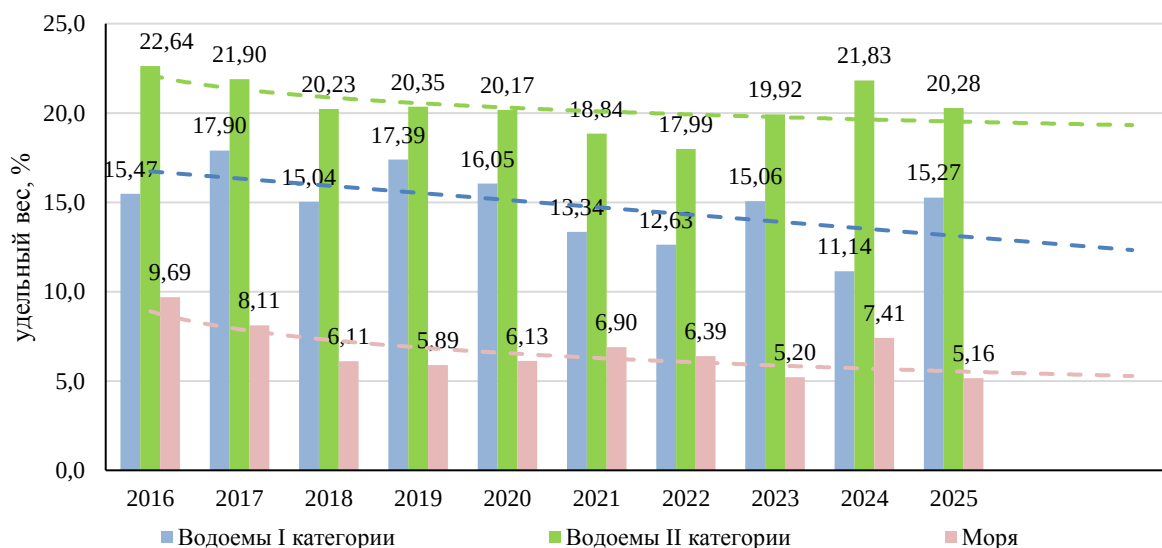


Рис. 1.43. Удельный вес (%) проб воды водоемов и морей, не соответствующих гигиеническим нормативам по микробиологическим показателям, в 2016–2025 годах

Удельный вес проб воды водоемов I категории, не соответствующих гигиеническим нормативам по микробиологическим показателям, в 2025 году был выше СМУ (14,89 %), водоемов II категории – ниже СМУ (20,43 %)

В 2025 году удельный вес проб воды водоемов I категории, не соответствующих гигиеническим нормативам по микробиологическим показателям, ниже среднероссийского показателя был зафиксирован на территории 16 субъектов Российской Федерации, воды водоемов II категории – 10 субъектов Российской Федерации.

Уровень микробиологического загрязнения воды водоемов и морей выше среднероссийского в 2025 году зафиксирован:

– в водоемах I категории – на территории 10 субъектов Российской Федерации, в том числе в Нижегородской области (44,26 %), Ставропольском крае (43,00 %), Новгородской области (42,48 %), Ивановской области (40,00 %), Республике Башкортостан (40,00 %);

– в водоемах II категории – на территории 11 субъектов Российской Федерации, в том числе в г. Санкт-Петербурге (86,44 %), Хабаровском крае (72,63 %), Еврейской автономной области (67,80 %), Ярославской области (66,50 %), Омской области (50,51 %);

– в морях – на территории 11 из 14 субъектов Российской Федерации, в которых проводились лабораторные исследования воды морей, в том числе в г. Санкт-Петербурге (100,0 %), Хабаровском крае (98,15 %), Ростовской области (75,73 %).

В 2025 году возбудители кишечных инфекций бактериальной природы выделены в пробах воды:

– из водоемов I категории – в 5 субъектах Российской Федерации (Иркутской, Калининградской, Калужской, Ростовской и Саратовской областях);

– из водоемов II категории – в 34 субъектах Российской Федерации (Архангельской, Белгородской, Брянской, Владимирской, Вологодской, Иркутской, Калининградской, Калужской, Кировской, Костромской, Омской, Пензенской, Псковской, Ростовской, Рязанской, Самарской, Свердловской, Смоленской, Тамбовской, Тверской, Челябинской областях, республиках Бурятия, Калмыкия, Коми, Мордовия, Карачаево-Черкесской и Удмуртской республиках, Алтайском, Камчатском, Краснодарском, Пермском и Хабаровском краях, Ханты-Мансийском автономном округе, г. Москве);

– из морей – в Калининградской области и Камчатском крае.

В 2025 году снизился удельный вес проб воды водоемов I категории, воды водоемов II категории, воды морей, не соответствующих гигиеническим нормативам по паразитологическим показателям (рис. 1.44).

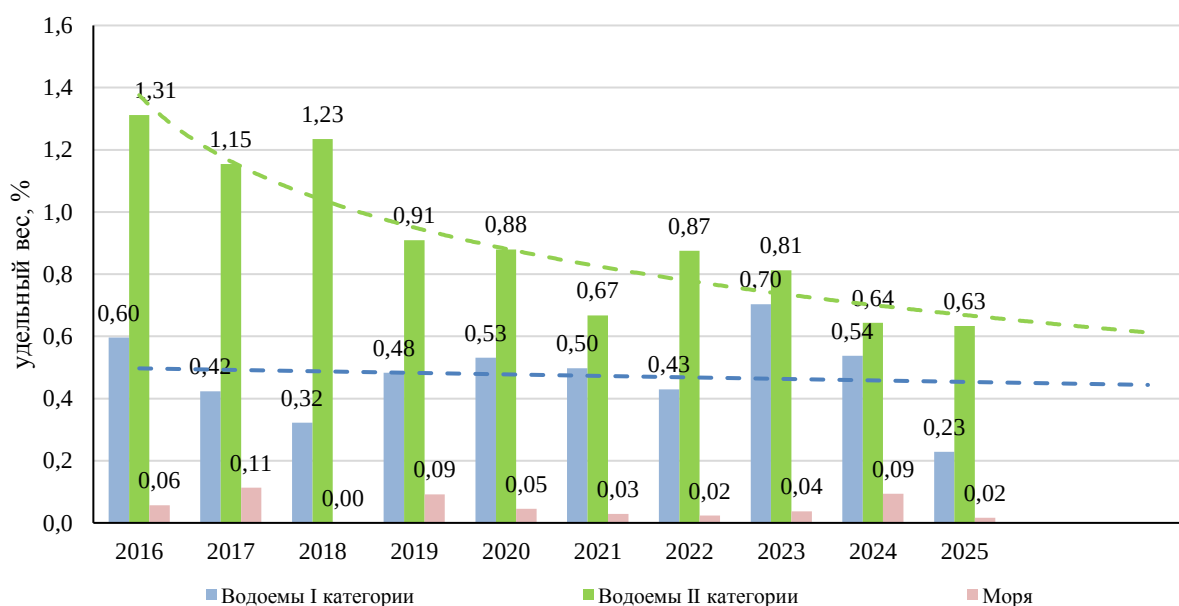


Рис. 1.44. Удельный вес (%) проб воды водоемов и морей, не соответствующих гигиеническим нормативам по паразитологическим показателям, в 2016–2025 гг.

В 2025 году пробы воды водоемов и морей, не соответствующие гигиеническим нормативам по паразитологическим показателям, выявлены:

– из водоемов I категории в 5 субъектах Российской Федерации (Астраханская, Владимирская, Калининградская, Новгородская, Свердловская области);

– из водоемов II категории – в 29 субъектах Российской Федерации (Астраханская, Брянская, Владимирская, Вологодская, Ивановская, Калужская, Кировская, Курская, Омская, Саратовская, Сахалинская, Свердловская, Смоленская, Тамбовская, Томская, Тюменская, Ярославская области, Кемеровская область – Кузбасс, республиках Адыгея, Башкортостан, Ингушетия, Коми, Саха (Якутия), Татарстан, Удмуртской и Чувашской республиках, Забайкальском, Краснодарском, г. Санкт-Петербурге);

– из морей – в Сахалинской области.

1.1.3. Состояние почв территорий

Качество почв территорий населенных мест

В 2025 году в Российской Федерации исследовано 201 139 проб почвы (рис. 1.45).

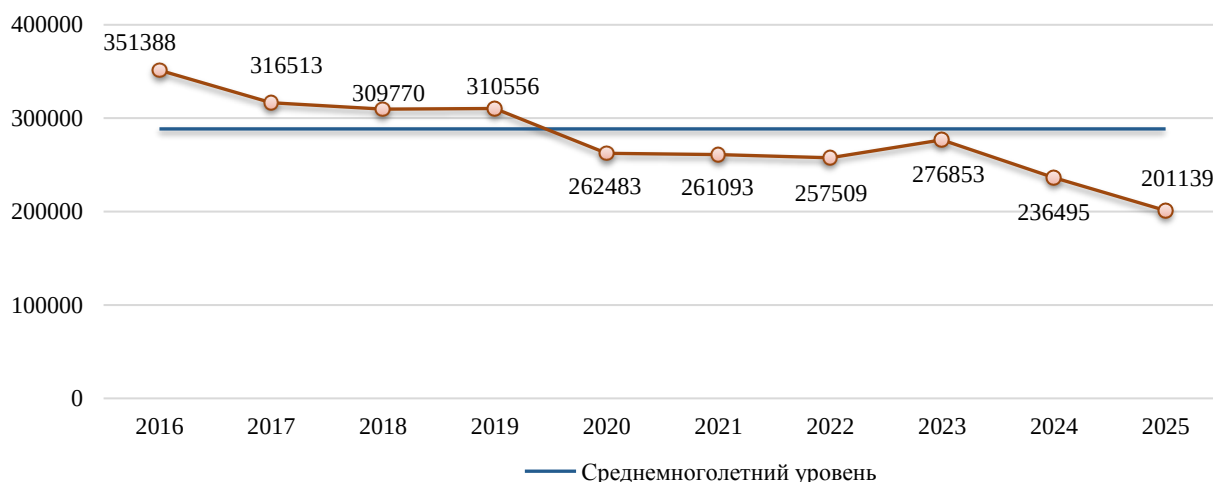


Рис. 1.45. Динамика количества отобранных проб почвы в Российской Федерации в 2016–2025 гг.

В структуре многолетних исследований наибольший удельный вес составляли пробы, отобранные на территории жилой зоны, игровых зонах на территориях детских организаций.

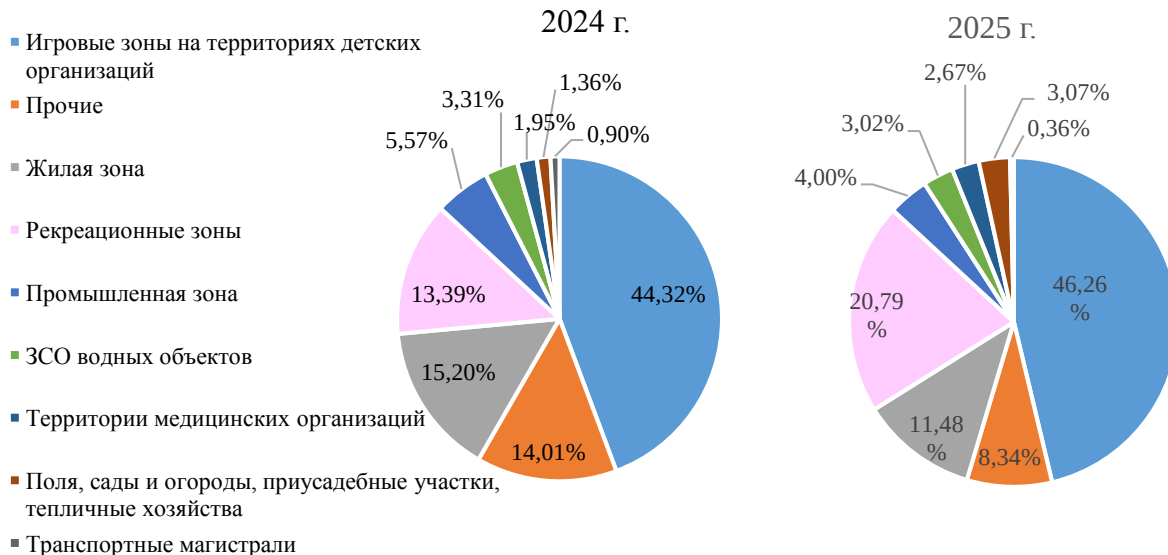


Рис. 1.46. Структура лабораторных исследований образцов почвы по месту отбора в Российской Федерации в 2024–2025 гг., %

На соответствие гигиеническим нормативам по санитарно-химическим показателям в 2025 г. отобрано и исследовано более 47 тыс. проб (23,6 % от общего количества), по микробиологическим – более 58 тыс. проб (29 %), по паразитологическим – более 77 тыс. проб (8,3 %) (табл. 1.12).

Таблица 1.12

Динамика общего количества проб почвы, отобранных для исследования по санитарно-химическим, микробиологическим и паразитологическим показателям, 2016–2025 гг., %

Наименование показателя	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Микробиологические показатели	100557	89635	87641	91927	80363	74637	74141	81509	69077	58318
Санитарно-химические показатели	72830	63412	60906	61929	54138	51992	52894	56944	45422	47460
Паразитологические показатели	141350	131795	127806	125854	99610	104322	100135	104697	94508	77077

В 2025 году в Российской Федерации доля проб почвы, не соответствующих требованиям по санитарно-химическим показателям, составила 3,51 % по микробиологическим показателям – 8,4 %, по паразитологическим показателям – 0,64 %.

В 2025 г. доля проб почвы, не соответствующих гигиеническим нормативам, была ниже среднееголетнего уровня по санитарно-химическим показателям (5,31 %) на 34,08 %, по паразитологическим показателям (0,93 %) – на 31,18 (рис. 1.47).

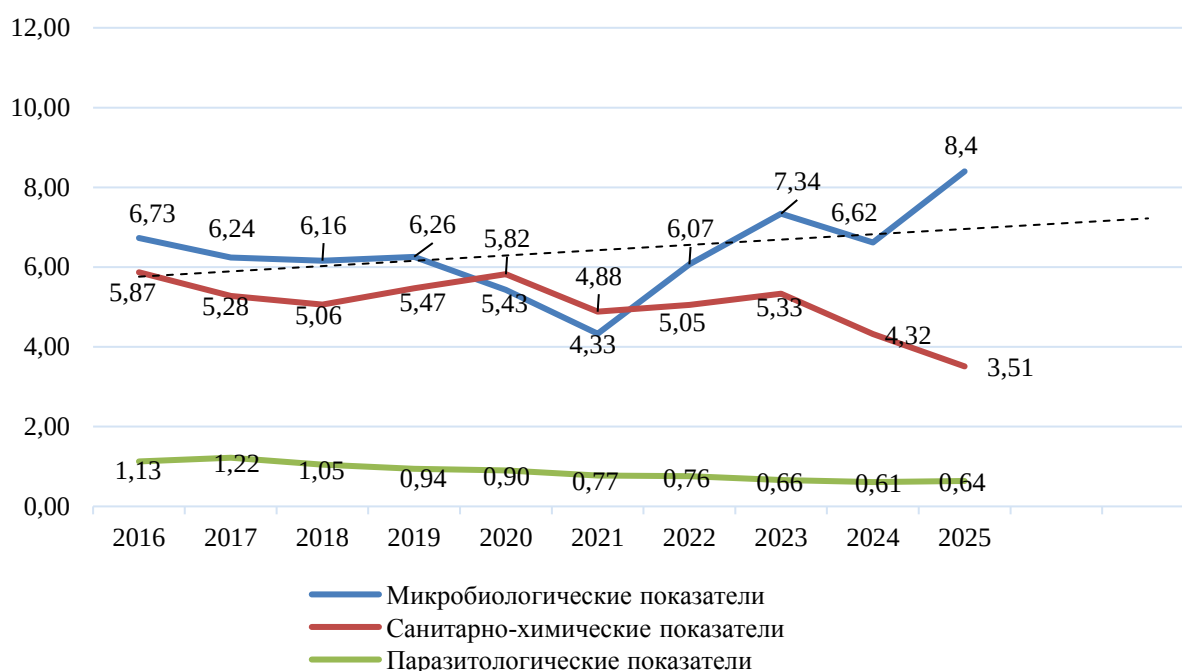


Рис. 1.47. Доля проб почвы, не соответствующих гигиеническим нормативам по санитарно-химическим, микробиологическим и паразитологическим показателям, 2016–2025 гг., %

Относительно СМУ в 2025 г. отмечается тенденция к снижению загрязнения почв по санитарно-химическим показателям на территории всех выделяемых функциональных зон: в жилой зоне, в игровых зонах на территории детских организаций, медицинских организаций по санитарно-химическим (4,87 %); в игровых зонах на территории детских организаций (3,13 %); рекреационных зонах (скверы, парки, бульвары, пляжи, лесопарки) (1,5 %) (без учета отобранных проб и исследований,

проведенных в рамках ЧС); на территориях функциональной зоны «поля, сады и огороды, приусадебные участки, тепличные хозяйства» (3,5 %) и на территориях промышленной зоны (5,42 %).

Наибольший удельный вес проб почвы, не соответствующих требованиям по санитарно-химическим показателям, отмечен в Республике Северная Осетия – Алания (55,7 %), Хабаровском крае (19,5 %), Республике Тыва (17,4 %), г. Санкт-Петербурге (15,0 %), Свердловской (15,5 %), Челябинской (14,2 %), Вологодской (14 %), Орловской (13,7 %), Кемеровской (10,9 %), Саратовской (10,3 %) областях.

По микробиологическим показателям доля проб почвы, не соответствующих гигиеническим нормативам, составила 8,4 %.

Относительно СМУ в 2025 г. отмечается тенденция к увеличению удельного веса несоответствующих проб почв по микробиологическим показателям на следующих функциональных зонах: в жилой зоне, в игровых зонах на территории детских организаций, медицинских организаций по микробиологическим показателям (5,68 %); на территории детских организаций в игровых зонах (6,08 %), рекреационных зонах (10,2 %); промышленной зоны (14,9 %).

Наибольший удельный вес проб почвы, не соответствующих требованиям по микробиологическим показателям, отмечен в Еврейской автономной области (47,4 %), Хабаровском крае (35,2 %), Новгородской (30,1 %), Рязанской (27,0 %), Нижегородской (25,2 %), Смоленской (23,8 %), Свердловской (23,3 %), Ивановской (23,2 %), Архангельской (22,3 %) областях, Республике Карелия (22,0 %).

По паразитологическим показателям в 2025 г. наибольшая доля проб почвы, не соответствующих гигиеническим нормативам, выявлена при определении жизнеспособных яиц гельминтов, опасных для человека и животных – 0,61 %. Доля неудовлетворительных проб почвы по содержанию жизнеспособных личинок гельминтов, опасных для человека и животных, составила 0,1 %, цист (ооцист) патогенных кишечных простейших – 0,07 %.

Относительно СМУ в 2025 г. отмечается тенденция к увеличению удельного веса несоответствующих проб почв по паразитологическим показателям на территории детских организаций (0,38 %); рекреационных зонах (0,8 %); на территориях функциональной зоны «поля, сады и огороды, приусадебные участки, тепличные хозяйства» (5,5 %), что коррелирует с микробиологическим загрязнением.

Наибольший удельный вес проб почвы, не соответствующих требованиям по паразитологическим показателям, отмечен в Удмуртской Республике (7,2 %), Пензенской (4,1 %), Новгородской (3,1 %), Смоленской (2,6 %), Ярославской (2,2 %), Новосибирской (2,0 %), Курской (2,0 %), Псковской (2,0 %) областях, республиках Коми (4,1 %) и Ингушетия (2,7 %).

По выявлению несоответствующих проб почвы по микробиологическим показателям на территории жилых зон, игровых зон детских организаций и рекреационных зон территориальными органами Роспотребнадзора соответствующих субъектов Российской Федерации в адрес хозяйствующих субъектов направлялись предписания и предостережения о необходимости соблюдения требований санитарного законодательства, в рамках исполнения которых хозяйствующими субъектами проводилась замена песка на территории пляжей, в песочницах на территории жилой застройки и детских организаций.

За десятилетний период в Российской Федерации доля проб почвы с превышением гигиенических нормативов (по санитарно-химическим, микробиологическим и паразитологическим показателям) находился в диапазоне с 2,54 % до 3,63 % и превысил в 1,2 раза уровень 2024 года. Наибольший вклад в долю проб, не соответствующих гигиеническим нормативам, вносят пробы, отобранные на

территории зон влияния транспортных магистралей и промышленных предприятий (рис. 1.48).

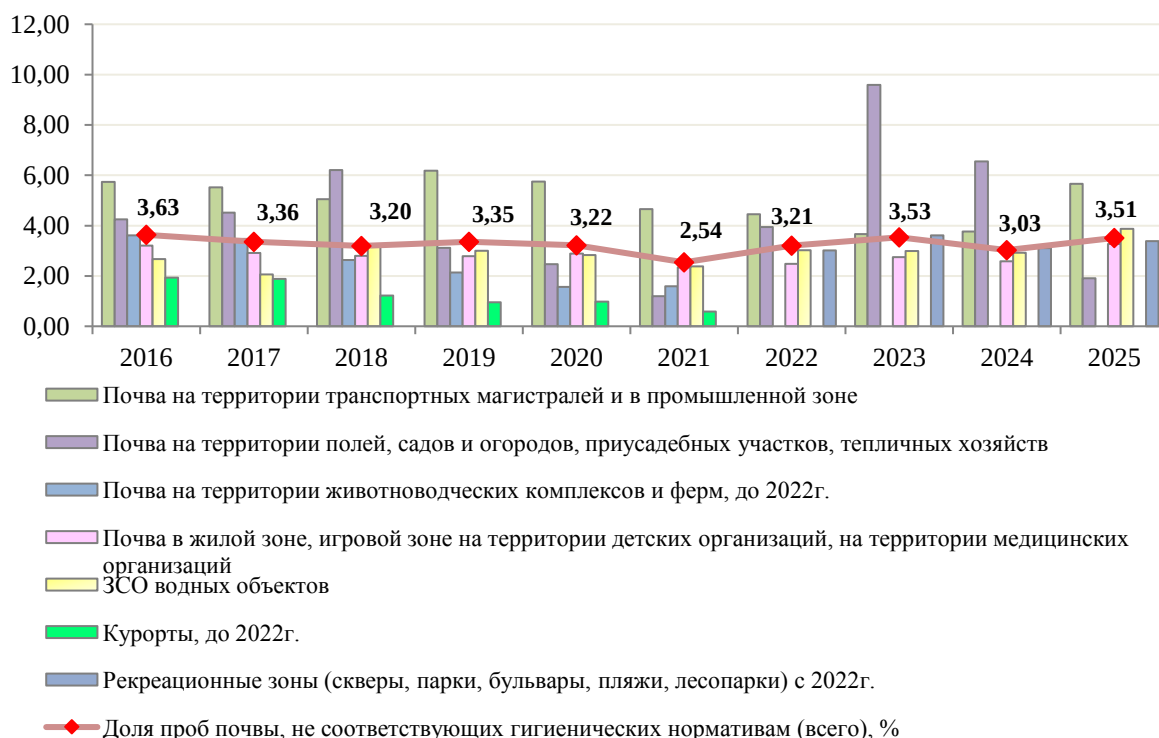


Рис. 1.48. Доля проб почвы, не соответствующих гигиеническим нормативам в Российской Федерации, в разрезе функциональных зон, в 2016–2025 гг., %

В декабре 2024 года произошло крушение 2 танкеров в Керченском проливе в результате чего произошел разлив нефтепродуктов в акватории Черного моря и загрязнение прибрежной полосы части Краснодарского края, включая зоны рекреации. Данная ситуация признана чрезвычайной ситуацией федерального уровня. В связи с чрезвычайной ситуацией Роспотребнадзором проводился усиленный расширенный мониторинг состояния пляжей на территории Краснодарского края, Республики Крым и г. Севастополь.

Исходя из рисков для здоровья населения Роспотребнадзором незамедлительно организован комплекс первоочередных мероприятий оперативного реагирования включающий:

- прогнозирование возможной деградации мазута и дальнейших негативных последствий, связанных с загрязнением морской воды и песка;
- оценку риска воздействия ЧС на качество атмосферного воздуха на территории пляжей, жилой застройки, на поверхностные и подземные источники водоснабжения, рыбы и аквакультуру;
- определение и расширение перечня показателей, подлежащих контролю в объектах окружающей среды и продукции в зоне ЧС (определено 56 показателей).

С целью организации безопасного процесса уборки нефтепродуктов совместно с ФБУН «ФНЦГ им. Ф.Ф. Эрисмана» Роспотребнадзора, ФБУН «Уфимский научно-исследовательский институт медицины труда и экологии человека» Роспотребнадзора разработаны методические рекомендации МР 1.2.0365–25 «Методические рекомендации по соблюдению санитарно-гигиенических требований при выполнении организованных добровольческих (волонтерских) работ по очистке (уборке) территорий от аварийного загрязнения нефтепродуктами (мазутом)», образцы памяток с информацией о правилах

использования средств индивидуальной защиты, оптимальной продолжительности труда и отдыха, о возрастных ограничениях для проведения указанных работ. Проведена оценка эффективности и безопасности 20 технологий очистки песка от нефтепродуктов.

Исходя из масштабов ЧС и прогнозирования возможной деградации мазута Роспотребнадзором были применены уникальные подходы к оценке пляжных территорий Краснодарского края по определению содержания в песке нефтепродуктов и интегрального показателя токсичности по 3 векторам, на 3 глубинах на 3 расстояниях от уреза воды на каждом пляже. Контролем были охвачены 150 пляжей, попавших в зону чрезвычайной ситуации (141 – Анапа, 9 – Темрюкский район). Ежедневно до октября 2025 года исследовалось 4050 проб песка на содержание нефтепродуктов и осуществлялось определение индекса токсичности.

В рамках лабораторного контроля в зоне ЧС на территории Краснодарского края, Республики Крым и г. Севастополь в 2025 году было отобрано более 106,4 тыс. проб песка и проведено более 126,3 тыс. исследований.

1.1.4. Мониторинг качества и безопасности продовольственного сырья и пищевых продуктов

Роспотребнадзором осуществлялся контроль за качеством и безопасностью пищевой продукции, с учетом риск-ориентированного подхода при организации контрольной (надзорной) деятельности как стратегического инструмента повышения уровня безопасности пищевой продукции на потребительском рынке.

В 2025 году отработан алгоритм усиления контроля за пищевой продукцией в обороте, основанный на одномоментном отборе одноименных 2–3 видов пищевой продукции ежемесячно во всех субъектах Российской Федерации с контролем всего перечня нормируемых показателей качества и безопасности (до 180 в 1 пробе) в 13 группах и 50 видах пищевой продукции, что обеспечило высокую выявляемость продукции, не соответствующей требованиям безопасности (18 % неудовлетворительных проб из 18 524 проб: 5,1 % по безопасности и 17,5 % по качеству).

В настоящее время на контроле (надзоре) территориальных органов Роспотребнадзора находится более 569 тысяч контролируемых лиц, имеющих отношение к обороту пищевой продукции, в том числе осуществляющих деятельность по производству пищевых продуктов – 30 567, предоставлению услуг общественного питания – 177 871 и торговле пищевыми продуктами – 356 438.

В 2025 году на территории Российской Федерации органами и организациями Роспотребнадзора отобрано и исследовано более 1,850 млн проб продовольственного сырья и пищевых продуктов отечественного и импортного производства. Проведено более 11 млн исследований по 27 группам пищевых продуктов. Относительно 2024 года количество исследований увеличилось на 14,6 % (2024 г. – 9,6 млн). Динамика количества исследованных проб за период 2016–2025 гг. представлена на рис. 1.49.

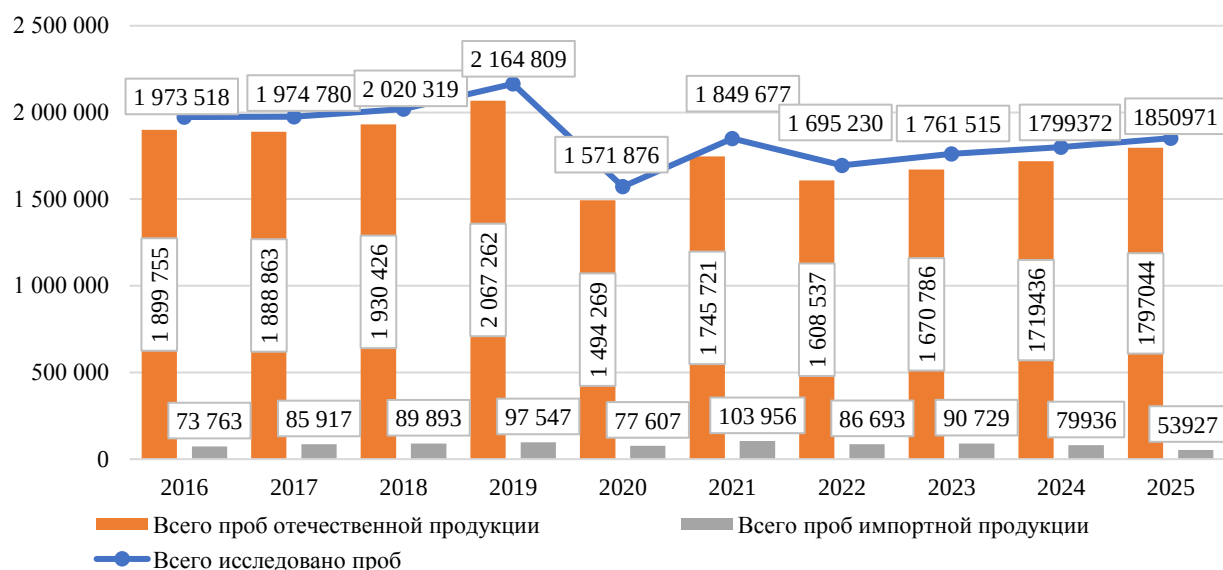


Рис.1.49. Динамика количества исследованных проб продовольственного сырья и пищевых продуктов в Российской Федерации, 2016–2025 гг.

За период 2016–2025 гг. службе удается сохранить тенденции к общему повышению качества и безопасности пищевой продукции. За последнее десятилетие доля проб продукции в обороте с выявленными нарушениями санитарно-эпидемиологических требований сохраняется в пределах статистической погрешности относительно среднелетнего уровня. Так, доля проб продовольственного сырья и пищевых продуктов по санитарно-химическим показателям за период наблюдения не превышала 0,60 %, колеблясь в диапазоне 0,34–0,58 % (рис. 1.50),

Аналогичная ситуация сложилась в части выявления проб, не соответствующих обязательным требованиям по микробиологическим и физико-химическим показателям. Десятилетний тренд на снижение нарушений сохраняется (рис. 1.51, 1.52), несмотря на некоторый рост выявленных проб с нарушениями в 2025 году. Ситуация связана, в том числе, с применением риск-ориентированных подходов, при которых мониторинг ориентируется на продукцию с наиболее выраженной опасностью для здоровья человека и потенциально более высоким уровнем нарушений санитарно-эпидемиологических требований.

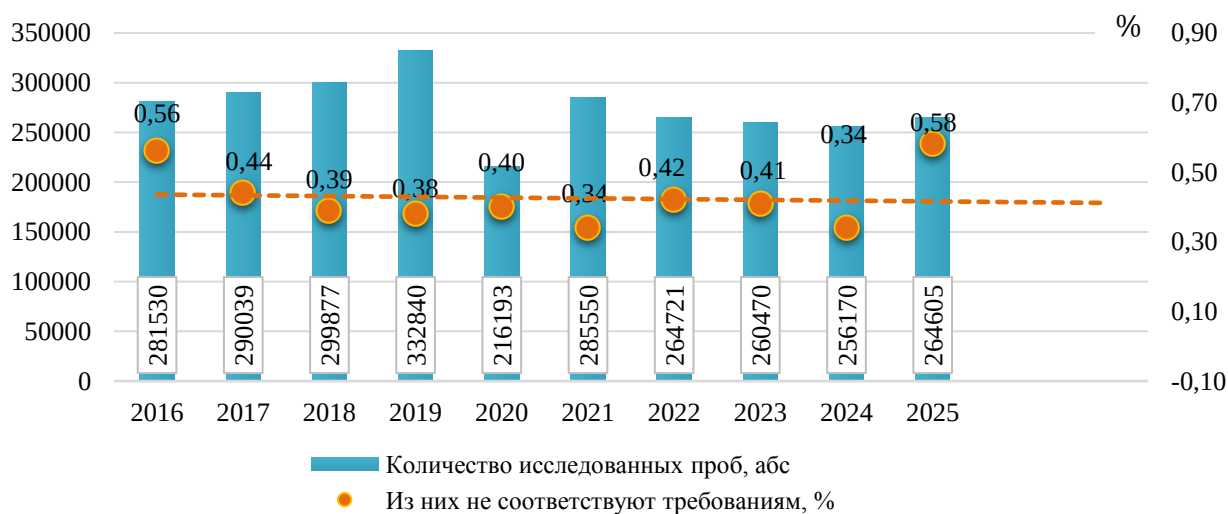


Рис. 1.50. Количество проб продовольственного сырья и пищевых продуктов, процент не соответствующих обязательным требованиям по санитарно-химическим показателям в Российской Федерации, 2016–2025 гг., %

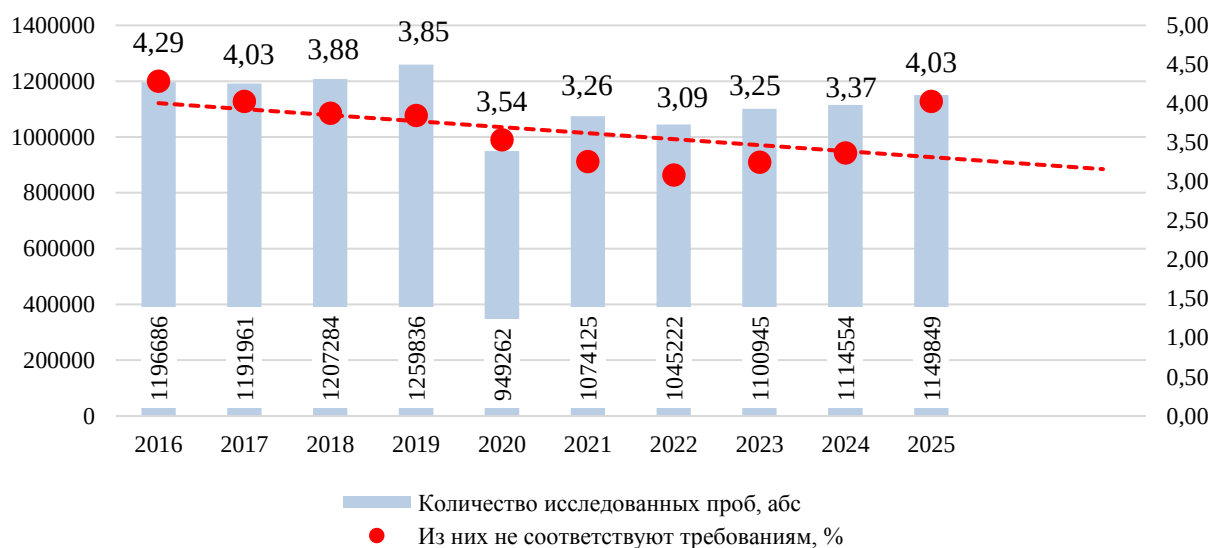


Рис. 1.51. Динамика числа исследований, тренд и прогноз изменения доли проб пищевой продукции и сырья с нарушениями гигиенических нормативов по микробиологическим показателям, Российской Федерации, 2016–2025 гг., %

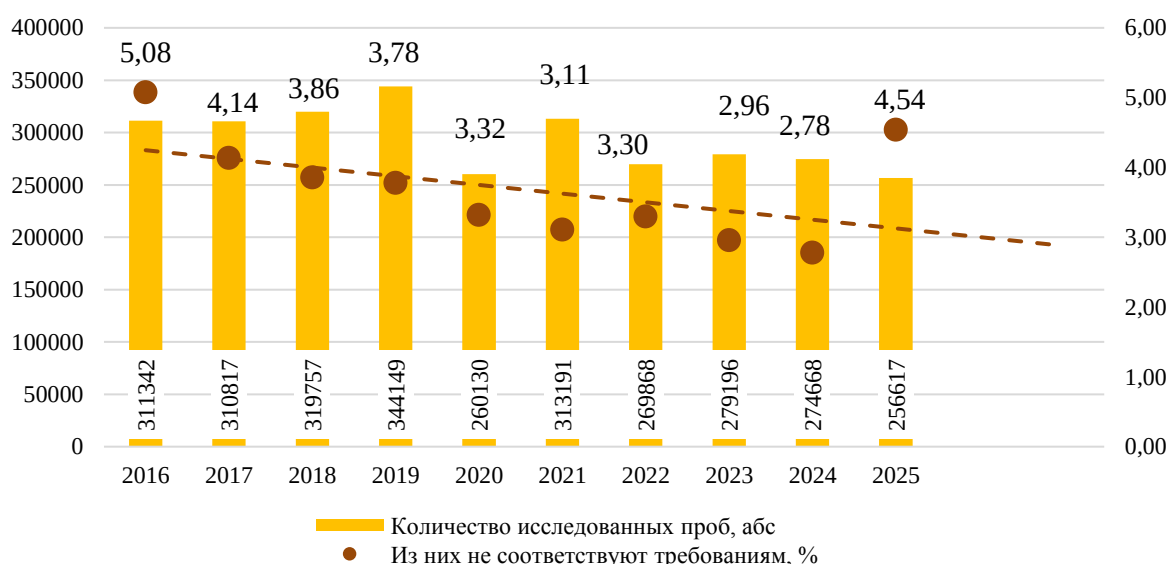


Рис. 1.52. Удельный вес проб продовольственного сырья и пищевых продуктов, не соответствующих обязательным требованиям по физико-химическим показателям в Российской Федерации, 2016–2025 гг., %

При мониторинге импортируемой продукции и продовольственного сырья отмечается незначительный рост удельного веса нестандартных проб по санитарно-химическим показателям с 0,74 % в 2016 г. до 0,91 % в 2025 г., снижение удельного веса по микробиологическим показателям с 4,02 % в 2016 г. до 2,79 % в 2025 г. и по физико-химическим показателям с 5,1 % в 2016 г. до 3,79 % в 2025 г. Относительно 2024 года наблюдается рост удельного веса проб пищевой продукции, не соответствующих требованиям по санитарно-химическим показателям в 3,2 раза, по микробиологическим показателям – 1,2 раза, по и физико-химическим показателям – в 5,9 раза (рис. 1.53, 1.54, 1.55).

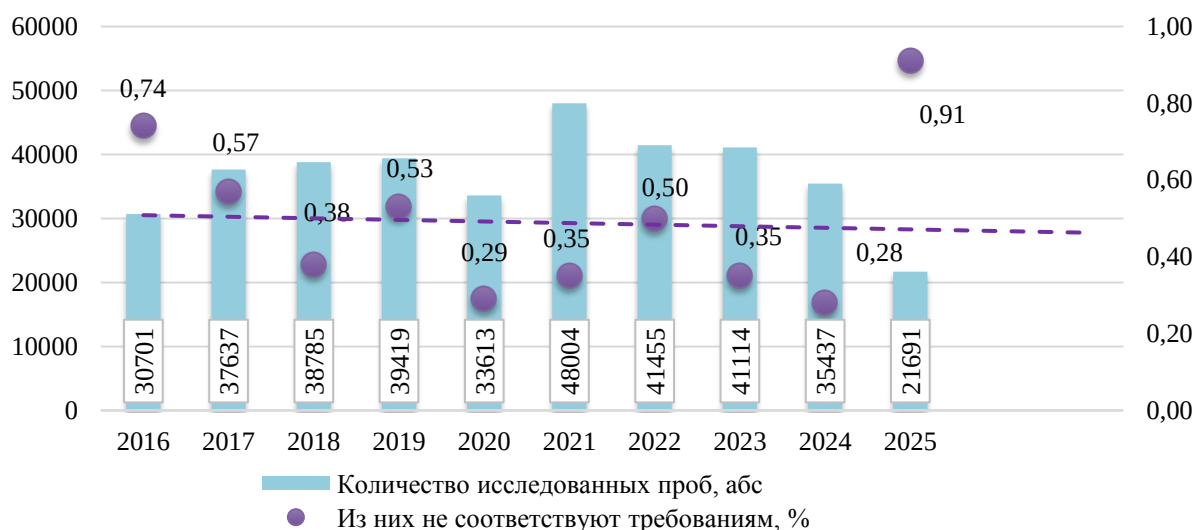


Рис. 1.53. Удельный вес проб импортируемого продовольственного сырья и пищевых продуктов, не соответствующих обязательным требованиям по санитарно-химическим показателям в Российской Федерации, 2016–2025 гг., %

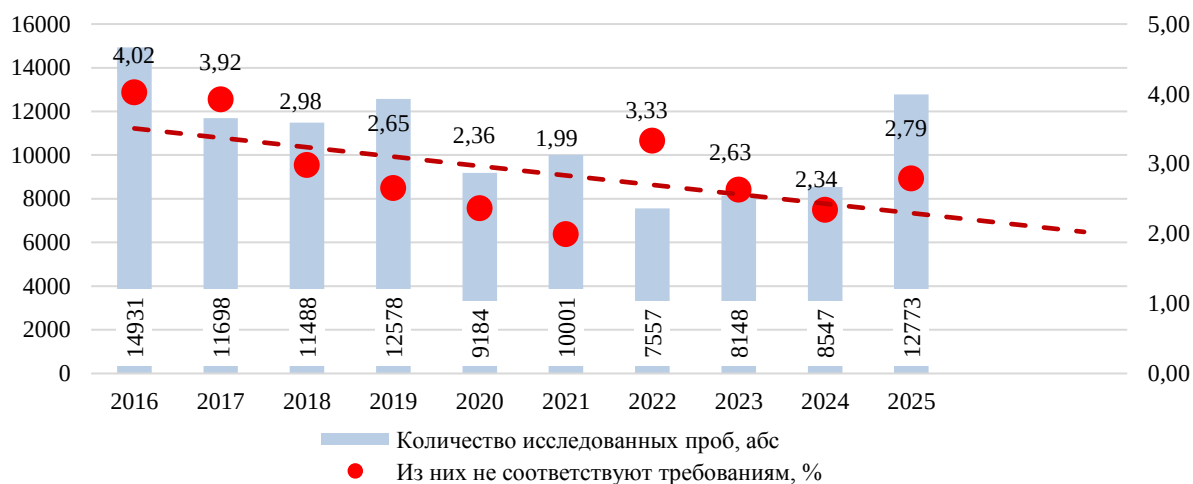


Рис. 1.54. Удельный вес проб импортируемого продовольственного сырья и пищевых продуктов, не соответствующих обязательным требованиям по микробиологическим показателям в Российской Федерации, 2016–2025 гг., %

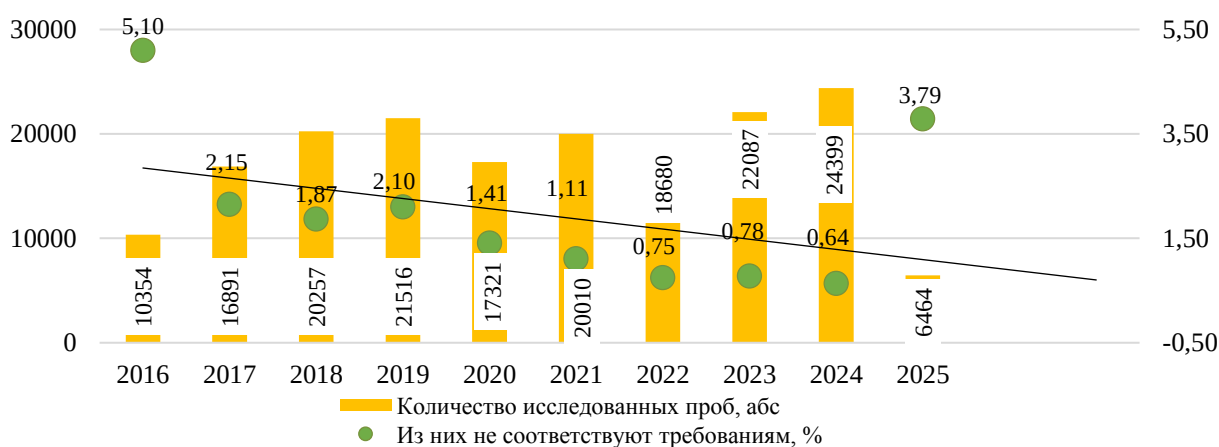


Рис. 1.55. Удельный вес проб импортируемого продовольственного сырья и пищевых продуктов, не соответствующих обязательным требованиям по физико-химическим показателям в Российской Федерации, 2016–2025 гг., %

В 2025 году из 264 605 исследованных проб продовольственного сырья и пищевых продуктов по санитарно-химическим показателям не соответствовали обязательным требованиям 1538 проб (0,58 %) в 22 группах пищевой продукции.

В 2025 году по санитарно-химическим показателям установлены несоответствия обязательным требованиям по содержанию: нитратов, нитритов, нитрозаминов, микотоксинов, 5-оксиметилфурфурола, гистамина, бенз(а)пирена, пестицидов, токсичных элементов. Удельный вес проб, не соответствующих требованиям по приоритетным загрязняющим веществам, составил:

– нитратами – 1,24 % из 78 252 исследованных проб, за счет превышения их содержания в плодоовощной продукции – 1,32 % из 67 963 исследованных проб, в том числе в бахчевых культурах – 6,4 % из 2563 исследованных проб;

– бенз(а)пиреном – 0,3 % из 8179 исследованных проб, за счет превышения их содержания в продуктах из группы «мясе и мясная продукция» – 0,4 % из 2112 исследованных проб и в рыбе, нерыбных объектах промысла и продуктах, вырабатываемых из них – 0,4 % из 2293 исследованных проб;

– токсичными элементами – 0,15 % из 182 600 исследованных проб, за счет повышенного уровня загрязнения масложировой продукции – 0,62 % из 4453 исследованных проб, плодоовощной продукции – 0,1 % из 34 470 проб;

– микотоксинами – 0,02 % из 43 888 исследованных проб за счет превышения их в хлебобулочных изделиях и зерне;

– пестицидами – 0,06 % из 117 954 исследованных проб, за счет превышения их в плодоовощной продукции – 0,16 % из 40 827 исследованных проб.

Динамика удельного веса проб продовольственного сырья и пищевых продуктов, не соответствующих обязательным требованиям по санитарно-химическим показателям в Российской Федерации за период 2016–2025 гг. представлена в табл. 1.13.

Таблица 1.13

Динамика удельного веса проб, не соответствующих требованиям по санитарно-химическим показателям, в Российской Федерации (%) за период 2016–2025 гг.

Показатель/ годы	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Темп прироста/ снижения к 2016 г., %
Нитраты	1,29	1,05	1,09	1,26	1,21	1,00	1,00	0,98	0,81	1,24	–3,9
Микотоксины	0,03	0,04	0,03	0,02	0,04	0,02	0,01	0,04	0,04	0,02	–33,3
Пестициды	0	0,03	0,01	0	0,04	0,07	0,16	0,09	0,03	0,06	–
Бенз(а)пирен	0,4	0,9	0,8	0,3	0,1	0,1	0,0	0,2	0,0	0,3	–25,0

За период 2016–2025 гг. отмечается динамика в сторону увеличения удельного веса проб, не соответствующих требованиям по санитарно-химическим показателям в следующих группах пищевой продукции: плодоовощная продукция, продукты детского питания, минеральные воды, масложировая продукция, консервы (табл. 1.14).

Таблица 1.14

Удельный вес проб, не соответствующих требованиям по санитарно-химическим показателям, в отдельных группах пищевой продукции в Российской Федерации в 2016, 2024, 2025 гг., %

Группы пищевой продукции	Средне-голетний уровень	Годы	Всего исследовано проб	Из них не соответствует требованиям	
				абс.	%
Минеральные воды	0,20	2016	2763	1	0,04
		2024	2933	6	0,20
		2025	3432	48	1,40*
Плодоовощная продукция	0,90	2016	100 881	1114	1,15
		2024	87 045	590	0,68
		2025	89 512	1031	1,15*
Продукты детского питания	0,30	2016	4043	8	0,20
		2024	4323	17	0,39
		2025	9317	106	1,14*
Масложировая продукция	0,10	2016	5493	11	0,20
		2024	4974	3	0,06
		2025	5670	41	0,72*
Консервы	0,20	2016	4798	8	0,2
		2024	5726	10	0,17
		2025	8055	31	0,40*
Рыба, нерыбные объекты промысла и продукты, вырабатываемые из них	0,20	2016	9516	40	0,42*
		2024	7096	15	0,21
		2025	11 824	47	0,40*

*превышение верхней доверительной границы среднееголетнего уровня.

Именно данные группы пищевой продукции по результатам социально-гигиенического мониторинга предлагаются к включению в программы лабораторного сопровождения контрольно-надзорных и профилактических мероприятий и рассматриваются как приоритеты при проведении исследований.

Основные показатели, формирующие несоответствия в минеральной воде – содержание нитратов, нитритов и минеральных веществ; в плодоовощной продукции – содержание нитратов, пестицидов, токсичных элементов; в продукции детского питания – содержание нитратов, 5-оксиметилфурфурола и минеральных веществ; в масложировой продукции – содержание глицидиловых эфиров жирных кислот в пересчете на глицидол, железа и меди; в рыбе, нерыбных объектах промысла и продуктах, вырабатываемые из них – содержание нитрозаминов, гистамина, токсичных элементов; в консервах – содержание нитратов, пестицидов.

В 2025 году из 1 149 849 исследованных проб продовольственного сырья и пищевых продуктов по микробиологическим показателям не соответствовали обязательным требованиям 46 346 проб (4,03 %) в 19 группах пищевой продукции.

Наибольший удельный вес проб, не соответствующих требованиям по микробиологическим показателям, отмечается в следующих группах продукции:

- рыба, нерыбные объекты промысла и продукты, вырабатываемые из них – 6,0 % (из 24 910 исследованных), в том числе икра – 11,6 % (из 276 исследованных);
- кондитерские изделия – 4,6 % (из 40131 исследованной);

– птица, яйца и продукты их переработки – 4,5 % (из 55 793 исследованных);
 – кулинарные изделия – 4,4 % (из 62 2491 исследованной), за счет кулинарной продукции, выработанной по нетрадиционной технологии (из 3485 исследованных);
 – мясо и мясные продукты (кроме птицы) – 4,3 % (из 71 577 исследованных).

В 2025 году в сравнении с 2024 годом отмечается увеличение удельного веса проб, не соответствующих обязательным требованиям по микробиологическим показателям в следующих группах: мясо и мясные продукты, птица, яйца и продукты их переработки, молоко и молочные продукты, рыба и рыбная продукция, кулинарные изделия, кондитерские изделия, продукты детского питания (табл. 1.15).

Среди групп пищевой продукции, в которых наблюдается тенденция к росту удельного веса проб, не соответствующих требованиям по микробиологическим показателям относительно 2024 года, рост показателя в 1,3 раза наблюдается в группе рыба, нерыбные объекты промысла и продукты, вырабатываемые из них.

Таблица 1.15

**Результаты лабораторных исследований по микробиологическим показателям,
в отдельных группах пищевой продукции в Российской Федерации
в 2016, 2024, 2025 гг., %**

Группы пищевой продукции	Средне- голетний уровень	Годы	Всего исследовано проб	Из них не соответствует требованиям	
				абс.	%
Рыба, нерыбные объекты промысла и продукты, вырабатываемые из них	5,5	2016	35 017	2468	7,0
		2024	23 483	1132	4,8
		2025	24 910	1491	6,0
Птица, яйца и продукты их переработки	4,7	2016	44 584	2281	5,1
		2024	50 405	2151	4,3
		2025	55 793	2531	4,7
Кондитерские изделия	4,2	2016	66 492	3350	5,0
		2024	39 323	1633	4,2
		2025	40 131	1840	4,6
Молоко и молочные продукты	2,80	2016	207 919	10 194	4,9
		2024	154 792	4135	2,8
		2025	148 544	5730	3,9*
Кулинарные изделия	3,9	2016	541 734	24225	4,5
		2024	591 683	22 229	3,8
		2025	622 491	27430	4,4*
Биологически активные добавки к пище	2,5	2016	10 618	289	2,7
		2024	10542	158	1,5
		2025	12 427	232	1,9
Масложировая продукция	1,8	2016	11 874	272	2,3
		2024	8410	115	1,4
		2025	7669	87	1,1
Хлебобулочные изделия	1,6	2016	20 777	400	1,9
		2024	28 717	524	1,8
		2025	34 081	782	2,3*

*превышение верхней доверительной границы среднееголетнего уровня.

Особую эпидемиологическую значимость представляют кулинарные изделия, вырабатываемые по нетрадиционной технологии, по результатам лабораторных исследований которых ежегодно отмечается высокий удельный вес проб, не соответствующих требованиям по микробиологическим показателям (СМУ составляет 15,7 %). Систематический мониторинг приоритетной рискованной продукции позволил снизить долю проб с нарушениями по микробиологическим показателям с 17,8 в 2024 г. до 14,1 %. Обеспечено прогнозируемое постепенное снижение нарушений обязательных санитарно-эпидемиологических требований к данной продукции (рис. 1.56).

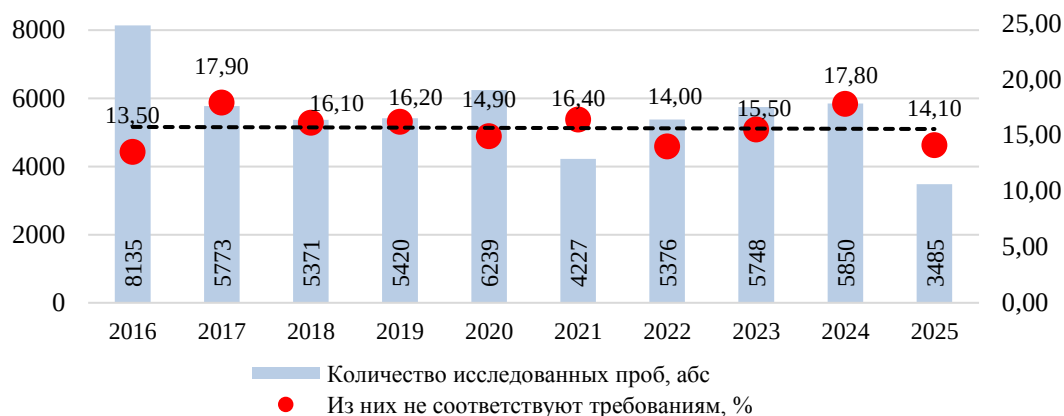


Рис. 1.56. Количество исследованных проб и удельный вес проб, не соответствующих требованиям по микробиологическим показателям, кулинарных изделий, вырабатываемых по нетрадиционной технологии в Российской Федерации, 2016–2025 гг.

В целом на наличие патогенной микрофлоры исследовано 1 022 156 проб пищевой продукции. Доля проб с нарушениями данного показателя в среднем за 10 лет невелика и составляет 0,19 %. Вместе с тем, настораживает тенденция к росту данного показателя. В структуре проб, не соответствующих требованиям по содержанию патогенных микроорганизмов порядка 65 % составляют пробы, в которых выделены возбудители сальмонеллеза (рис. 1.57).



Рис. 1.57. Удельный вес проб продовольственного сырья и пищевых продуктов, не соответствующих обязательным требованиям по микробиологическим показателям (с выделением патогенных микроорганизмов, в том числе возбудителей сальмонеллеза) в Российской Федерации, 2016–2025 гг., %

Ситуация обусловила повышение с 2022 года плотности контроля и мониторинга продукции на содержание патогенных микроорганизмов, выявление и изъятие такой продукции из оборота.

Выявления проб с патогенной микрофлорой и элиминация опасной продукции из оборота обеспечивает тренд к снижению заболеваемости населения сальмонеллезом (рис. 1.218 разделе «1.3.1. Инфекционная заболеваемость»).

Превышение среднероссийского значения (4,03 %) удельного веса проб продовольственного сырья и пищевых продуктов, не соответствующих обязательным требованиям по микробиологическим показателям, в 2025 году установлено в 39 субъектах Российской Федерации, в том числе:

- Новгородская область – 10,6 % за счет молока и молочной продукции (15,5 %), рыбы, нерыбных объектов промысла и продуктов, вырабатываемых из них (24,3 %);
- Республика Дагестан – 10,03 %, за счет кулинарных изделий (14,0 %), мяса и мясной продукции (15,0 %);
- Магаданская область – 10,0 % за счет молока и молочной продукции (15,2 %), рыбы, нерыбных объектов промысла и продуктов, вырабатываемых из них (22,6 %);
- Вологодская область – 8,95 % за счет молока и молочной продукции, рыбы, нерыбных объектов промысла и продуктов, вырабатываемых из них (по 15,8 %);
- Республика Тыва – 8,3 %, за счет мяса и мясной продукции (8,4 %);
- Свердловская область – 7,72 %, за счет рыбы, нерыбных объектов промысла и продуктов, вырабатываемых из них (11,3 %), мяса и мясной продукции (7,8 %);
- г. Москва – 7,22 % за счет кулинарных изделий (11,8 %), рыбы, нерыбных объектов промысла и продуктов, вырабатываемых из них (8,5 %), птицы, яиц и продуктов их переработки (8,0 %).

В 2025 году из 256 617 исследованных проб продовольственного сырья и пищевых продуктов по физико-химическим показателям не соответствовала обязательным требованиям 11 651 проба (4,54 %) в 27 группах пищевой продукции.

Наибольший удельный вес проб, не соответствующих требованиям по физико-химическим показателям, отмечается в следующих группах продукции:

- биологически активные добавки к пище – 8,4 % (из 2427 исследованных проб);
- консервы – 8,2 % (из 8229 исследованных проб);
- рыба, нерыбные объекты промысла и продукты, вырабатываемые из них – 6,2 % (из 11 994 исследованных проб);
- молоко и молочные продукты – 6,1 % (из 74 999 исследованных проб);
- мясо и мясные продукты (кроме птицы) – 5,4 % (из 16 887 исследованных проб);
- кондитерские изделия – 4,8 % (из 9641 исследованной пробы);
- минеральная вода – 4,2 % (из 3515 исследованных проб);
- птица, яйца и продукты их переработки – 3,8 % (из 5560 исследованных проб).

За период 2016–2025 гг. отмечается динамика в сторону увеличения удельного веса проб, не соответствующих требованиям по физико-химическим показателям по ряду групп продукции, где в том числе уровни 2025 г. превышают верхнюю границу СМУ (табл. 1.16).

Таблица 1.16

**Результаты лабораторных исследований по физико-химическим показателям,
в отдельных группах пищевой продукции в Российской Федерации
в 2016, 2024, 2025 гг., %**

Группы пищевой продукции	Средне- голетний уровень	Годы	Всего исследовано проб	Из них не соответствует требованиям	
				абс.	%
1	2	3	4	5	6
Биологически активные добавки к пище	2,5	2016	1856	68	3,66
		2024	1866	22	1,18
		2025	2427	204	8,41
Мясо и мясная продукция	2,8	2016	29052	725	2,50
		2024	15796	418	2,64
		2025	16887	908	5,38
Продукты детского питания	1,7	2016	3348	78	2,33
		2024	5235	79	1,50
		2025	10835	404	3,73
Кондитерские изделия	2,9	2016	16457	553	3,36
		2024	10431	233	2,23
		2025	9641	459	4,76*
Минеральные воды	2,1	2016	3817	89	2,33
		2024	3629	59	1,6
		2025	3515	146	4,15*
Консервы	6,0	2016	6120	588	9,61*
		2024	7153	277	3,87
		2025	8229	678	8,24*
Масложировая продукция	2,2	2016	8810	306	3,47
		2024	8435	102	1,21
		2025	6791	200	2,95*
Птица, яйца и продукты их переработки	2,7	2016	5645	225	3,66
		2024	5467	115	2,10
		2025	5560	260	3,78*
Соки и соковая продукция	1,8	2016	4490	109	2,43
		2024	4058	57	1,40
		2025	3524	91	2,58*

*превышение верхней доверительной границы среднегодового уровня.

С 2022 года в раздел 8 «Гигиеническая характеристика продовольственного сырья и пищевых продуктов» формы федерального статистического наблюдения № 18 «Сведения о санитарном состоянии субъекта Российской Федерации» введена отдельная отчетность по контролю за трансизомерами жирных кислот, консервантами, синтетическими красителями, крахмалом, фосфатами, микробной транслугтаминазой.

В структуре проб, не соответствующих требованиям по физико-химическим показателям, приоритетными являются показатели:

– фальсификации – 5,9 % (из 63 504 исследованных проб), за счет мяса и мясной продукции – 9,2 % (из 3021 пробы), мяса птицы, яиц и продуктов их переработки – 8,3 % (из 824 исследованных проб), молока и молочных продуктов – 6,6 % (из 42 080 исследованных проб), масложировой продукции – 5,3 % (из 922 исследованных проб), рыбы, нерыбных объектов промысла и продуктов, вырабатываемых из них – 4,9 % (из 4343 исследованных проб);

– микробная трансглутаминаза – 2,6 % (из 7002 исследованных проб), рыбы, нерыбных объектов промысла и продуктов, вырабатываемых из них – 4,9 % (из 4343 исследованных проб) – 4,6 % (из 585 исследованных проб), молочной продукции – 3,3 % (из 2382 исследованных проб), мяса и мясной продукции – 2,8 % (из 2609 исследованных проб);

– консерванты – 2,2 % (из 40 639 исследованных проб), за счет кулинарной продукции – 4,0 % (из 3256 исследованных проб), безалкогольных напитков – 3,2 % (из 2402 исследованных проб), консервов – 2,6 % (из 2230 исследованных проб);

– трансизомеры жирных кислот – 1,7 % (из 4842 исследованных проб), за счет масложировой продукции – 2,7 % (из 1306 исследованных проб), молока и молочной продукции – 2,5 % (из 1693 исследованных проб).

Данные по удельному весу проб пищевой продукции и продовольственного сырья, не соответствующих требованиям по фальсификации, содержанию синтетических красителей, крахмала, консервантов, микробной трансглутаминазы, относительно 2022 года приведены в таблице 1.17).

Таблица 1.17

Удельный вес проб продовольственного сырья и пищевых продуктов, не соответствующий обязательным требованиям по ряду физико-химических показателей за 2022–2025 гг., %

Наименование показателя	2022	2023	2024	2025	Темп прироста/убыли к 2022 году, %
Фосфаты	0,6	0,6	0,2	0,3	–50,0
Синтетические красители	0,01	0,2	0,4	0,6	рост в 60 раз
Трансизомеры жирных кислот	1,8	2,9	0,8	1,7	–5,6
Крахмал	1,2	2,6	1,4	2,0	+66,7
Консерванты	1,4	0,8	1,4	2,2	+57,1
Микробная трансглутаминаза	0,5	1,8	4,2	2,6	рост в 5 раз
Фальсификация	3,6	4,1	3,8	5,9	+63,9

Превышение среднероссийского показателя удельного веса проб продовольственного сырья и пищевых продуктов, не соответствующих обязательным требованиям по физико-химическим показателям (4,54 %) отмечено в 44 субъектах Российской Федерации, в том числе в:

– Республике Северная Осетия – 20,8 %, за счет молока и молочной продукции (25,1 %);

– Ивановской области – 27,3 % за счет мяса птицы, яйца и продукты их переработки (50,0 %), молока и молочной продукции (36,0 %), рыбы, нерыбных объектов промысла и продуктов, вырабатываемых из них (13,8 %);

- Новгородской области – 12,5 % за счет рыбы, нерыбных объектов промысла и продуктов, вырабатываемых из них (11,0 %), молока и молочной продукции (10,1 %);
- Тверской области – 17,5 % за счет молока и молочной продукции (31,7 %), рыбы, нерыбных объектов промысла и продуктов, вырабатываемых из них (21,0 %);
- Республике Башкортостан – 9,9 % за счет кулинарных изделий (18,4 %) и молока и молочной продукции (11,1 %).

*Мониторинг содержания незаявленных и потенциально опасных
непреднамеренно присутствующих химических веществ
в продовольственном сырье и пищевой продукции*

В 2025 году центрами гигиены и эпидемиологии в субъектах Российской Федерации исследовано 288 047 проб и проведено 1 990 057 исследований пищевой продукции и продовольственного сырья на содержание незаявленных веществ. Из общего количества проанализированных проб незаявленные вещества обнаружены в 68 869 пробах (23,9 %), не соответствовали гигиеническим нормативам 2152 пробы (0,75 %).

За аналогичный период 2024 года было исследовано 243 844 пробы и проведено 1 144 547 исследований пищевой продукции и продовольственного сырья на содержание незаявленных веществ. Из общего количества проанализированных проб незаявленные вещества обнаружены в 48 991 пробе (20,1 %), не соответствовали гигиеническим нормативам 969 проб (0,4 %).

Результаты деятельности центров гигиены и эпидемиологии в субъектах Российской Федерации в части проведения исследований по определению незаявленных веществ в пищевой продукции и продовольственном сырье по группам продукции за 2025 год представлены в таблице 1.18.

Таблица 1.18

**Результаты исследований по определению незаявленных и потенциально опасных
непреднамеренно присутствующих химических веществ в продовольственном
сырье и пищевых продуктах по группам за 2025 г.**

№	Наименование группы продукции	Всего исследовано проб	Удельный вес контаминированных проб, %	Удельный вес проб с превышением МДУ, %	Незаявленные вещества с превышениями МДУ
1	2	3	4	5	6
1	Всего	288 047	23,9	0,75	
2	Мясо и мясная продукция	25 794	24,5	0,90	Консерванты, антимикробные препараты, микробная трансглутаминаза, нитрит натрия β-адреностимулятор, красители токсичные элемент
3	Птица, яйца и продукты их переработки	15 831	18,2	0,42	Антимикробные препараты, консерванты, β-адреностимуляторы, нитрит натрия, токсичные элементы
4	Молоко и молочная продукция	42 534	10,6	0,59	Консерванты, антимикробные препараты, микробная трансглутаминаза, токсичные элементы, лактоза.

Продолжение табл. 1.18

1	2	3	4	5	6
5	Рыба, нерыбные объекты промысла и продукты, вырабатываемые из них	14 580	31,3	1,35	Консерванты, микробная трансглутаминаза, токсичные элементы, красители, нитрозамин, прочие, антимикробные препараты
6	Зерно (семена), мукомольно-крупяные и хлебобулочные изделия	26 882	17,0	0,17	Глютен, консерванты, микотоксин, ГМО, токсичные элементы
7	Мед и продукция пчеловодства	466	11,6	0,86	Оксиметилфурфурол
8	Сахар и кондитерские изделия	12 255	21,5	0,33	Консерванты, токсичные элементы, красители, глютен
9	Плодоовощная продукция, чай, кофе	89 426	37,0	1,00	Нитраты, пестициды, консерванты, токсичные элементы подсластители, ГМО, красители, прочие, микотоксины
10	Масложировая продукция, жировые продукты	7616	21,3	1,06	Глицидол и глицидиловые эфиры токсичные элементы, консерванты, прочие
11	Напитки	16 869	13,0	0,47	Консерванты, красители, подсластители, прочие, оксиметилфурфурол
12	Упакованная питьевая вода, включая природную минеральную воду	6585	15,2	0,68	Токсичные элементы
13	БАД	6801	29,9	0,93	Токсичные элементы, консерванты ингибиторы фосфодиэстеразы-5, прочие, красители
14	Продукты детского питания	11 069	12,6	0,48	Токсичные элементы, прочие, консерванты, антимикробные препараты, микробная трансглутаминаза
15	Специализированная продукция (лечебная, диетическая, для спортсменов, беременных и кормящих)	296	9,5	0,34	Глютен
16	Прочая пищевая продукция*	11 043	17,9	0,90	Консерванты, токсичные элементы, прочие, красители

Примечание: *кулинарные изделия, консервы, соль, соевый соус, какао-порошок, крахмал картофельный, пищевые добавки, дрожжи, желатин, патока крахмальная, приправы.

Результаты многолетнего мониторинга за содержанием глицидола в масложировой продукции положены в основу обоснования нормирования и обязательного контроля содержания глицидола и глицидиловых эфиров в данном виде продукции (решение Совета Евразийской экономической комиссии от 12.12.2023 № 149 в ТР ТС 024/2011 «Технический регламент на масложировую продукцию» с 01.01.2025).

На наличие ГМО в 2025 году исследовано 26 569 проб пищевой продукции, в 2 пробах (0,007 %) обнаружены ГМО в количестве более 0,9 % (Воронежская, Смоленская области) (табл. 1.19).

Таблица 1.19

Результаты обнаружения зарегистрированных линий ГМО в пищевой продукции по Российской Федерации, 2016–2025 гг.

Годы	Исследования на ГМО	Всего	В том числе импортируемая
2016	исследовано проб на наличие ГМО	24 684	1744
	количество проб с ГМО более 0,9 %	12	1
	% проб с ГМО	0,05	0,06
2017	исследовано проб на наличие ГМО	26 019	1825
	количество проб с ГМО более 0,9 %	17	14
	% проб с ГМО	0,07	0,77
2018	исследовано проб на наличие ГМО	27 188	1713
	количество проб с ГМО более 0,9 %	21	4
	% проб с ГМО	0,08	0,23
2019	исследовано проб на наличие ГМО	36 921	2779
	количество проб с ГМО более 0,9 %	16	8
	% проб с ГМО	0,04	0,22
2020	исследовано проб на наличие ГМО	24 198	1362
	количество проб с ГМО более 0,9 %	3	1
	% проб с ГМО	0,01	0,07
2021	исследовано проб на наличие ГМО	32 891	7232
	количество проб с ГМО более 0,9 %	10	5
	% проб с ГМО	0,03	0,07
2022	исследовано проб на наличие ГМО	25 903	5466
	количество проб с ГМО более 0,9 %	4	1
	% проб с ГМО	0,02	0,02
2023	исследовано проб на наличие ГМО	27 686	4363
	количество проб с ГМО более 0,9 %	3	0
	% проб с ГМО	0,01	0
2024	исследовано проб на наличие ГМО	27 855	4152
	количество проб с ГМО более 0,9 %	2	0
	% проб с ГМО	0,01	0
2025	исследовано проб на наличие ГМО	26 569	2623
	количество проб с ГМО более 0,9 %	2	1
	% проб с ГМО	0,007	0,04

В 2025 году по 37 915 пробам проведено 454 577 исследований продовольственного сырья и пищевой продукции на остаточное содержание антимикробных препаратов; контаминация обнаружена в 1356 пробах (3,58 %), превышение МДУ в 92 пробах (0,24 %) (табл. 1.20). Структура выявляемых групп антимикробных препаратов в пробах пищевой продукции за 2025 г. представлена в табл. 1.21.

Таблица 1.20

**Результаты исследований проб продовольственного сырья и пищевой продукции
на содержание остаточного количества антимикробных препаратов, 2025 год**

№	Наименование продукции	Количество исследованных проб	Количество контаминированных проб		Количество проб с превышением максимально допустимого уровня (МДУ)	
		абс.	абс.	%	абс.	%
1	Молоко и молочная продукция	17639	514	2,91	12	0,07
2	Мясо и мясная продукция	8724	438	5,02	44	0,50
3	Птица, яйца и продукты их переработки	6952	310	4,46	30	0,43
4	Продукция детского питания	2626	35	1,33	1	0,04
5	Рыба, нерыбные объекты промысла и продукты, вырабатываемые из них	1065	32	3,01	2	0,19
6	Кулинарные изделия	349	4	1,15	–	–
7	Прочая пищевая продукция	303	12	3,96	3	0,99
8	Мед и продукция пчеловодства	151	9	5,96	–	–
9	Масложировая продукция	106	2	1,89	–	–
	Всего:	37915	1356	3,58	92	0,24

Таблица 1.21

**Структура выявляемых групп антимикробных препаратов
в пробах пищевой продукции за 2025 г.**

№ п/п	Наименование группы продукции	Структура распределения контаминированной пищевой продукции, %	Выявляемые антимикробные препараты, %		Структура распределения пищевой продукции с превышением допустимого уровня, %	Выявляемые антимикробные препараты с превышением максимально допустимого уровня (МДУ), %	
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Молоко и молочная продукция	41,17	Тетрациклины	24,42	13,27	Тетрациклины	30,77
			Амфениколы	30,23			
			Пенициллины	27,47			
			Нитроимидазолы	0,15		Амфениколы	23,08
			Сульфаниламиды	0,29			
			Нитрофураны	0,58			
			Полипептиды	2,62		Пенициллины	30,77
			Линкозамиды	0,15			
			Макролиды	0,15			
			Хинолоны	1,60		Аминогликозиды	15,38
			Аминогликозиды	12,35			

Продолжение табл. 1.21

1	2	3	4	5	6	7	8	
2	Мясо и мясная продукция	31,30	Тетрациклины	33,27	48,98	Тетрациклины	66,67	
			Амфениколы	39,58				
			Пенициллины	0,76				
			Нитроимидазолы	0,38			Амфениколы	22,92
			Нитрофураны	0,38				
			Сульфаниламидаы	4,97				
			Линкозамидаы	0,19			Сульфанила-мидаы	2,08
			Полипептидаы	7,67				
			Плевромутилинаы	0,57				
			Хинолоны	11,47			Полипептидаы	8,33
			Макролидаы	0,57				
			Аминогликозидаы	0,19				
3	Птица, яйца и продукты их переработки	21,30	Тетрациклины	30,62	30,61	Тетрациклины	50,0	
			Амфениколы	51,12				
			Пенициллины	0,28				
			Сульфаниламидаы	5,90				
			Кокцидиостатики	0,28				
			Нитрофураны	0,28		Амфениколы	50,0	
			Полипептидаы	7,58				
			Макролидаы	0,28				
			Хинолоны	3,37				
			Аминогликозидаы	0,28				
4	Рыба, нерыбные продукты промысла и продукты, вырабатываемые из них	2,09	Тетрациклины	34,29	2,04	Тетрациклины	50,0	
			Амфениколы	57,14		Амфениколы	50,0	
			Хинолоны	2,86				
			Полипептидаы	5,71				
5	Продукция детского питания	2,57	Тетрациклины	25,58	2,04	Тетрациклины	100,0	
			Пенициллины	25,58				
			Полипептидаы	2,33				
			Амфениколы	41,86				
			Аминогликозидаы	4,65				
6	Кулинарные изделия	0,24	Амфениколы	50,0	—	—		
			Тетрациклины	25,0				
			Полипептидаы	25,0				
7	Масложировая продукция	0,12	Амфениколы	50,0	—	—		
			Полипептидаы	50,0				
8	Мед и продукция пчеловодства	0,42	Амфениколы	14,29	—	—		
			Нитрофураны	71,43				
			Полипептидаы	14,29				
9	Прочая пищевая продукция	0,78	Амфениколы	38,46	3,06	Тетрациклины	66,67	
			Пенициллины	15,38				
			Аминогликозидаы	15,38		Пенициллины	33,33	
			Полипептидаы	7,69				
			Тетрациклины	23,08				

*Определение антибиотикорезистентности штаммов,
выделенных из пищевой продукции*

В 2025 году на базе ФБУЗ ФЦГиЭ Роспотребнадзора в рамках исследований по идентификации, изучению антибиотикорезистентности к одному и более антибиотиком подтверждение родовых и видовых свойств 1000 штаммов микроорганизмов: сальмонеллы 45,2 % (452 культуры), *S. aureus* – 40,0 % (400 культур), листерии – 12,7 % (127 культур), *E. coli* – 2,1 % (21 культура), из которых резистентных – 566 (389 сальмонелл (68,7 %), 156 *S. aureus* (27,6 %), 15 листерий (2,6 %) и 6 *E. coli* (1,1 %). Выявлено 566 устойчивых к противомикробным препаратам (далее – УПП) штаммов микроорганизмов (56,6 %).

Наибольшее количество УПП-штаммов микроорганизмов выделено из мяса птицы, яиц и продуктов их переработки (45,9 %), кулинарных изделий (31,3 %), мясной продукции (18,9 %) (рис. 1.58).



Рис. 1.58. Структура УПП-штаммов микроорганизмов, выделенных из продовольственного сырья и пищевых продуктов по группам продукции в 2025 году, %

В 2025 году в структуре УПП-штаммов микроорганизмов, выделенных из продовольственного сырья и пищевых продуктов, наибольший удельный вес имеют бактерии рода *Salmonella* (68,7 %) и *S. aureus* (27,6 %) (рис. 1.59).

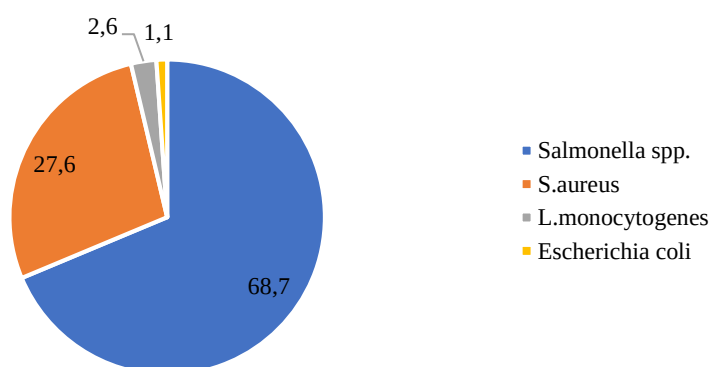


Рис. 1.59. Структура УПП-штаммов микроорганизмов, выделенных из продовольственного сырья и пищевых продуктов, по видам микроорганизмов, 2025 год, %

Бактерии рода *Salmonella* имеют наибольший удельный вес в структуре УПП штаммов микроорганизмов, выделенных из мяса птицы, яиц и продуктов их переработки (98,1 %), мяса и мясопродуктов (90,7 %), *S. aureus* – в кондитерских изделиях (100,0 %),

кулинарных изделиях (79,1 %), рыбной продукции (33,3 %), *L. monocytogenes* – в рыбной продукции (44,5 %) (рис. 1.60).

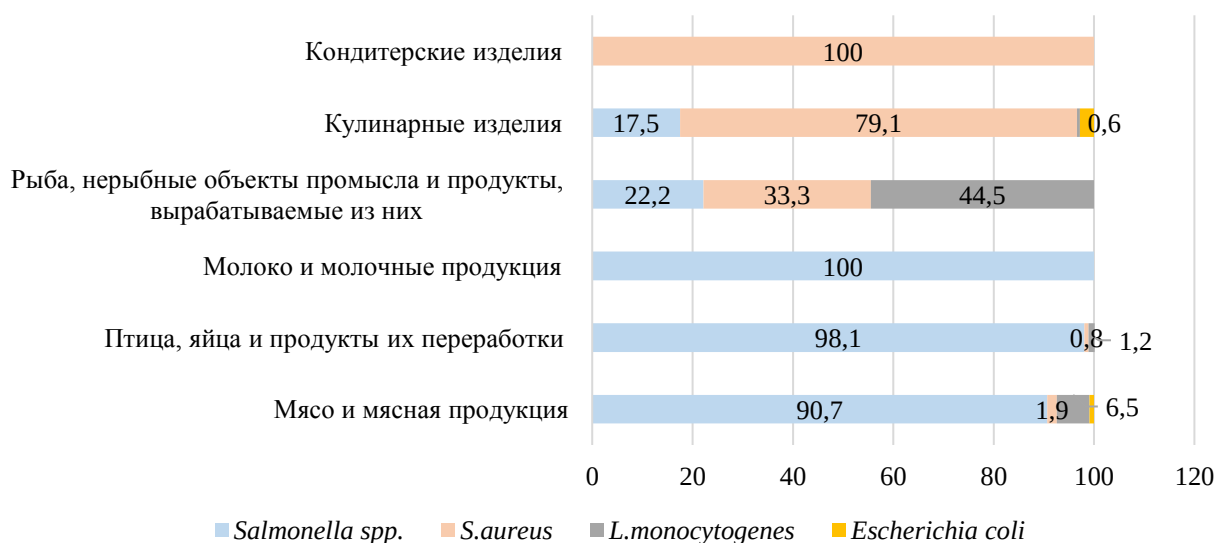


Рис. 1.60. Структура УПП штаммов микроорганизмов, выделенных из отдельных групп пищевой продукции по видам микроорганизмов, в 2025 году, %

В 2025 году установлена резистентность к УПП штаммов микроорганизмов к следующим антимикробным препаратам:

– *Salmonella* резистентна к гентамицину (81,0 %), амикацину (78,5 %), ципрофлоксацину (44,7 %), ампициллину (28,3 %), амоксициллин/клавулановой кислоте (26,1 %), триметоприм/сульфаметоксазолу (17,3 %),

– *S. aureus* – к клиндамицину (26,5 %), ципрофлоксацину (6,3 %), оксациллину (5,5 %), тетрациклину (5,3 %), доксициклину (5,0 %), левофлоксацину (4,8 %), моксифлоксацину (4,8 %).

– *Listeria monocytogenes* – к триметоприм/сульфаметоксазолу (11,8 %),

– *Escherichia coli* – к ампициллину (28,6 %), амоксициллин/клавулановой кислоте (23,8 %), триметоприм/сульфаметоксазолу (19,0 %), ципрофлоксацину (19,0 %).

Мониторинг остаточных количеств антимикробных препаратов в пищевой продукции и определение антибиотикорезистентности штаммов, выделенных из нее, с последующим установлением генетических детерминант на основе полногеномного секвенирования направлен на противодействие формирования устойчивости к противомикробным препаратам. Полученные результаты будут положены в основу планирования комплексных научно-исследовательских работ, учитывающих базовые принципы концепции ВОЗ «Единое здоровье», на основе межведомственного и межсекторального взаимодействия по изучению закономерностей и особенностей прогнозирования риска формирования антибиотикорезистентности с применением наукоемких инструментов на базе методов искусственного интеллекта.

Надзор за исполнением требований технических регламентов

В рамках исполнения Договора о Евразийском экономическом союзе, ратифицированного Федеральным законом от 03.10.2014 № 279-ФЗ, на Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека Постановлениями Правительства Российской Федерации возложены функции контрольного (надзорного) органа по реализации требований 14 технических регламентов Таможенного союза (далее – ТР ТС) и технических регламентов

Евразийского экономического союза (далее – ТР ЕАЭС), предметом технического регулирования которых являются пищевые продукты (товары); требования к процессам производства (изготовления), хранения, перевозки (транспортирования), реализации и утилизации, маркировке, материалам упаковки, изделиям и оборудованию для производства пищевой продукции, контактирующим с ней.

Контрольные (надзорные) мероприятия, осуществляемые территориальными органами Роспотребнадзора, сопровождались проведением лабораторных и инструментальных исследований, доля которых увеличилась с 71,9 % в 2016 году до 99,2 % в 2025 году.

Общее количество отобранных и исследованных проб продовольственного сырья и пищевой продукции за период 2016–2025 гг. увеличилось с 422 360 проб в 2016 г. до 450 657 проб в 2025 году. Анализ полученных результатов исследованных проб продовольственного сырья и пищевой продукции показал, что доля проб, не соответствующих требованиям ТР ТС и ТР ЕАЭС имеет тенденцию к снижению и составила 2,9 % в 2025 году против 3,7 % в 2016 году. Сведения о динамике отобранных проб и результатах их исследования за период 2016–2025 гг., приведены в табл. 1.22.

Таблица 1.22

**Удельный вес проб продовольственного сырья и пищевой продукции
не соответствующих установленным требованиям ТР ТС и ТР ЕАЭС
в Российской Федерации за период 2016–2025 гг., %**

Год	Количество исследованных проб продукции, всего	Из них не отвечают установленным требованиям	
		абс.	%
2016	422 360	15 795	3,7
2017	449 575	14 322	3,2
2018	487 769	15 891	3,3
2019	567 500	18 826	3,3
2020	235 528	7793	3,3
2021	427 566	9256	2,2
2022	336 774	6425	1,9
2023	368 538	8166	2,2
2024	409 776	9920	2,4
2025	450 657	13 212	2,9

Многолетние исследования продовольственного сырья и пищевой продукции по показателям безопасности, установленным требованиями ТР ТС и ТР ЕАЭС, показали, что наибольший удельный вес несоответствий отмечается по микробиологическим показателям.

В 33 субъектах Российской Федерации в 2025 году доля проб продовольственного сырья и пищевой продукции, не соответствующих установленным требованиям технических регламентов, превысила общероссийский показатель (2,9 %), в том числе более чем в 2 раза в Калужской (10,5 %), Магаданской (9,2 %), Новгородской (9,0 %), Московской (6,3 %) областях, г. Москве (9,1 %), республиках Дагестан (8,1 %), Хакасия (7,7 %), Еврейской автономной области (6,4 %), Хабаровском крае (6,3 %).

*Государственный информационный ресурс по защите прав потребителей
(ГИР ЗПП)*

Постановлением Правительства Российской Федерации от 16 февраля 2013 года № 129 с целью распространения актуальной и достоверной информации по вопросам защиты прав потребителей, качества и безопасности товаров (работ, услуг), в том числе информирования о ситуации в области соблюдения требований технических регламентов, обеспечения свободного доступа граждан, государственных органов, органов местного самоуправления, других органов и организаций и иных заинтересованных лиц к общедоступной информации, на территории Российской Федерации организован и функционирует Государственный информационный ресурс в сфере защиты прав потребителей (далее – программный модуль ГИР ЗПП), уполномоченным органом по ведению которого определен Роспотребнадзор.

Данный программный модуль ГИР ЗПП позволяет организовать оперативное взаимодействие органов государственного контроля (надзора), а также принятие мер реагирования по изъятию из оборота недоброкачественного продовольственного сырья и пищевой продукции, не соответствующих обязательным требованиям технических регламентов, в том числе имеющей признаки фальсификации.

В 2025 году в программном модуле ГИР ЗПП органами и учреждениями Роспотребнадзора в субъектах Российской Федерации размещено 20 432 уведомления о несоответствии пищевой продукции, что в 1,7 раза больше, чем в 2024 году (12 150 уведомлений), при этом их структура не изменилась (таблица 1.23, рис. 1.61).

Таблица 1.23

Структура уведомлений о несоответствии обязательным требованиям пищевой продукции в ГИР ЗПП в 2024-2025 гг.

Несоответствие обязательным требованиям, указанное в уведомлении	2024		2025	
	количество уведомлений	удельный вес, в структуре уведомлений	количество уведомлений	удельный вес, в структуре уведомлений
по микробиологическим показателям	5958	49,0	8951	43,8
об отсутствии или несоответствии маркировки	4582	37,7	7394	36,2
по физико-химическим показателям	1271	10,5	2706	13,2
по санитарно-химическим показателям	339	2,8	842	4,1

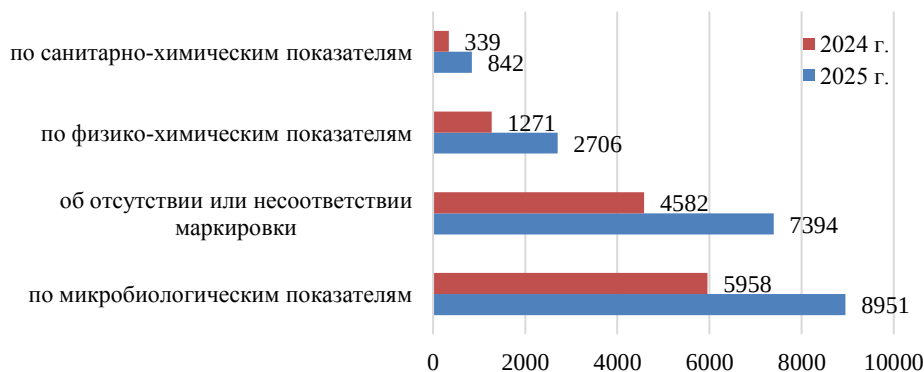


Рис. 1.61. Количество уведомлений о несоответствии продовольственного сырья и пищевой продукции обязательным требованиям технических регламентов Таможенного (Евразийского) экономического союза, размещенных в ГИР ЗПП, 2024–2025 гг.

Наибольшее число уведомлений содержит информацию о несоответствии следующих групп продукции: молоко и молочная продукция, кулинарные изделия, плодоовощная продукция.

В 2025 году сведения в программном модуле имеются сведения о несоответствии обязательным требованиям технических регламентов проб пищевой продукции 5222 производителей, что выше показателя 2024 г. (3943 производителя).

Наибольшее количество уведомлений размещено Управлениями Роспотребнадзора по г. Москве – 5520 (27 % от общего числа), по Республике Татарстан – 900 (4,4 %), по Свердловской области – 697 (3,4 %), по г. Санкт-Петербургу и Ленинградской области – 636 (3,1 %).

По результатам контрольных (надзорных) мероприятий за качеством и безопасностью продовольственного сырья и пищевой продукции, находившихся в обороте на потребительском рынке, в целом по Российской Федерации органами Роспотребнадзора за 2025 год забраковано и изъято из оборота 32 615 партий продовольственного сырья и пищевой продукции объемом 1482,1 т (в том числе продукции импортного производства 1811 партий объемом 84,2 т). Относительно 2024 года установлено увеличение объема изъятой продукции (25 534 партии и 1100,3 т соответственно). Наибольший объем забракованного продовольственного сырья и пищевой продукции в 2025 году, как и в 2024 году установлен в Центральном Федеральном округе – 12 544 партии (38,5 % от общего числа) в объеме 447,3 т (в том числе Московская область – 7949 партий в объеме 251,5 т), Приволжском Федеральном округе – 6472 партии (19,8 %) в объеме 147,7 т (в том числе Республика Татарстан – 1525 партий в объеме 20,4 т).

1.1.5. Влияние потребления алкоголя и табакокурения на здоровье населения

Во исполнение Указа Президента Российской Федерации от 07.05.2024 № 309 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года и на перспективу до 2036 года» паспортом федерального проекта «Здоровье для каждого» национального проекта «Продолжительная и активная жизнь» утверждены целевые показатели – снижение потребления алкогольной продукции на душу населения (в литрах этанола) с 8,4 л в 2025 году до 7,8 л к 2030 году. По данным Росстата потребление алкогольной продукции на душу населения (в литрах этанола) в 2025 г. составило 8,09 л этанола².

Целевой показатель потребления алкогольной продукции на душу населения (в литрах этанола) в 2025 году не достигнут в 58 регионах Российской Федерации. Выше среднероссийского показателя в 1,5–2 раза потребление алкогольной продукции на душу населения (в литрах этанола) зарегистрированы в Республике Коми (12,24 литров этанола), Сахалинской области (12,25 литров этанола), Республике Карелии (12,37 литров этанола), Кировской области (12,61 литров этанола), Чукотском и Еврейском автономных округах (13,33 и 14,97 литров этанола соответственно), Ненецком автономном округе (19,67 литров этанола) (рис. 1.62).

² Потребление алкогольной продукции на душу населения (в литрах этанола). <https://www.fedstat.ru/indicator/63005>

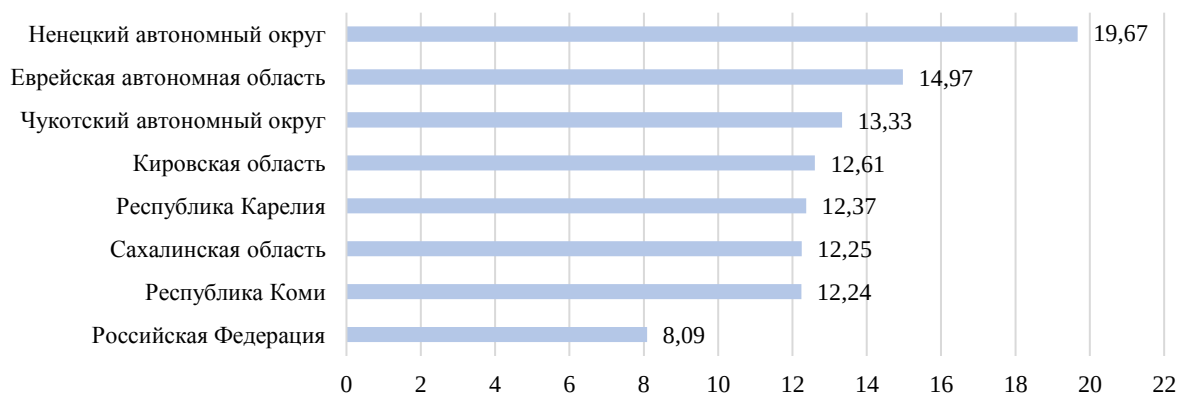


Рис. 1.62. Потребление алкогольной продукции на душу населения по субъектам Российской Федерации в 2025 г., в литрах этанола

В 2025 году розничные продажи алкогольной продукции в Российской Федерации составили 61,1 л на душу населения в год, в динамике с 2016 годом продажи алкогольных напитков снизились на 15,1 %. Продажи винодельческой продукции снизились на 29 %, пива и пивных напитков – на 16 %, водки и ликероводочных изделий – на 3 % (рис. 1.63).

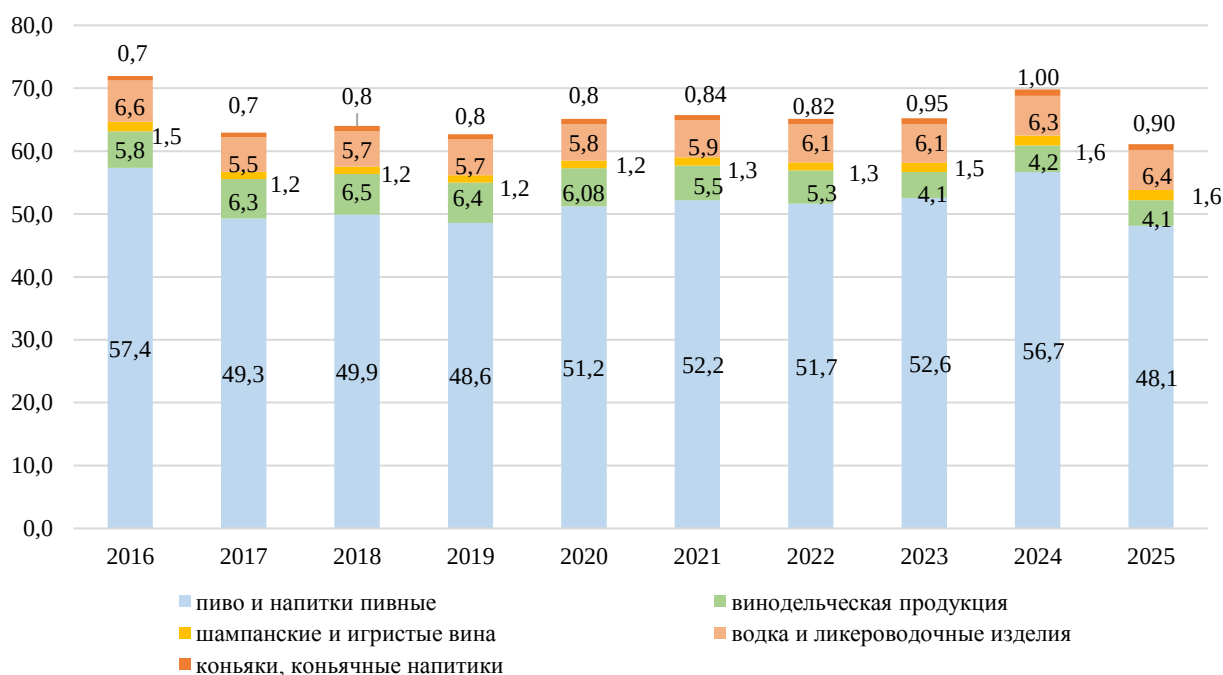


Рис. 1.63. Динамика продаж алкогольной продукции в Российской Федерации, литров на душу населения в год, 2016–2025 гг.

В структуре продаж алкогольной продукции (рис. 1.64) в 2025 г. на пиво приходится 77,1 % (2024 г. – 78,5 %), винодельческую продукцию (в т. ч. игристые вина (шампанское) – 9,1 % (2024 г. – 8,0 %), водку – 8,1 % (2024 г. – 7,2 %), другие виды спиртных напитков (плодовые напитки) – 2,0 % (2024 г. – 2,3 %), слабоалкогольную продукцию (крепостью до 9 %) – 0,2 % (2024 г. – 1,1 %), ликероводочные изделия – 2,1 % (2024 г. – 1,6 %), коньяки – 1,4 % (2024 г. – 1,3 %)³.

³ Розничная продажа алкогольной продукции в натуральном выражении с 2023 г. <https://www.fedstat.ru/indicator/62311>

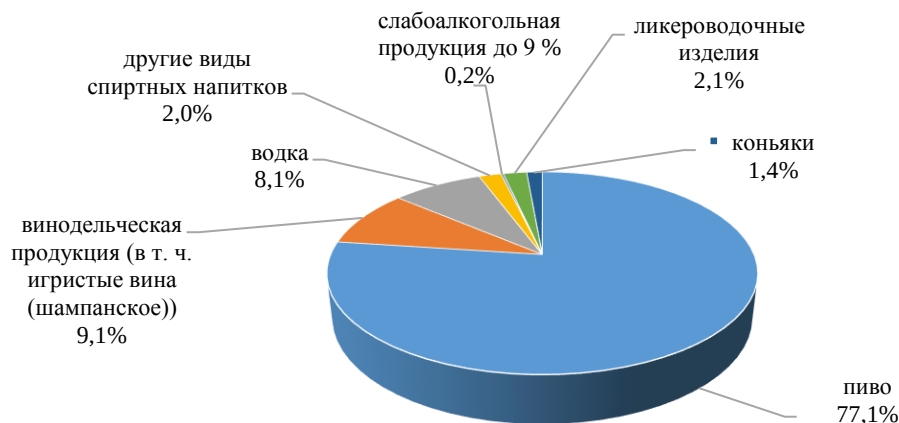


Рис. 1.64. Структура продаж алкогольной продукции в 2025 году, %

Распределение объемов продаж населению водки и пива в 2025 г. по субъектам Российской Федерации представлен на рис. 1.65 и 1.66.

Объем розничных продаж населению водки в 2025 году составил 5,0 литра на человека в год (в 2024 году – 5,2 литра на человека в год). Выше среднероссийского показателя объемы розничных продаж населению водки зарегистрированы в Сахалинской области (10,6 л на человека в год), Республике Карелии (10,4 л на человека в год), Республике Коми (9,7 л на человека в год), Магаданской области (9,2 л на человека в год).

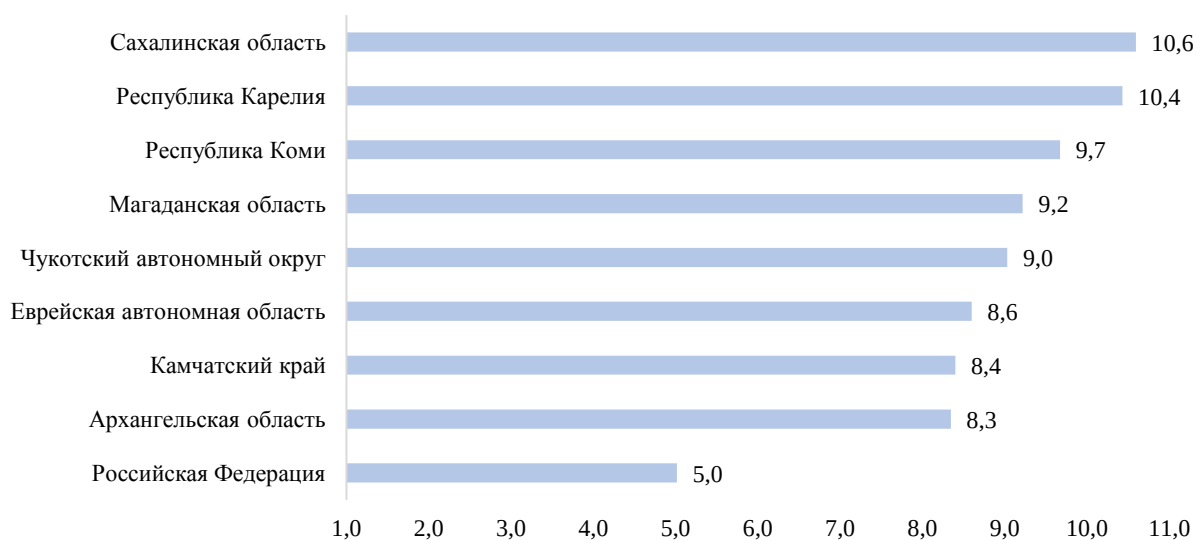


Рис. 1.65. Распределение объемов продаж населению водки в 2025 году по субъектам Российской Федерации, литров на душу населения

Объемы розничных продаж населению пива в 2025 году составили 41,5 литра на человека в год, что ниже 2024 года (49,72) на 16,5 %. Выше среднероссийского показателя объемы розничных продаж пива зарегистрированы в Кировской (67,9 литра на человека в год), Мурманской (67,0 л), Свердловской (64,3 л), Архангельской (56 л) областях, в республиках Коми (64,2 л) и Карелия (61,5 л), Курганской (61,5 л), Кемеровской (61,3 л) и Костромской (58,2 л) областях.

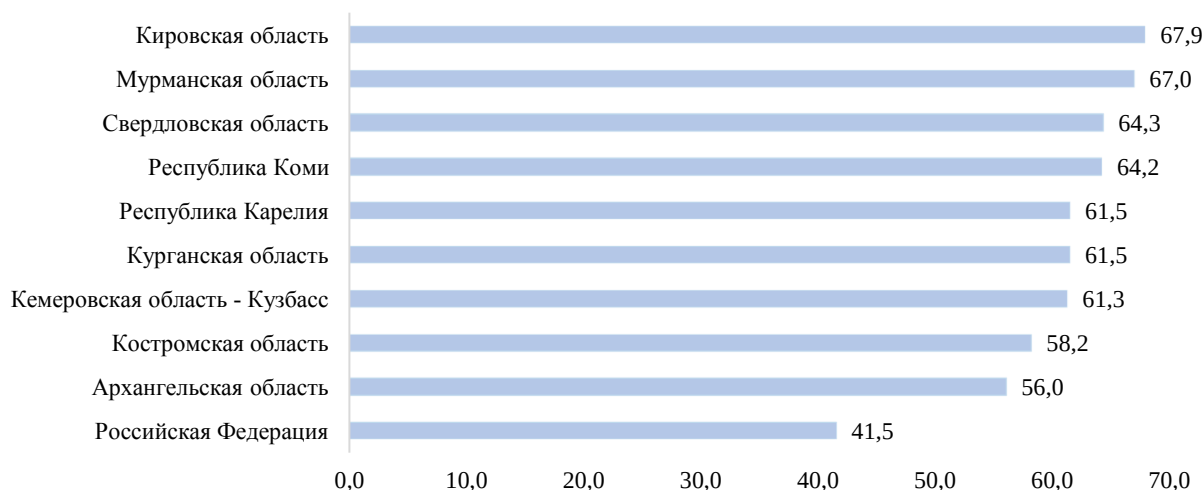


Рис. 1.66. Распределение объемов продаж населению пива в 2025 году по субъектам Российской Федерации, литров на душу населения

В соответствии с паспортом федерального проекта «Здоровье для каждого» национального проекта «Продолжительная и активная жизнь» целевой показатель распространенности курения табака в возрасте 15 лет и более в 2025 году должен составить 18,17 %⁴.

По данным Росстата распространенность курения табака в возрасте 15 лет и более в 2025 г. составила 18,38 %². Целевой показатель распространенности курения табака в возрасте 15 лет и более в 2025 году не достигнут 48 регионах Российской Федерации.

Выше среднероссийского показателя в 1,3–1,8 раз распространенность курения табака в возрасте 15 лет и более зарегистрированы в Республике Коми (23,27 %), Мурманской области (23,52 %), Забайкальском крае (23,80 %), Республике Тыва (25,46 %), Смоленской области (25,48 %), Республиках Алтай и Бурятия (26,2 % и 27,49 % соответственно), Еврейской автономной области (33,40 %) (рис. 1.67).

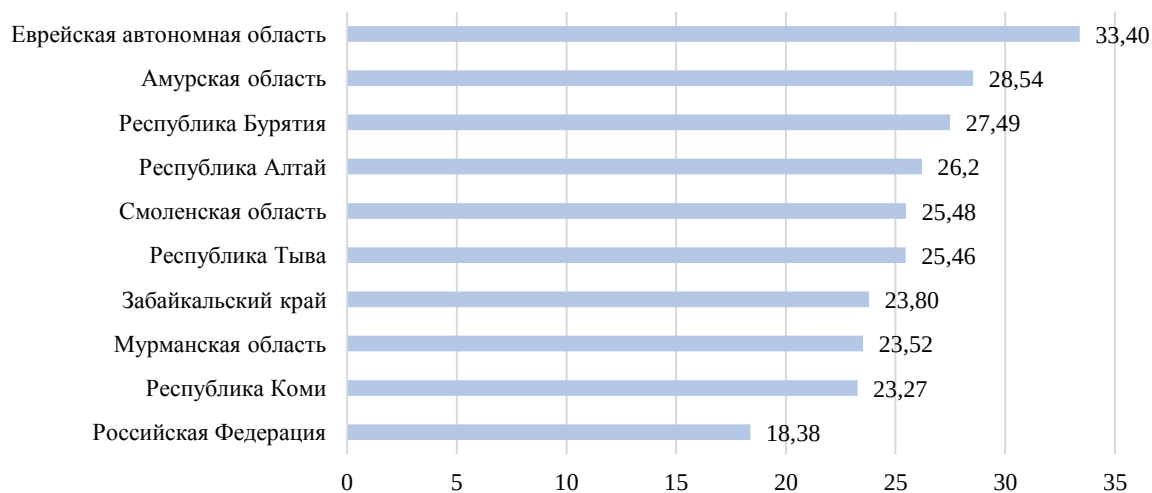


Рис. 1.67. Распространенность курения табака в возрасте 15 лет и более по субъектам Российской Федерации в 2025 г., %

⁴ Распространенность курения табака в возрасте 15 лет и более. <https://www.fedstat.ru/indicator/63004>

Оценка динамики острых отравлений спиртосодержащей продукцией

По данным мониторинга за острыми отравлениями спиртосодержащей продукцией с 2016 по 2025 г. на территории Российской Федерации зарегистрировано 387 056 случаев острых отравлений спиртосодержащей продукцией, в том числе 106 142 случая с летальным исходом (27,4 %).

В 2025 г. показатель острых отравлений спиртосодержащей продукцией составил 20,24 случая на 100 тыс. населения. В общей структуре всех острых отравлений химической этиологии отравления спиртосодержащей продукцией составляют 27 %, что выше отравлений лекарственными препаратами (24 %) и наркотическими веществами (21 %). Вместе с тем, за анализируемый период с 2016 по 2025 год, доля отравлений спиртосодержащей продукцией в структуре отравлений химической этиологии снизилась с 32 % в 2016 году до 27 % в 2025 году.

В динамике с 2016 по 2025 г. отмечено снижение показателя острых отравлений спиртосодержащей продукцией в целом по Российской Федерации на 39 % (рис. 1.68), в т. ч. с летальным исходом на 31 % (рис. 1.69).

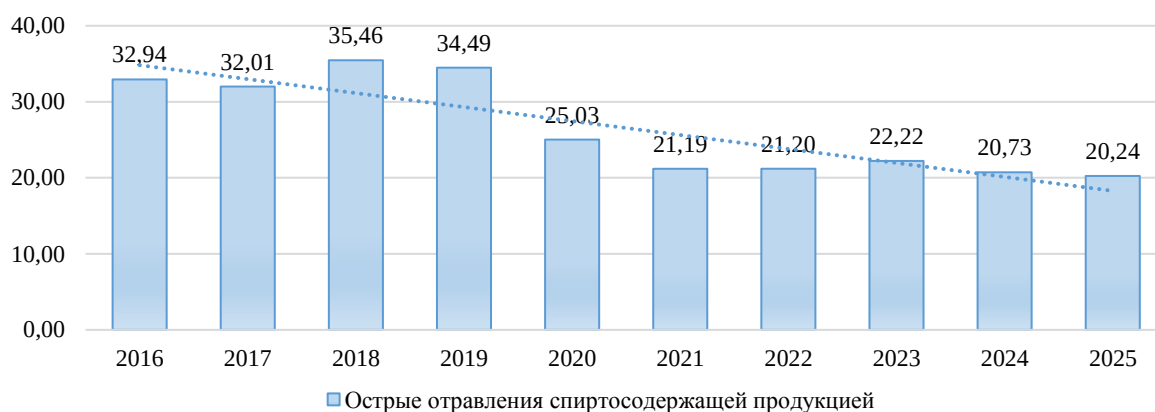


Рис. 1.68. Уровни острых отравлений спиртосодержащей продукцией среди всего населения Российской Федерации в динамике за 2016–2025 гг. (на 100 тыс. населения)

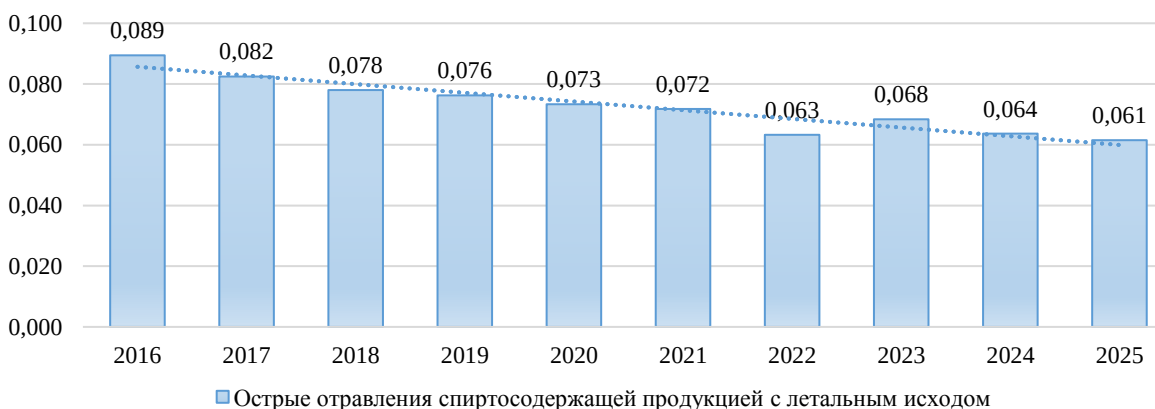


Рис. 1.69. Уровни острых отравлений спиртосодержащей продукцией с летальными исходами среди всего населения Российской Федерации в динамике за 2016–2025 гг. (на 1 тыс. населения)

При этом отмечается динамика роста удельного веса летальных случаев острых отравлений спиртосодержащей продукцией среди всех отравившихся от этой причины с 0,27 % в 2016 г. до 0,30 % в 2025 г. (рис. 1.70).

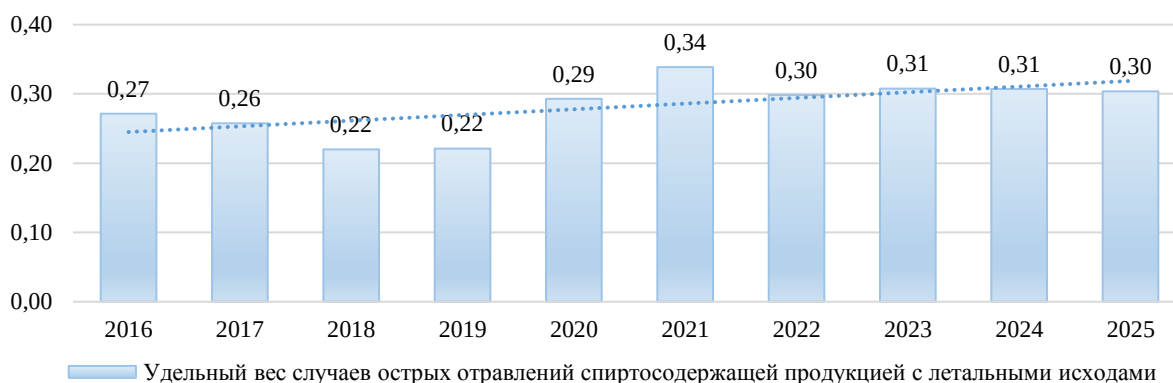


Рис. 1.70. Удельный вес летальных отравлений спиртосодержащей продукцией среди всех отравившихся от этой причины в Российской Федерации за 2016–2025 гг.

В 2025 г. 34 % случаев отравлений составляют женщины (21 % в 2024 г.), мужчины – 66 % (72 % в 2024 г.). Структура отравлений спиртосодержащей продукцией по половозрастному составу в 2025 году изменилась, отмечается рост случаев отравлений среди женщин. В структуре отравлений алкоголем по социальному положению большинство пострадавших составляют безработные (46,6 %).

На отравления среди взрослого населения (от 18 лет и старше) приходится 85,7 % (25 365 случаев), на отравления среди подростков (от 15 до 17 лет включительно) – 8,5 % (2501 случай), на отравления среди детей (от 0 до 14 лет включительно) – 5,8 % (1718 случаев).

В 2025 г. острые отравления спиртосодержащей продукцией выше среднероссийского уровня регистрировались в 29 субъектах Российской Федерации (2024 – 32 субъекта), в том числе:

- превышение от 3 до 4 раз – в Алтайском крае (80,1 на 100 тыс. населения), Самарской области (62,5 на 100 тыс. населения);
- от 2 до 2,5 раз – в Чувашской Республике (54,2 на 100 тыс. населения), в Республиках Тыва (44,7 на 100 тыс. населения) и Алтай (48,9 на 100 тыс. населения), Красноярском крае (50,5 на 100 тыс. населения), Новосибирской области (47,9 на 100 тыс. населения) (рис. 1.71).

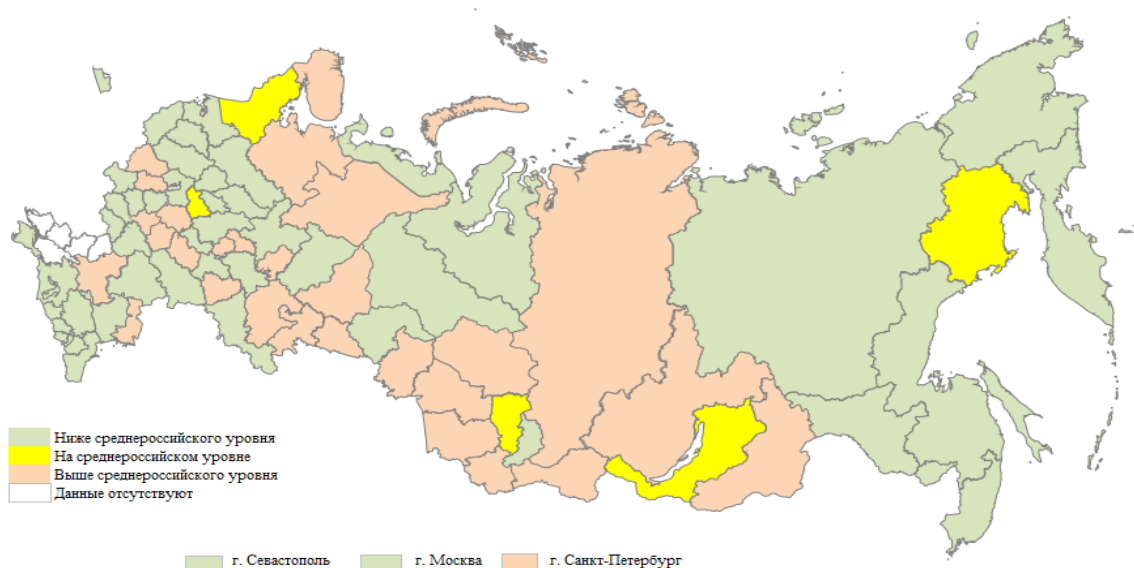


Рис. 1.71. Распределение субъектов Российской Федерации по показателю острых отравлений спиртосодержащей продукцией за 2025 г. (на 100 тыс. населения)

В 2025 г. показатель острых отравлений спиртосодержащей продукцией с летальными исходами выше среднероссийского уровня регистрировался в 46 субъектах Российской Федерации (2024 г. – 46 субъектах), в том числе превышение от 2 до 3 раз – в Республиках Алтай (0,19 на 1 тыс. населения) и Коми (0,14 на 1 тыс. населения), Забайкальском крае (0,15 на 1 тыс. населения), в Пензенской (0,17 на 1 тыс. населения), Курганской (0,17 на 1 тыс. населения), Архангельской (0,16 на 1 тыс. населения), Владимирской (0,15 на 1 тыс. населения), Смоленской (0,13 на 1 тыс. населения), Ульяновской (0,15 на 1 тыс. населения), Ленинградской (0,13 на 1 тыс. населения) и Сахалинской (0,12 на 1 тыс. населения) областях, Чувашской (0,16 на 1 тыс. населения) и Удмуртской Республиках (0,13 на 1 тыс. населения) (рис. 1.72).



Рис. 1.72. Распределение субъектов Российской Федерации по показателю острых отравлений спиртосодержащей продукцией с летальным исходом за 2025 г. (на 1 тыс. населения)

Ведущее место среди отравлений спиртосодержащей продукции в 2025 году занимают отравления этанолом 77,5 % (рис. 1.73), в том числе и с летальным исходом – 86,4 % (рис. 1.74).

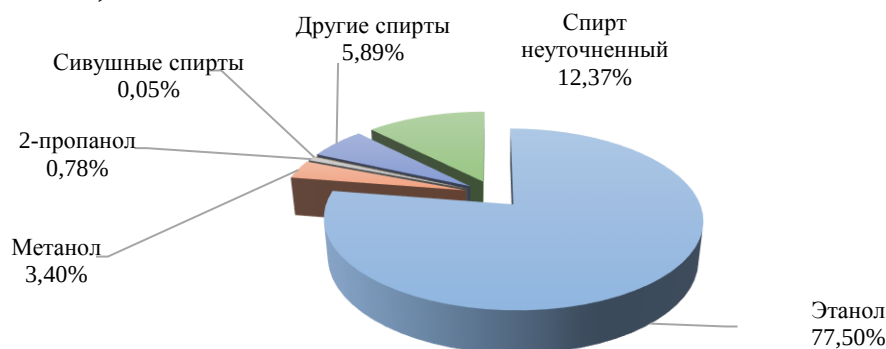


Рис. 1.73. Структура острых отравлений спиртосодержащей продукцией среди всего населения Российской Федерации за 2025 г.

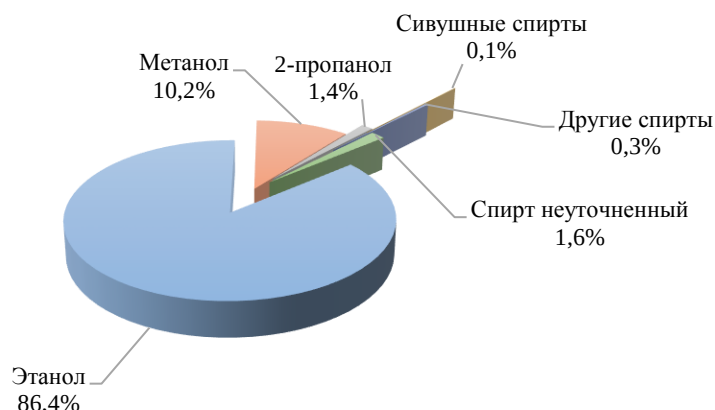


Рис. 1.74. Структура острых отравлений спиртосодержащей продукцией с летальными исходами среди всего населения Российской Федерации за 2025 гг.

Оценка динамики отравлений курительными смесями

С 2016 г. осуществляется мониторинг острых отравлений курительными смесями (spice). Так, за 10 лет на территории Российской Федерации зарегистрировано 8075 случаев острых отравлений курительными смесями (spice), из них 237 случаев с летальным исходом. В структуре отравлений курительными смесями (spice) по возрастному составу в 2025 году 57,8 % составляет взрослое население (от 18 лет и старше), 24,2 % подростки (от 15 до 17 лет включительно) и 18,2 % дети (до 14 лет включительно). В 76 % случаев отравлений приходится на отравления среди мужского населения.

Среди населения детского возраста от 0 до 14 лет за весь период мониторинга зарегистрировано 2 случая острых отравлений курительными смесями (spice) с летальным исходом, среди подростков от 15 до 17 лет – 5 случаев.

В 2025 г. показатель отравлений курительными смесями (spice) среди всего населения составил 0,02 случая на 100 тыс. населения (2024 год – 0,04 случая на 100 тыс. населения), случаев с летальными исходами не зарегистрировано (рис. 1.75).

В 2025 г. отравления курительными смесями (spice) регистрировались в 13 субъектах Российской Федерации. Наибольшее количество острых отравлений курительными смесями (spice) зарегистрировано в Новосибирской области (показатель на 100 тыс. населения – 0,5 случаев) и Липецкой области (показатель на 100 тыс. населения – 0,3) при среднероссийском показателе 0,02.

В структуре отравлений курительными смесями (spice) в 2025 г. среди всего населения в 82 % случаев причина отравлений – неустановленное вещество и в 18 % случаев – выявленные наркотические вещества.

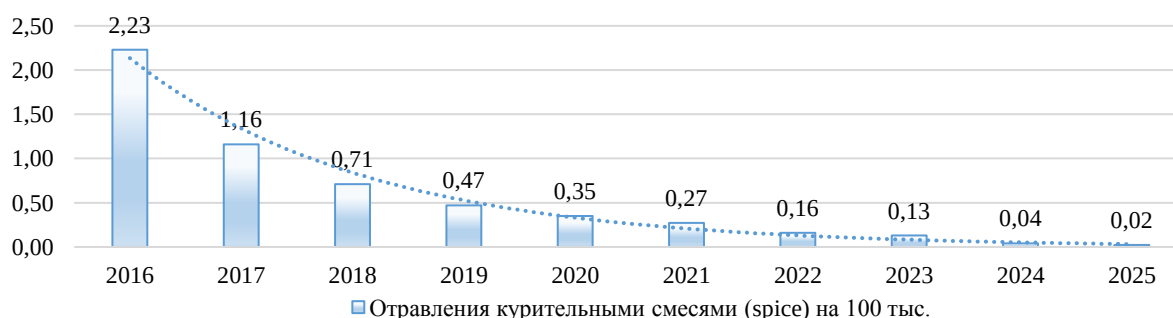


Рис.1.75. Уровни отравлений курительными смесями (spice) среди всего населения Российской Федерации в динамике за 2016–2025 гг. (на 100 тыс. населения)

В структуре отравлений курительными смесями (spice) отмечено снижение количества отравлений среди взрослого населения (18–70 лет и старше) (рис. 1.76).



Рис. 1.76. Структура отравлений курительными смесями (spice) по возрастному составу в Российской Федерации в динамике за 2016–2025 гг., %

1.1.6. Мониторинг условий обучения и воспитания, отдыха детей и их оздоровления

В 2025 г. на государственном контроле (надзоре) территориальных органов Роспотребнадзора находилось 181 330 организаций воспитания и обучения, отдыха и оздоровления детей, в том числе 52 630 дошкольные организации, 48 122 общеобразовательных организаций, 40 501 организация отдыха детей и их оздоровления, 27 406 организаций дополнительного образования детей, 6319 организаций профессионального образования, 2071 организация для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, 263 детских санаториев и 4018 прочих организаций. За период 2016–2025 гг. общее количество организаций для детей уменьшилось. В большей степени динамика изменения их общего количества обусловлена уменьшением количества ежегодно функционирующих организаций отдыха детей и их оздоровления (рис. 1.77).

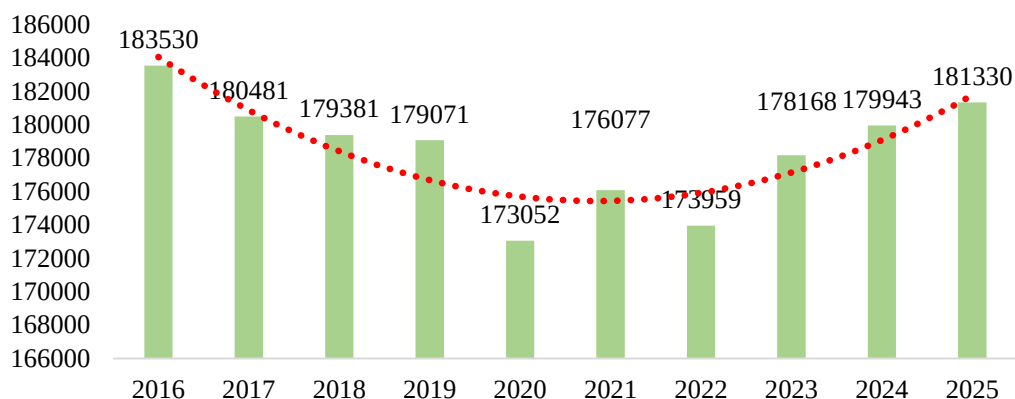


Рис. 1.77. Количество организаций для детей в Российской Федерации в 2016–2025 гг.

В структуре организаций для детей наибольший удельный вес имеют дошкольные (29,0 %) и общеобразовательные (26,5 %) организации, организации отдыха детей и их оздоровления (22,3 %), организации дополнительного образования (15,1 %).

За период 2016–2025 гг. наблюдается уменьшение числа организаций отдыха детей и их оздоровления на 13,4 %, увеличение числа дошкольных организаций на 5,8 %, числа общеобразовательных организаций – на 14,2 %, числа организаций дополнительного образования – на 30,8 %. В связи с чем, в структуре организаций для детей отмечается уменьшение доли организаций отдыха детей и их оздоровления на 8,9 %, увеличение доли организаций дополнительного образования – на 3,7 %, общеобразовательных организаций – на 3,5 %, дошкольных организаций – на 1,9 % (рис. 1.78).

Динамика изменения общего количества организаций для детей также обусловлена строительством и введением в эксплуатацию новых организаций в рамках реализации национальных проектов «Молодежь и дети» и «Семья», государственной программы «Развитие образования». Каждой из вновь построенных и введенных в эксплуатацию образовательных организаций Роспотребнадзором выдано санитарно-эпидемиологическое заключение о соответствии требованиям санитарного законодательства. В 2025 г. построено и введено в эксплуатацию 494 организации, в том числе 206 дошкольных и 259 общеобразовательных. Наибольшее количество дошкольных и общеобразовательных организаций введено в эксплуатацию в городах Санкт-Петербург (62) и Москва (40), Московской области (41), Краснодарском крае (25) и Республике Дагестан (37). Организаций дополнительного образования в 2025 г. построено и введено в эксплуатацию 11 (в Брянской области и Республике Крым – по 3, Республике Коми – 2, г. Санкт-Петербурге, Удмуртской Республике и Забайкальском крае – по 1), организаций профессионального образования – 1 в Вологодской области, организаций отдыха детей и их оздоровления – 15 (11 – в Красноярском крае и по 2 организации в Республике Саха (Якутия) и Ярославской области).

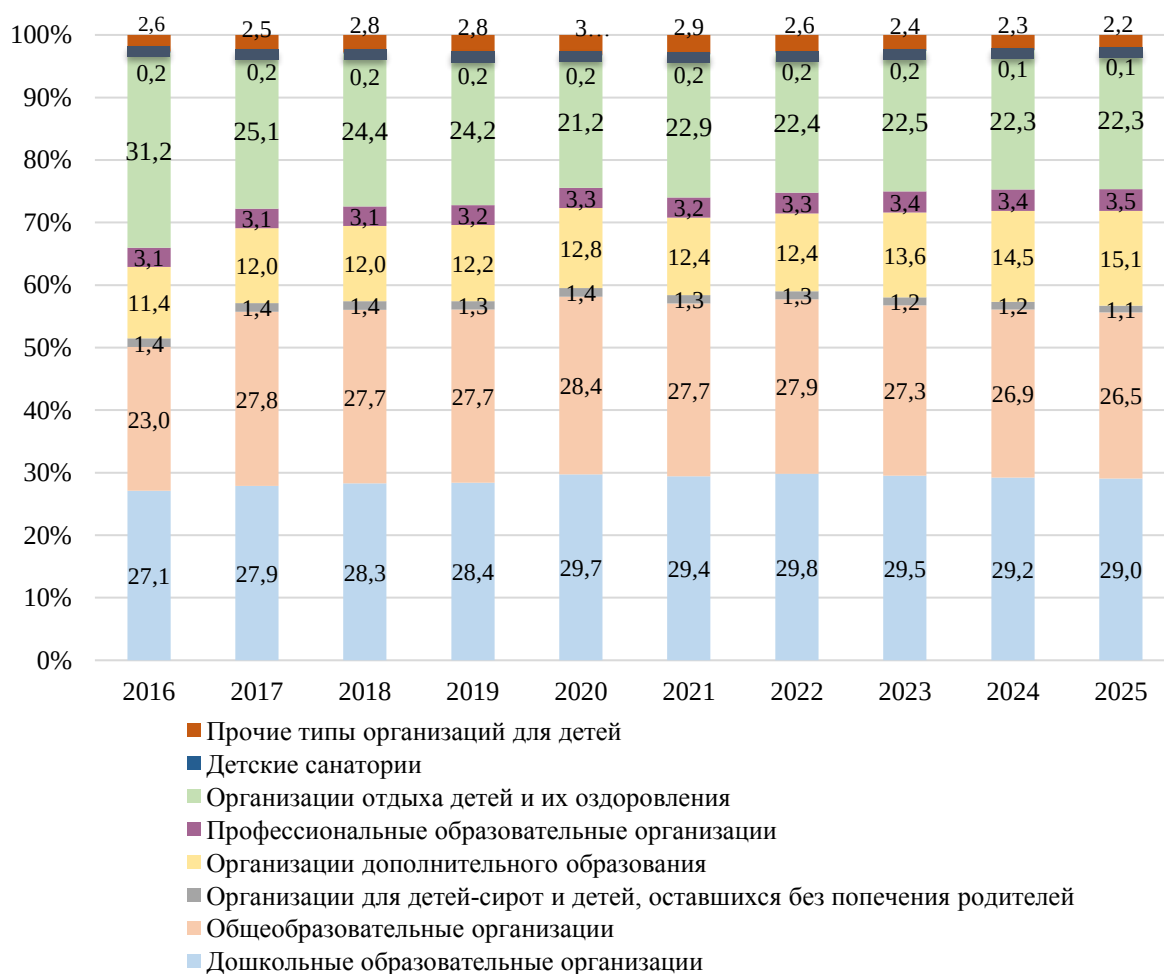


Рис. 1.78. Структура организаций для детей в Российской Федерации в 2016–2025 гг., %

В рамках реализации постановления Правительства Российской Федерации от 29.03.2019 № 363 «Государственная программа Российской Федерации «Доступная среда»» во вновь построенных и уже имеющихся организациях проводятся мероприятия по созданию условий для посещения детьми, имеющими ограничения в состоянии здоровья, и детьми-инвалидами.

В 2025 г. безбарьерная среда для детей с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью создана в более 50 % детских организаций, находящихся на государственном контроле (надзоре) территориальных органов Роспотребнадзора, в 49 регионах Российской Федерации.

По итогам 2025 г. условия по беспрепятственному доступу (безбарьерная среда) созданы в 54,6 % организаций, особые условия освоения образовательных программ – в 28,9 % организаций, особые условия организации питания и иные условия – в 13,1 % и 5,5 % организаций соответственно. За период 2020–2025 гг. отмечается положительная динамика данных показателей (рис. 1.79)⁵.

Менее 15 % организаций для детей оборудованы средствами беспрепятственного доступа в Еврейской автономной области (14,5 %), Кировской (12,4 %) и Магаданской (12,7 %) областях, Республике Северная Осетия – Алания (13,9 %).

Число детских организаций, посещаемых детьми с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью, в 2025 г. составило 88 141 объект (48,6 % от общего количества организаций для детей). За период 2020–2025 гг. число таких организаций увеличилось на 45,2 % (+30 826 объектов).

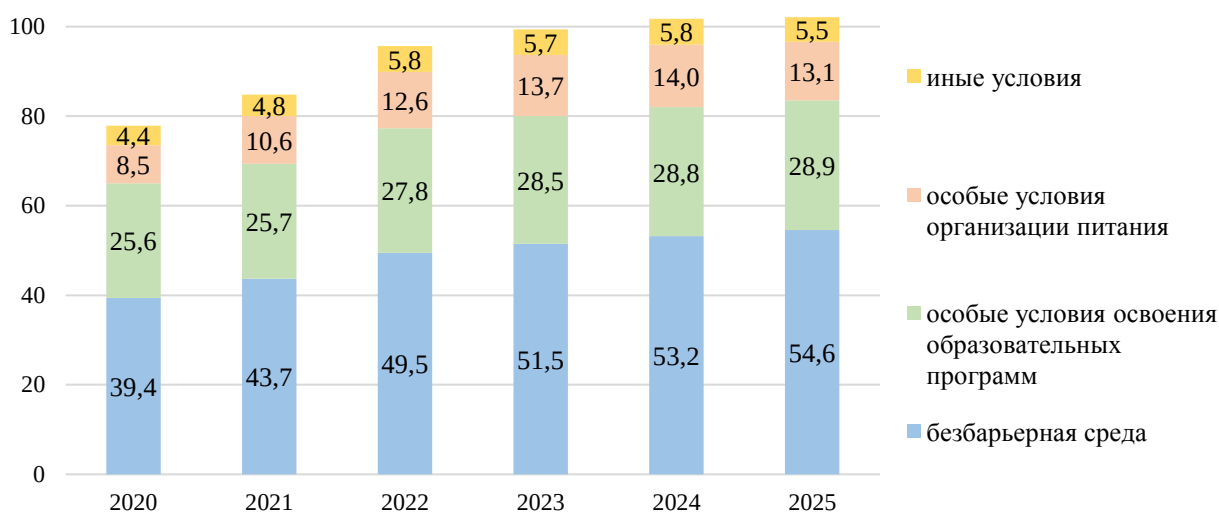


Рис. 1.79. Доля организаций для детей, в которых созданы условия для их посещения детьми-инвалидами и детьми, имеющими ограничения возможности здоровья, в Российской Федерации в 2020–2025 гг., %

В связи с созданием в организациях условий для их посещения детьми с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью за период 2020–2025 гг. увеличилась доля таких детей от общего количества детей, посещавших детские организации, с 3,4 % в 2020 г. до 4,3 % в 2025 г.

В ряде организаций, введенных в эксплуатацию ранее, сохраняется необходимость улучшения санитарно-технического состояния: обеспечение отдельных организаций централизованными системами водоотведения, водоснабжения и отопления, проведение ремонтных работ.

⁵ Учет показателя в формах статистической отчетности с 2020 года.

Проведение капитального ремонта осуществляется в рамках реализации программы капитального ремонта школ «Модернизация школьных систем образования» государственной программы «Развитие образования», которая предусматривает в том числе оснащение классов новой мебелью, оборудованием для занятий проектно-исследовательской деятельностью, а также оснащение спортивных залов спортивным инвентарем.

По итогам 2025 г. капитальный ремонт необходим 6556 организациям (3,6 % от общего количества организаций для детей), частичный – 18 142 организациям (10,0 %), косметический – 22 115 организациям (12,2 %). За период 2016–2025 гг. количество организаций для детей, нуждающихся в проведении косметического и частичного ремонта снизилось на 21,7 % и 11 % соответственно (2016 г. – 28 252 и 20 386 организаций), тогда как количество организаций для детей, которым требуется капитальный ремонт, увеличилось в 1,8 раза (2016 г. – 3698 организаций). В сравнении с 2024 годом наблюдается положительная динамика по указанным показателям – снижение на 3,4 %, 5,7 % и 5,1 %. В Российской Федерации удельный вес дошкольных организаций, нуждающихся в проведении капитального ремонта, составил 3,8 % от общего количества образовательных организаций этого типа (2016 г. – 2,8 %, 2024 г. – 3,9 %), общеобразовательных – 7,6 % (2016 г. – 4,2 %, 2024 г. – 8,1 %), организаций профессионального образования – 3,5 % (2016 г. – 1,9 %, 2024 г. – 3,4 %).

Количество организаций для детей, функционирующих без централизованного водоснабжения в 2025 г., составило 3294 организации (1,8 % от общего количества организаций для детей), водоотведения – 1224 организации (0,7 %), отопления – 2361 (1,3 %). Расположены такие организации преимущественно в населенных пунктах, не имеющих централизованных систем. За период 2016–2025 гг. количество организаций для детей, не имеющих централизованных систем водоснабжения, водоотведения и отопления снизилось на 36,6 %, 79 % и 8,3 % соответственно (2016 г. – 5196 организаций не имели централизованного водоснабжения, 5839 организаций – водоотведения, 2575 организаций – централизованного отопления). В сравнении с 2024 годом наблюдается положительная динамика по указанным показателям – снижение на 2,1 %, 15,9 % и 1,6 %.

Более 65 % детских организаций, не имеющих централизованной системы водоснабжения, работают на привозной воде (2319 организаций, 70,4 %; 2024 г. – 2251 организация, 66,8 %; 2016 г. – 3640 организаций, 70,1 %). По итогам 2025 года их наибольшее количество расположено в Забайкальском (591), Хабаровском (121) и Красноярском (102) краях, республиках Саха (Якутия) (467) и Калмыкия (173), Иркутской области (191). За период 2016–2025 гг. количество дошкольных организаций, работающих на привозной воде, сократилось в 2,2 раза (с 1117 до 511), общеобразовательных организаций – в 2,2 раза (с 1733 до 770).

Среди организаций, функционирующих без центрального отопления, использует печное отопление 97 организаций (4,1 %) в 20 субъектах Российской Федерации (в том числе дошкольных образовательных организаций 41 (11,9 %), общеобразовательных – 33 (6,0 %). Относительно 2020 года⁶ количество организаций для детей, использующих печное отопление сократилось в 3 раза (298 организаций, 12,8 % от общего количества организаций для детей, функционирующих без централизованного отопления, в 33 субъектах Российской Федерации). В сравнении с 2024 годом также наблюдается положительная динамика данного показателя – снижение в 1,3 раза (129 организаций, 5,4 %, в 26 субъектах Российской Федерации). По итогам 2025 г. наибольшее количество

⁶ Учет показателя в форме статистической отчетности с 2020 года

таких организаций в Тверской области (13), Республике Бурятия (12), Архангельской области (11), Красноярском (11) и Забайкальском (10) краях.

Создание условий для проведения занятий по физической культуре и реализации физической активности посещающих образовательные организации детей является значимым компонентом в системе мероприятий сохранения и укрепления их здоровья. Оборудованную спортивную зону на территории имеют 81,7 % дошкольных образовательных организаций и 92,1 % общеобразовательных организаций, спортивный зал – 82,8 % и 91,2 %, бассейны – 7,8 % и 2,7 % соответственно. За период 2020–2025 гг. увеличился удельный вес дошкольных организаций, имеющих спортивный зал, на 14,5 %, спортивные зоны на территории – на 8,7 % (рис. 1.80); общеобразовательных организаций – на 4,7 % и 6,4 % соответственно (рис. 1.81).

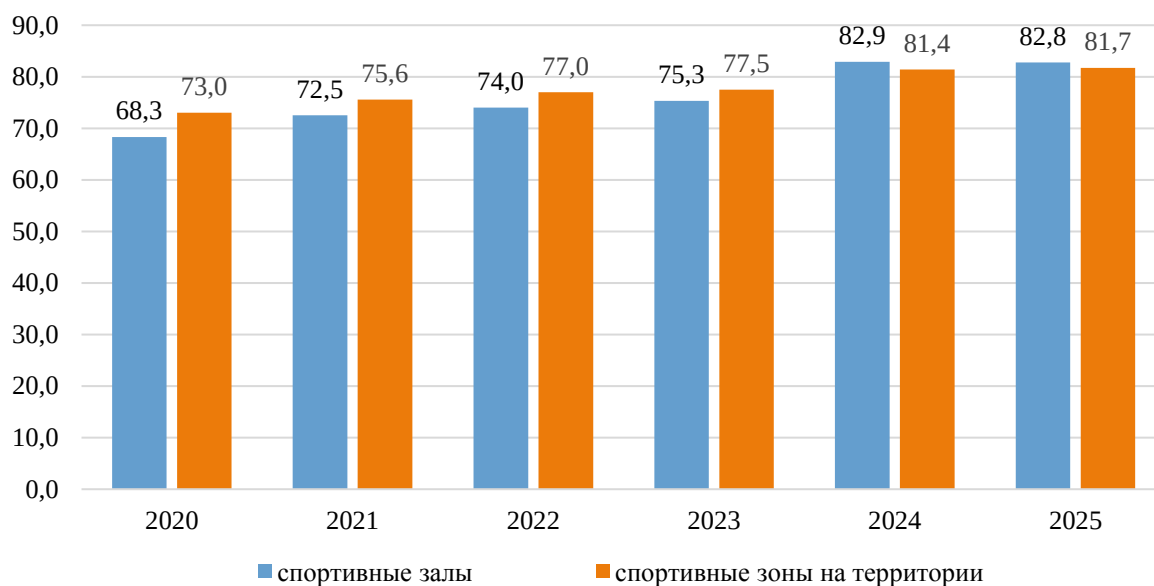


Рис. 1.80. Доля дошкольных образовательных организаций, имеющих спортивные залы и спортивные зоны, в Российской Федерации в 2020–2025 гг., %

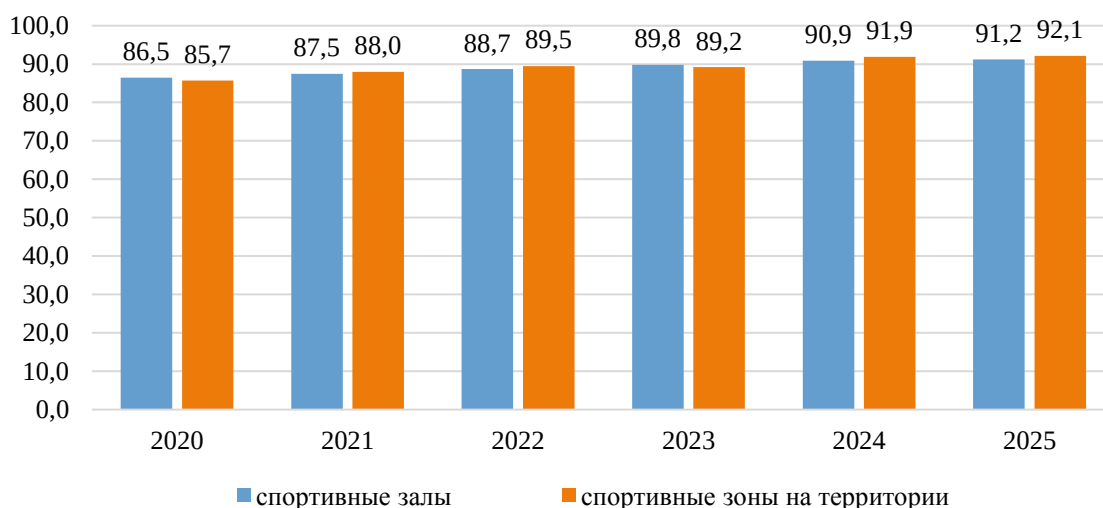


Рис. 1.81. Доля общеобразовательных организаций, имеющих спортивные залы и спортивные зоны, в Российской Федерации в 2020–2025 гг., %

Более 90 % дошкольных образовательных и общеобразовательных организаций имеют спортивный зал и оборудованную на территории спортивную зону в 19 субъектах

в 2,6 раза, 2018 г. – 35,3 %) и Рязанской (снижение в 2,4 раза, 2018 г. – 34,5 %) областях, Кабардино-Балкарской Республике (снижение в 1,3 раза, 2018 г. – 36,9 %), республиках Северная Осетия – Алания (снижение в 1,4 раза, 2018 г. – 39,2 %) и Крым (снижение в 1,4 раза, 2018 г. – 30,9 %), отрицательная динамика – в Республике Дагестан (увеличение в 2,2 раза, 2018 г. – 25,5 %), Карачаево-Черкесской Республике (увеличение в 1,1 раза, 2018 г. – 14,9 %), Республика Саха (Якутия) (увеличение в 1,1 раза, 2018 г. – 13,8 %).

В 2025 г. в переуплотненном режиме работали 3526 общеобразовательных организаций (7,3 % от общего количества образовательных организаций этого типа). За период 2018–2025 гг. отмечается положительная динамика данного показателя (2024 г. – 3734 организации, 7,7 %; 2018 г. – 5162 организации, 10,4 %)⁹. Более чем в 2 раза среднероссийский показатель превышен в республиках Дагестан (43,6 %) и Тыва (15,5 %), Сахалинской (29,3 %), Московской (20,9 %), Астраханской (18,8 %), Пензенской (15,9 %), Ростовской (15,6 %), Костромской (15,1 %) областях, Ямало-Ненецком автономном округе (27,7 %), Карачаево-Черкесской (20,3 %) и Кабардино-Балкарской (15,4 %) областях, Хабаровском (19,5 %) и Краснодарском (16,7 %) краях. За период 2018–2025 гг. положительная динамика по данному показателю наблюдается в Московской области (снижение в 1,6 раза, 2018 г. – 32,9 %), Ямало-Ненецком автономном округе (снижение в 1,3 раза, 2018 г. – 36,6 %), Кабардино-Балкарской Республике (снижение в 1,1 раза, 2018 г. – 17,3 %), Астраханской области (снижение в 1,1 раза, 2018 г. – 19,8 %), отрицательная динамика – в Пензенской области (увеличение в 3,4 раза, 2018 г. – 4,6 %), Карачаево-Черкесской Республике (увеличение в 3,1 раза, 2018 г. – 6,6 %), республиках Дагестан (увеличение в 1,9 раза, 2018 г. – 23,5 %) и Тыва (увеличение в 1,3 раза, 2018 г. – 12,1 %), Хабаровском крае (увеличение в 1,2 раза, 2018 г. – 16,5 %), Сахалинской области (увеличение в 1,1 раза, 2018 г. – 26,5 %), отсутствие динамики – в Краснодарском крае (2018 г. – 16 %), Ростовской области (2018 г. – 15 %).

В 2025 г. работало в односменном режиме 39 166 общеобразовательных организаций (81,4 % от общего количества организаций данного типа), функционировали в две смены – 8956 (18,6 %) общеобразовательных организаций. Более чем в 2 раза среднероссийский показатель был превышен в Чеченской Республике (58 %), Республике Тыва (49,7 %), Ханты-Мансийском автономном округе (43,4 %), Республике Дагестан (41,9 %), Свердловской области (37,8 %). Относительно 2016 года и 2024 года удельный вес общеобразовательных организаций, работающих в две смены снизился (2016 г. – 8539 организаций, 20,3 %; 2024 г. – 9285 организаций, 19,2 %).

В период 2016–2025 гг. удельный вес общеобразовательных организаций, работающих в одну смену, увеличивался, а работающих в две смены – сокращался (рис. 1.83).

⁹ Учет показателя в формах статистической отчетности с 2018 года.

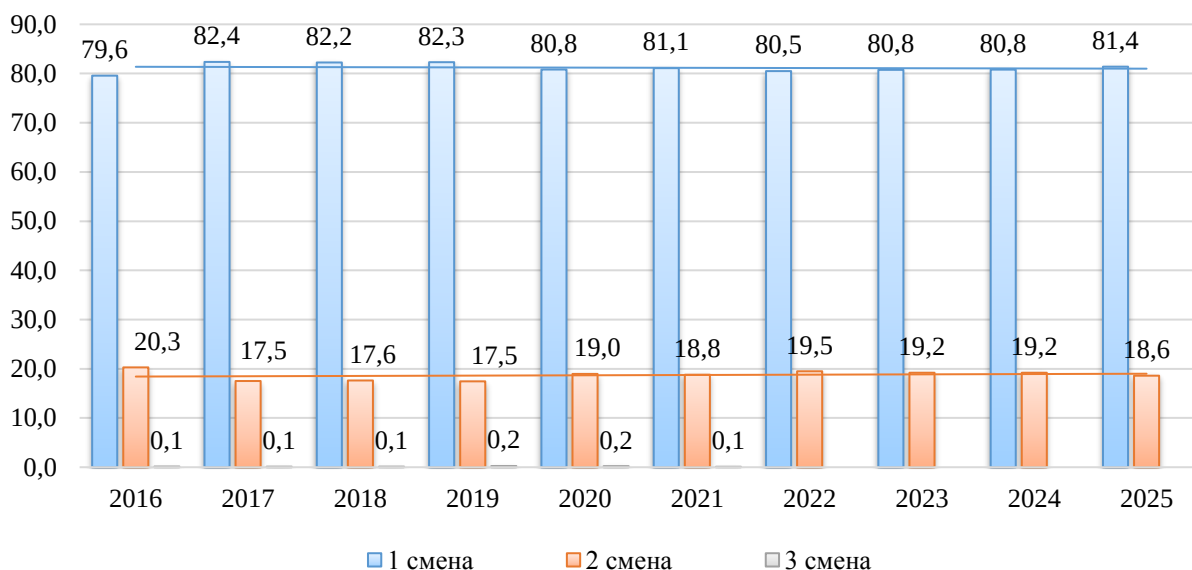


Рис. 1.83. Доля общеобразовательных организаций в Российской Федерации в 2016–2025 гг. в зависимости от режима работы, %

С 2022 г. в Российской Федерации отсутствуют общеобразовательные организации, работающие в три смены.

В 2021 г. в Российской Федерации в трехсменном режиме работали 68 общеобразовательных организаций (33 – в Республике Дагестан, 25 – в Чеченской Республике, 6 – в Республике Бурятия, 4 – в Республике Тыва). Исключение третьей смены и перевод этих организаций на односменный и двухсменный режим привел их к работе в переуплотненном режиме. Так, например, в Республике Дагестан в 2021 году удельный вес организаций, работающих в переуплотненном режиме, составлял 26,6 %, в период 2022–2025 гг. данный показатель увеличился более чем в 1,6 раз (2022 г. – 47,5 %, 2023 г. – 47,8 %, 2024 г. – 43,7 %, 2025 г. – 43,6 %).

В 2025 г. по 5-дневной учебной неделе организовано обучение в 37 405 общеобразовательных организациях (77,7 % от общего количества общеобразовательных организаций в Российской Федерации), по 6-дневной учебной неделе – в 10 717 организациях (22,3 %). За период 2021–2025 гг. отмечается тенденция к росту количества и удельного веса общеобразовательных организаций, работающих по 5-дневной рабочей неделе (2024 г. – 36 351 организация, 75,2 %, 2021 г. – 30 217 организаций, 62,0 %) и сокращению удельного веса общеобразовательных организаций, работающих по 6-дневной рабочей неделе (2024 г. – 12 015 организаций, 24,8 %, 2021 г. – 18 485 организаций, 38,0 %)¹⁰.

В рамках контрольных (надзорных) и профилактических мероприятий в общеобразовательных организациях проводилась оценка соблюдения санитарных требований к образовательному процессу. Удельный вес общеобразовательных организаций, в которых выявлялись нарушения требований, увеличился (2025 г. – 17,5 %, 2024 г. – 14,1 %, 2023 г. – 14,2 %; 2022 г. – 14,5 %)¹¹. В структуре выявленных нарушений наибольший удельный вес имели: составление расписания без учета дневной (24,1 %) и недельной (43,3 %) динамики умственной работоспособности, превышение дневной (20,5 %) и недельной (14,3 %) образовательной нагрузки, наличие

¹⁰ Учет показателя в формах статистической отчетности с 2021 года.

¹¹ Учет показателя в формах статистической отчетности с 2022 года.

перемен между уроками менее 10 минут (9,6 %), продолжительность между учебными занятиями и занятиями в рамках внеурочной деятельности менее 20 минут (9,2 %).

Под особым вниманием Роспотребнадзора находится контроль за соблюдением санитарных требований в организациях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Не обеспечены централизованными системами водоснабжения и отопления 6 и 7 организаций соответственно (менее 0,4 % организаций данного типа). В проведении капитального ремонта нуждаются 43 организации (2,1 % от общего количества организаций для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей) в 15 субъектах Российской Федерации. Наибольшее количество таких организаций в Волгоградской (14) и Томской (7) областях, Красноярском крае (4). В организациях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, созданы условия для оказания образовательных, медицинских и социальных услуг. В переуплотненном режиме работали 2 организации в Республике Дагестан.

Рациональная организация питания детей, отвечающая принципам здорового питания, является значимым фактором формирования у детей культуры питания, здоровых пищевых привычек, стереотипов пищевого поведения, профилактики нарушений роста и развития, алиментарно-обусловленной заболеваемости.

В 2025 г. горячим организованным питанием было охвачено более 16 млн обучающихся общеобразовательных организаций (91,4 % от всех школьников). В Брянской области, Чукотском и Ямало-Ненецком автономных округах, республиках Алтай и Бурятия достигнут 100 % охват организованным горячим питанием всех обучающихся общеобразовательных организаций. Выше 95 % отмечался показатель охвата обучающихся общеобразовательных организаций горячим питанием в 29 субъектах Российской Федерации: Белгородской, Ивановской, Воронежской, Курской, Костромской, Липецкой, Вологодской, Ленинградской, Мурманской, Новгородской, Оренбургской, Пензенской, Свердловской, Тюменской, Новосибирской и Томской областях, городах Москве и Санкт-Петербурге, республиках Башкортостан, Мордовия, Татарстан, Хакасия, Саха (Якутия), Удмуртской и Чувашской республиках, Краснодарском, Пермском и Алтайском краях, Ханты-Мансийском автономном округе. Низкие показатели охвата отмечались в республиках Калмыкия (61 %), Дагестан (44,6 %) и Ингушетия (44,7 %), Карачаево-Черкесской (61 %) и Кабардино-Балкарской (57,8 %) республиках.

За последние 10 лет в целом по Российской Федерации охват обучающихся всех возрастных групп горячим организованным питанием имел положительную динамику, в 2025 году он составил 91,5 %. В 2025 г. охват горячим питанием обучающихся 1–4-х классов в Российской Федерации достиг 100 % уровня, обучающихся 5–11-х классов – 85,9 %. Из числа организовано питающихся, горячие завтраки в 2025 г. получали 51,6 % детей, обеды – 23,8 % обучающихся, двухразовое горячее питание (завтрак и обед) – 24,6 % детей (рис. 1.84).

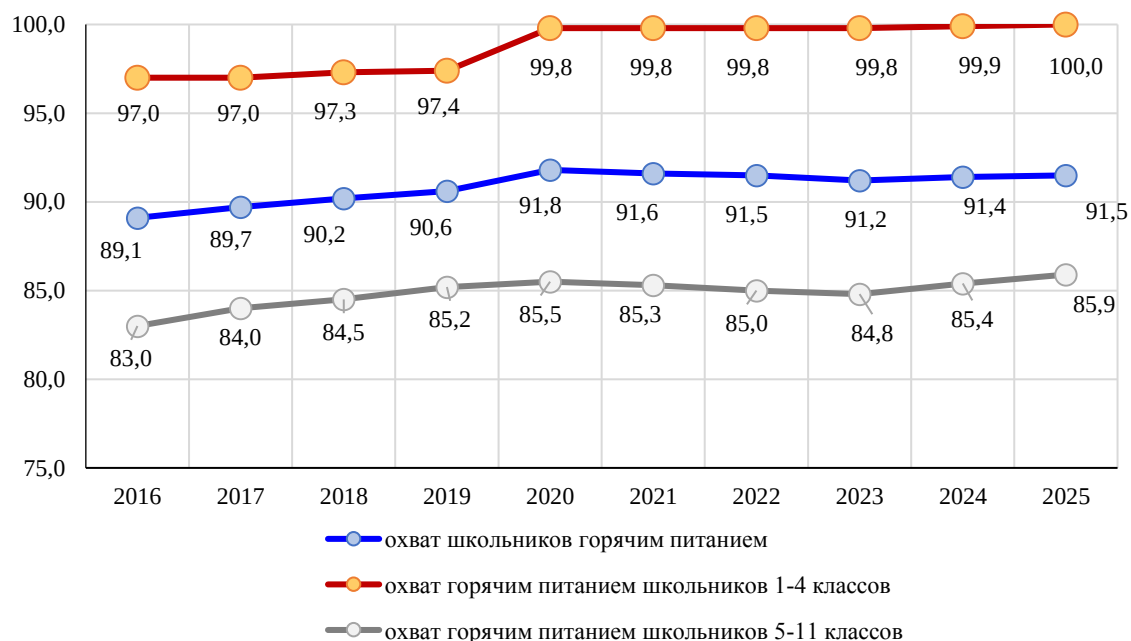


Рис. 1.84. Средний показатель охвата горячим питанием обучающихся общеобразовательных организаций в Российской Федерации в 2016–2025 гг., %

Менее половины обучающихся 5–11 классов было охвачено в 2025 г. горячим питанием Орловской области (48,5 %), республиках Крым (49,2 %), Северная Осетия – Алания (37,1 %) Калмыкия (35,9 %), Дагестан (8,9 %), Ингушетия (5,8 %), Кабардино-Балкарской (23,0 %) и Карачаево-Черкесской (33,6 %) республиках (рис. 1.85).

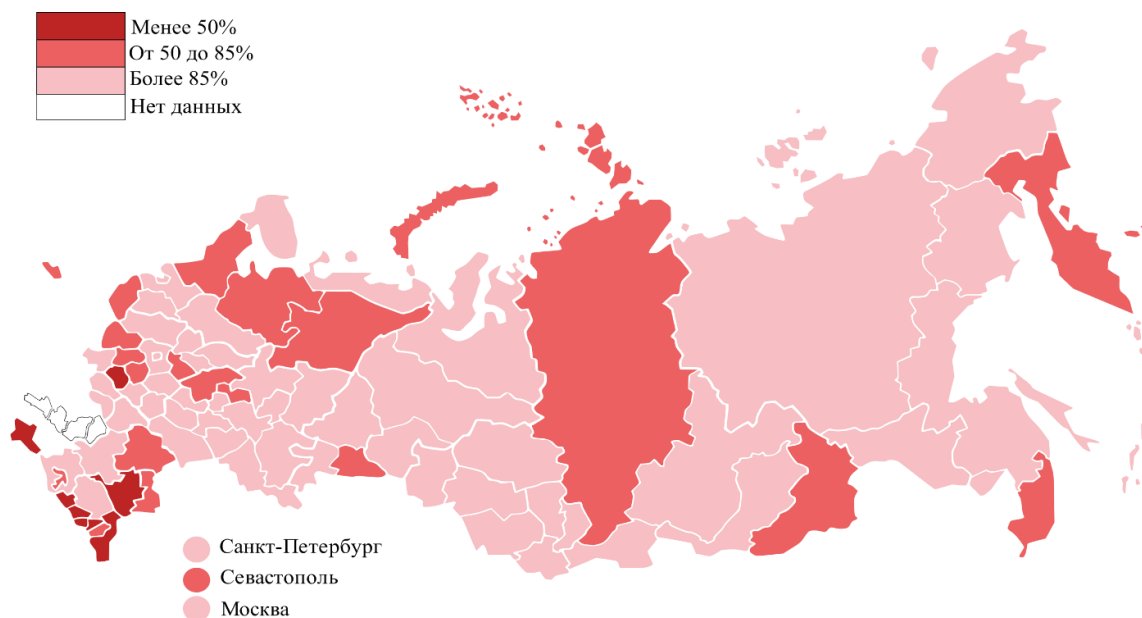


Рис. 1.85. Распределение по субъектам Российской Федерации по показателю охвата обучающихся 5–11 классов организованным горячим питанием в 2025 г., %.

Во исполнение поручений Президента Российской Федерации и Правительства Российской Федерации комплексно решались вопросы организации горячего питания школьников начальных классов, нуждающихся в лечебном и (или) диетическом питании. Горячим питанием обеспечено 89 % школьников начальных классов, нуждающихся в

лечебном и (или) диетическом питании, для 11 % детей данной категории в школах созданы условия для приема пищи, принесенной из дома. В республиках Тыва, Дагестан, Адыгея, Московской и Орловской областях среди данного контингента детей ни один из школьников, нуждающихся в индивидуализированном питании, не охвачен организованным питанием. В данных субъектах Российской Федерации общеобразовательные организации ограничились созданием условий в столовых для приема детьми пищи, принесенной ими из дома.

В 2024–2025 учебном году контролем по вопросам организации горячего питания было охвачено 44 337 школ (98,3 %). Нарушения санитарного законодательства и законодательства в сфере технического регулирования в вопросах организации питания выявлены в 69,7 % проверенных школ. Планомерная работа Роспотребнадзора по контролю за организацией питания в общеобразовательных организациях позволила за последние 3 года добиться сокращения выявляемых при контроле нарушений по ведению документации пищеблоков, по содержанию сопроводительной документации на поступающие пищевые продукты и полуфабрикаты, по качественным характеристикам конкурсной документации в отношении отдельных пищевых продуктов, к условиям транспортировки пищевых продуктов, к объемам выдаваемых порций, к технологии приготовления блюд.

По итогам 2024–2025 учебного года в сравнении с 2023–2024 учебным годом отмечается снижение выявления на пищеблоках общеобразовательных организаций нарушений:

- поточности технологических процессов на 50 %;
- неисправной работы системы вентиляции – на 68 %;
- недостаточности технологического оборудования – на 82,4 %;
- необходимости проведения капитальных ремонтов – на 23,6 %.

Системная работа Роспотребнадзора по взаимодействию с органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации и родительским сообществом позволили не только достигнуть 100 % охвата организованным питанием обучающихся 1–4-х классов, но реализовать в предлагаемых школьникам меню принципы здорового питания.

При контроле Роспотребнадзором за содержанием меню, в 2024–2025 учебном году продолжали выявляться:

- замена обедов завтраками в 51 общеобразовательной организации (Республика Дагестан – 34, Чукотский автономный округ – 5, Костромская, Оренбургская области, Республика Хакасия, Алтайский, Хабаровский края – по 2, Новгородская область, Ямало-Ненецкий автономный округ – по 1 школе);
- включение в меню колбасных изделий в 100 общеобразовательных организациях (Республика Дагестан – 46, Республика Саха (Якутия) – 13, Республика Карелия – 17, Архангельская область – 8, Новгородская область – 5, Псковская область – 3, Ростовская, Курганская, Иркутская области – по 2, Хабаровский край, Ханты-Мансийский автономный округ – по 1);
- отсутствие в меню свежих овощей в 49 школах (Республика Дагестан – 21, Республика Саха (Якутия) – 15, Республика Бурятия – 9, Курганская область – 4);
- отсутствие технологических карт в 753 общеобразовательных организациях, в том числе в Республике Дагестан – в 413 организациях, в Саратовской области – в 44 организациях, в Кабардино-Балкарской Республике в 43 организациях.

Мероприятия родительского контроля в 2024–2025 учебном году в количественном отношении в сравнении с предыдущими годами имели тенденцию к росту (рис. 1.86). В 2024–2025 учебном году данными мероприятиями были охвачены 40 864 общеобразовательные организации, в том числе в 34 085 организациях они проводились с оценкой несъедаемости (81,2 %).



Рис. 1.86. Динамика количества общеобразовательных организаций, в которых проводился родительский контроль, в том числе с оценкой несъедаемости, в Российской Федерации в учебные периоды с 2020–2021 гг. по 2024–2025 гг.

В результате комплексной планомерной работы Роспотребнадзора, региональных органов управления образованием и родительского сообщества за пятилетний период количество обращений в Роспотребнадзор по вопросам организации питания в общеобразовательных организациях сократилось в 1,5 раза, в том числе подтвержденных обращений – в 2,2 раза (рис. 1.87).

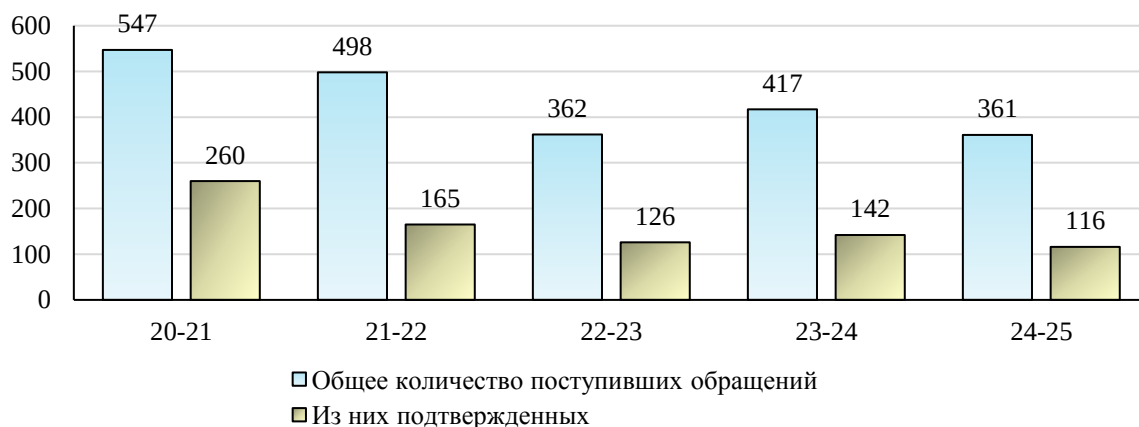
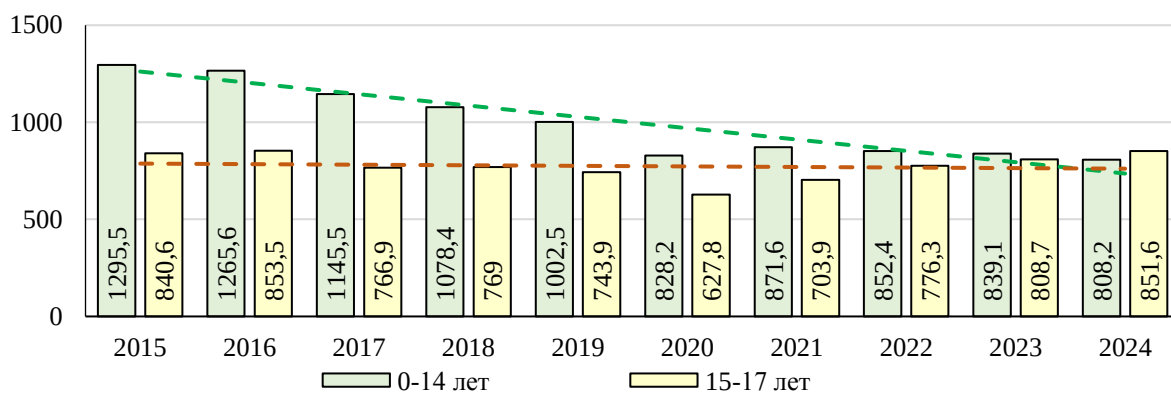


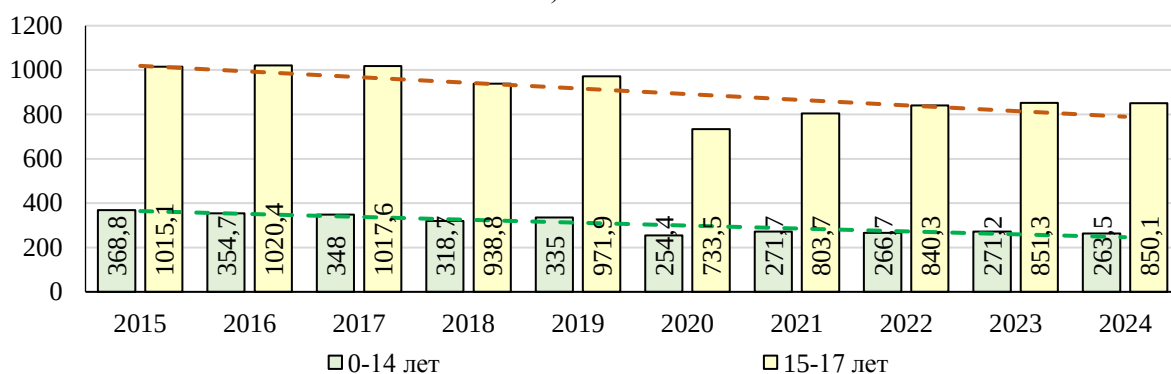
Рис. 1.87. Динамика количества жалоб на организацию питания, поступающих в Роспотребнадзор, в Российской Федерации в учебные периоды с 2020–2021 гг. по 2024–2025 гг.

Специалистами Роспотребнадзора проводятся обучающие мероприятия для различных контингентов населения, в том числе детей дошкольного и школьного возраста по вопросам здорового питания. В 2025 году проведено 74 637 мероприятий с использованием обучающих (просветительских) программ по вопросам здорового питания для 2 669 605 детей и подростков, посещающих дошкольные и общеобразовательные организации.

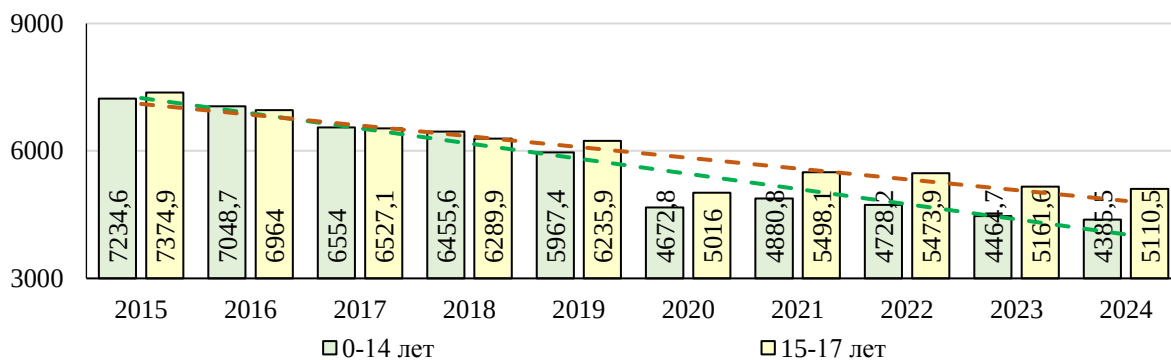
Многолетняя системная межведомственная работа по популяризации и повышению доступности и охвата школьным питанием обучающихся – одна из технологий, позволивших обеспечить снижение первичной заболеваемости детей анемиями, болезнями щитовидной железы, заболеваниями органов пищеварения, гастритам и дуоденитам (рис. 1.88).



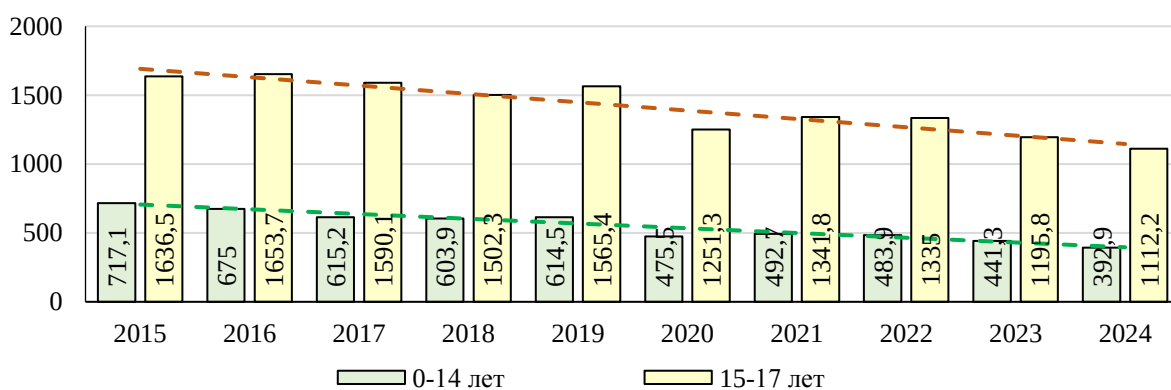
А) Анемии



Б) Болезни щитовидной железы



В) Болезни органов пищеварения

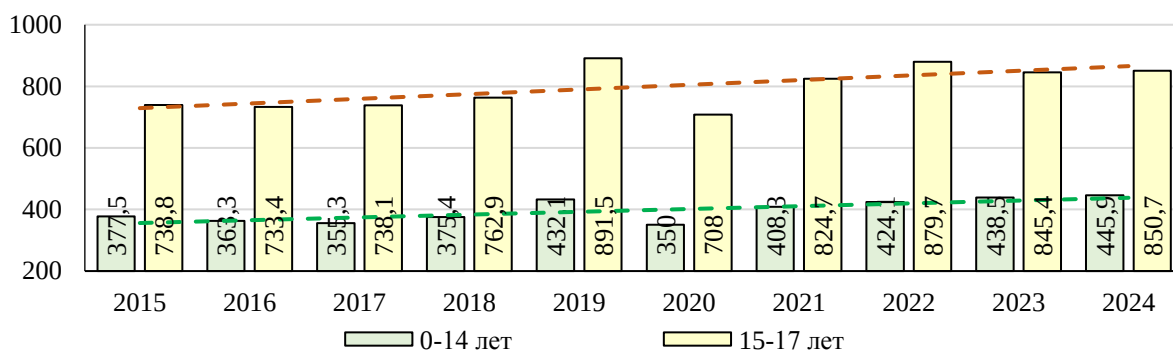


Г) Гастриты и дуодениты

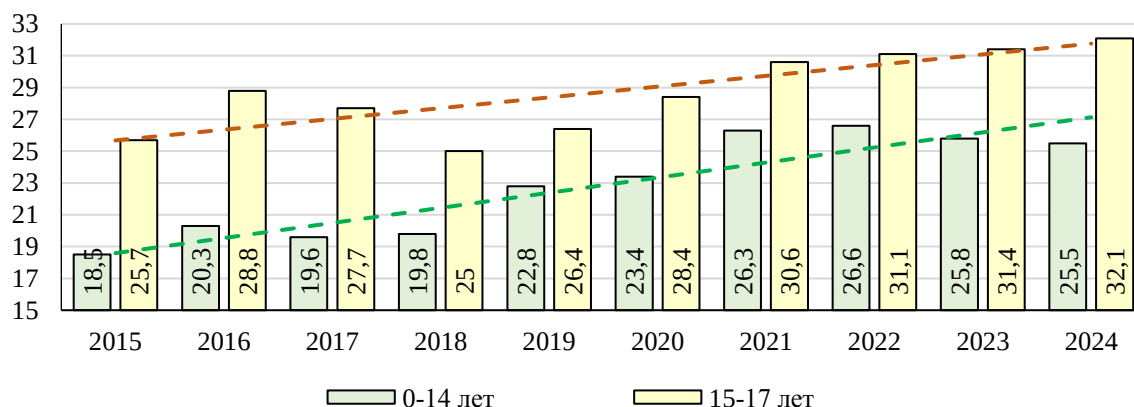
Рис. 1.88. Динамика первичной заболеваемости (по обращаемости за медицинской помощью) в возрастных группах 0–14 лет и 15–17 лет по заболеваниям, имеющим тенденцию к снижению (на 100 тыс. населения), в Российской Федерации, 2015–2024 гг.

Наряду с наметившейся тенденцией к снижению уровня первичной заболеваемости по подавляющему большинству групп болезней за анализируемый период (2015–2024 гг.), по отдельным из них, в том числе этиологически связанным с питанием, отмечалась тенденция к росту, в том числе:

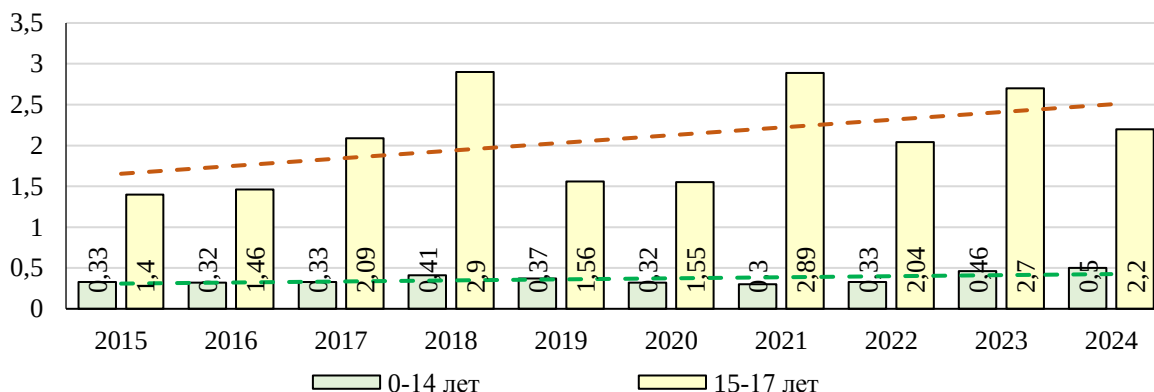
- в группе 0–14 лет – по сахарному диабету первого типа (+5,2 % в год) и ожирению (+2,6 % в год);
- в группе 15–17 лет – по сахарному диабету первого типа (+2,7 % в год), сахарному диабету второго типа (+5,6 % в год), ожирению (+2,1 % в год) (рис. 1.89).



А) Ожирение



Б) Сахарный диабет I типа



В) Сахарный диабет II типа

Рис. 1.89. Динамика первичной заболеваемости (по обращаемости за медицинской помощью) в возрастных группах 0–14 лет и 15–17 лет по заболеваниям, имеющим тенденцию к росту (ожирение, сахарный диабет первого и второго типов) на 100 тыс. населения, в Российской Федерации в 2015–2024 гг.

Оценка региональных особенностей заболеваемости детей и подростков ожирением и сахарным диабетом свидетельствовала о большей степени выраженности проблемы ожирения в Ненецком и Чукотском автономных округах, Оренбургской, Курганской, Рязанской, Ленинградской и Магаданской областях, Республике Тыва; проблемы сахарного диабета – в Республике Карелия, г. Санкт-Петербурге, Томской, Вологодской, Костромской, Калужской и Орловской областях, Карачаево-Черкесской Республике.

Субъекты Российской Федерации, в которых по возрастным группам 0–14 лет и 15–17 лет в 2024 г. отмечались наиболее высокие показатели первичной заболеваемости по болезням, связанным с пищевым фактором (ожирение, сахарный диабет первого типа, анемии, болезни щитовидной железы, болезни органов пищеварения) представлены в табл. 1.24.

В 2025 году в рамках реализации федерального проекта «Здоровье для каждого» национального проекта «Продолжительная и активная жизнь» проведена работа по мониторингу питания детей, подростков и молодежи с использованием данных анкетирования обучающихся общеобразовательных организаций, организаций среднего профессионального и высшего образования.

Таблица 1.24

Субъекты Российской Федерации, в которых по возрастным группам населения 0–14 лет и 15–17 лет отмечались наиболее высокие показатели первичной заболеваемости (по обращаемости за медицинской помощью) в 2024 г. по болезням, связанным с пищевым фактором^{12,13}

РАНГ	Дети		Подростки		РАНГ
	Территория	на 100 тыс. нас.	Территория	на 100 тыс. нас.	
1	2	3	4	5	6
Ожирение					
	<i>Российская Федерация</i>	445,9	<i>Российская Федерация</i>	850,7	
1	Ненецкий АО	1591,0	Республика Тыва	1868,8	1
2	Чукотский АО	1068,5	Ленинградская область	1837,6	2
3	Оренбургская область	1057,9	Магаданская область	1747,0	3
4	Курганская область	1007,1	Курганская область	1714,3	4
5	Рязанская область	985,8	Рязанская область	1636,8	5
Сахарный диабет первого типа					
	<i>Российская Федерация</i>	25,5	<i>Российская Федерация</i>	32,1	
1	Республика Карелия	69,8	Карачаево-Черкесская Республика	156,8	1
2	г. Санкт-Петербург	41,8	Республика Карелия	136,9	2
3	Костромская область	41,2	Калужская область	90,5	3

¹² Заболеваемость детского населения России (0–14 лет) в 2024 году с диагнозом, установленным впервые в жизни: статистические материалы/ И.А.Деев, О.С.Кобякова, В.И.Стародубов, Г.А.Александрова, Н.А.Голубев, Ю.И.Оськов, А.В.Поликарпов, Е.А.Шелепова и др. М.: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, 2025. 226 с.

¹³ Заболеваемость детского населения России (15–17 лет) в 2024 году с диагнозом, установленным впервые в жизни: статистические материалы / И.А.Деев, О.С.Кобякова, В.И.Стародубов, Г.А.Александрова, Н.А.Голубев, Ю.И.Оськов, А.В.Поликарпов, Е.А.Шелепова и др. М.: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, 2025. 234 с.

Продолжение табл. 1.24

1	2	3	4	5	6
4	Калужская область	39,9	Орловская область	81,7	4
5	Вологодская область	38,9	г. Санкт-Петербург	77,2	5
Анемии					
	Российская Федерация	808,2	Российская Федерация	861,6	
1	Республика Дагестан	4609,8	Республика Дагестан	3867,6	1
2	Республика Татарстан	1668,7	Республика Саха (Якутия)	2779,4	2
3	Республика Алтай	1585,5	Ямало-Ненецкий АО	2282,3	3
4	Республика Башкортостан	1474,1	Чукотский АО	2188,0	4
5	Чеченская Республика	1359,1	Архангельская область	1916,7	5
Болезни щитовидной железы					
	Российская Федерация	263,5	Российская Федерация	850,1	
1	Республика Дагестан	1014,3	Республика Тыва	5102,4	1
2	Республика Тыва	920,2	Курганская область	2782,1	2
3	Томская область	742,0	Республика Дагестан	2321,9	3
4	Курганская область	694,4	Иркутская область	2087,9	4
5	Иркутская обл.	648,4	Амурская область	1871,5	5
Болезни органов пищеварения					
	Российская Федерация	4385,5	Российская Федерация	5110,5	
1	Архангельская область	13737,3	Томская область	18550,2	1
2	Ненецкий АО	12485,6	Пензенская область	12737,4	2
3	Томская область	9913,9	Архангельская область	11311,0	3
4	Чукотский АО	9901,3	Свердловская область	10700,4	4
5	Республика Дагестан	9535,8	Ленинградская область	10613,0	5

Суммарно анкетированием было охвачено 27 112 респондентов из 16 пилотных субъектов Российской Федерации, в том числе 16 907 обучающихся общеобразовательных организаций, 4800 обучающихся организаций среднего профессионального образования, 5405 студентов организаций высшего профессионального образования.

В целом по респондентам, принявшим участие в интервьюировании, распространенность ожирения среди школьников 7 и 10 классов составила – 4,8 %, среди обучающихся в организациях среднего профессионального образования – 8,0 %, у студентов организаций высшего профессионального образования – 4,3 %. Дефицит массы тела у школьников составил 3,1 %, у обучающихся в организациях среднего профессионального образования – 2,4 %, у студентов организаций высшего профессионального образования – 3,1 % (рис. 1.90).

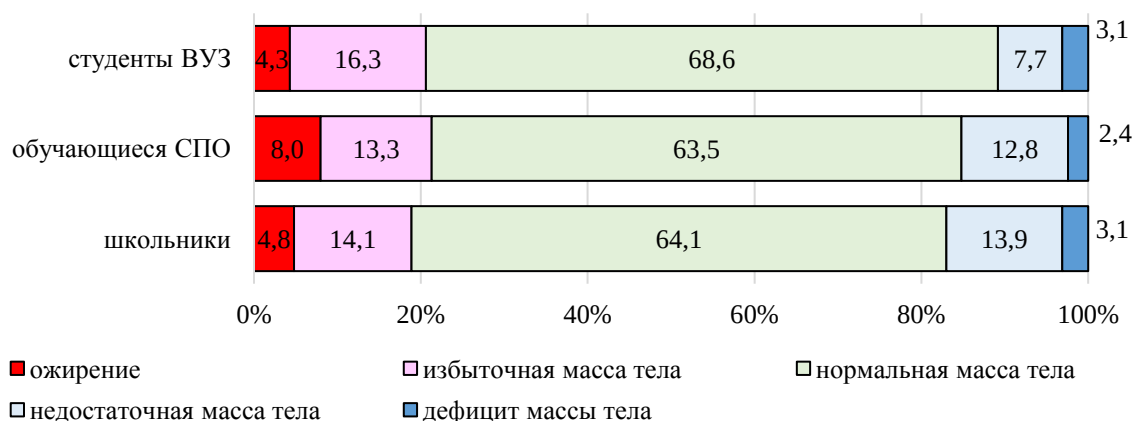


Рис. 1.90. Распределение респондентов, принявших участие в мониторинге питания в рамках федерального проекта «Здоровье для каждого», по группам с дефицитом массы тела, недостаточной массой тела, нормальной массой тела, избыточной массой тела и ожирением, 2025 г., %

Итоговые значения выраженности факторов риска формирования у респондентов отклонений от нормальной массы тела, выраженные в баллах, оцененные в ходе интервьюирования респондентов по 76 показателям позволили выявить региональные особенности рисков: по группе «школьники 7 и 10 классов» к территориям риска отнесены Республика Северная Осетия – Алания, Приморский край, Кировская область; по группе «обучающиеся в учреждениях среднего профессионального образования» – Свердловская и Мурманская области, Приморский и Камчатский края; по группе «студенты организаций высшего профессионального образования» – Мурманская и Воронежская области, Камчатский край.

Результаты работы подтвердили информативность разработанной и реализованной в соответствии с МР 2.3.0370–25 «Организация исследований по оценке фактического питания обучающихся» программы исследования, результативность использования подготовленных аналитических инструментов обработки данных, а также актуальность исследований по оценке фактического питания и необходимости использования полученных результатов в организации работы по формированию приверженности здоровому образу жизни и здоровому питанию, повышению доступности продуктов источников полноценного белка, полиненасыщенных жирных кислот, витаминов, минеральных веществ и клетчатки, улучшению структуры и качества питания населения, снижающих риски формирования избыточной массы тела и ожирения, недостаточной массы тела и дефицита массы тела, а также предопределяемой данными состояниями коморбидной патологии.

Территориальными органами Роспотребнадзора при проведении контрольных (надзорных) и профилактических мероприятий в организациях для детей осуществлялся лабораторно-инструментальный контроль за качеством воды, пищевого сырья и готовых блюд, параметрами микроклимата, освещенности, шума, электромагнитного излучения, а также соответствия мебели росту-возрастным особенностям детей.

По сравнению с 2016 в 2025 г. количество проб воды исследованных по санитарно-химическим и микробиологическим показателям увеличилось в 1,6 раз и составило 145 811 проб по санитарно-химическим и 226 195 проб по микробиологическим показателям соответственно. Удельный вес проб воды, не соответствующих гигиеническим нормативам по санитарно-химическим показателям снизился с 8,3 % в 2016 г. до 5,8 % в 2025 г., по микробиологическим – с 3,2 % в 2016 г. до 2,8 % в 2025 г. (рис. 1.91).

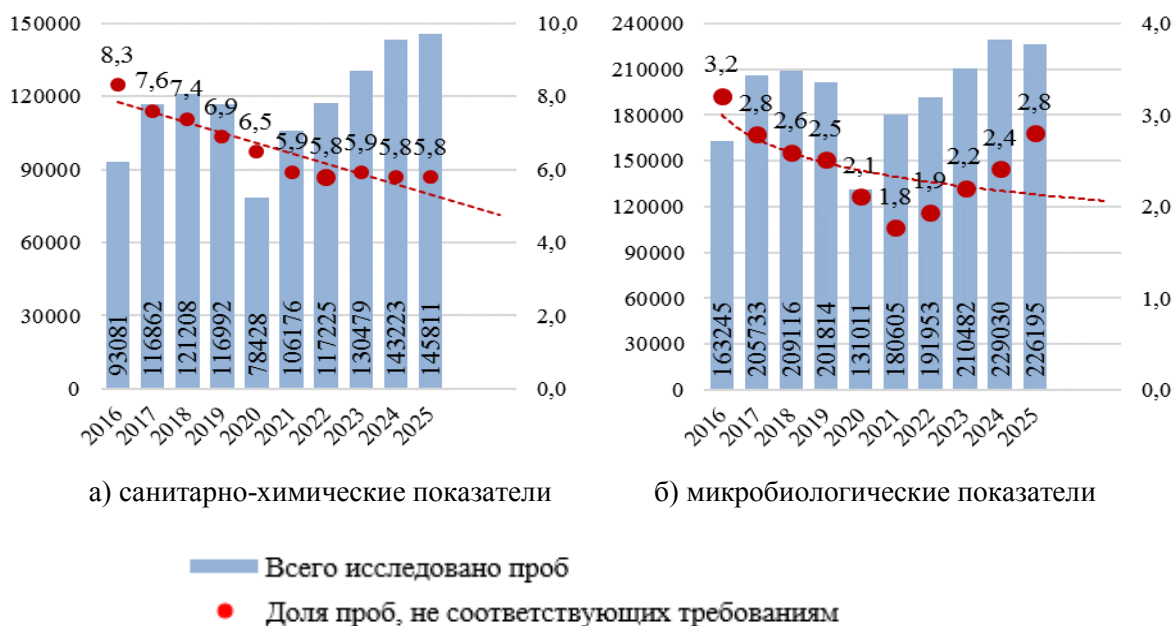


Рис. 1.91. Количество проб питьевой воды, отобранных в организациях для детей, и удельный вес проб, не соответствующих нормативным требованиям, в Российской Федерации, в 2016–2025 гг., %

В 40 субъектах Российской Федерации удельный вес проб воды, отобранных в организациях для детей, не соответствующих требованиям по санитарно-химическим показателям, превышает значение среднего показателя по Российской Федерации (5,8 %), в том числе в республиках Калмыкия (39,0 %), Карелия (36,0 %) и Мордовия (28,4 %), Томской (31,6 %), Архангельской (29,8 %), Владимирской (23,5 %) и Новгородской (20,7 %) областях, Ненецком (27,9 %) и Чукотском (26,6 %) автономных округах. Не зарегистрировано проб воды, не соответствующих требованиям по санитарно-химическим показателям, в г. Севастополе, республиках Алтай, Северная Осетия – Алания, Карачаево-Черкесской Республике.

В 30 субъектах Российской Федерации удельный вес проб воды, отобранных в организациях для детей, не соответствующих требованиям по микробиологическим показателям, превышает значение среднего показателя по Российской Федерации (2,8 %), в том числе в республиках Карелия (15,1 %), Тыва (12,8 %), Дагестан (12,1 %), Саха (Якутия) (10,6 %), Хабаровском крае (14,5 %). Не зарегистрировано проб воды, не соответствующих требованиям по микробиологическим показателям, в городах Москве, Санкт-Петербурге, Севастополе, республиках Алтай, Ингушетия, Магаданской области и Чукотском автономном округе.

По сравнению с 2016 г. в 2025 г. количество исследованных проб готовых блюд по микробиологическим показателям, отобранных в организациях для детей, увеличилось в 1,5 раза и составило 287 806 проб, по энергетической ценности и химическому составу, вложению витамина С, качеству термической обработки – в 1,6 раз и составило 242 082 пробы. При этом удельный вес готовых блюд, не соответствующих требованиям по микробиологическим показателям, снизился с 2,1 % до 1,7 %, по калорийности и химическому составу – с 5,7 % до 5,5 %, по содержанию витамина С – с 8,4 % до 2,9 %, по качеству термической обработки – с 1,1 % до 0,2 % (рис. 1.92).

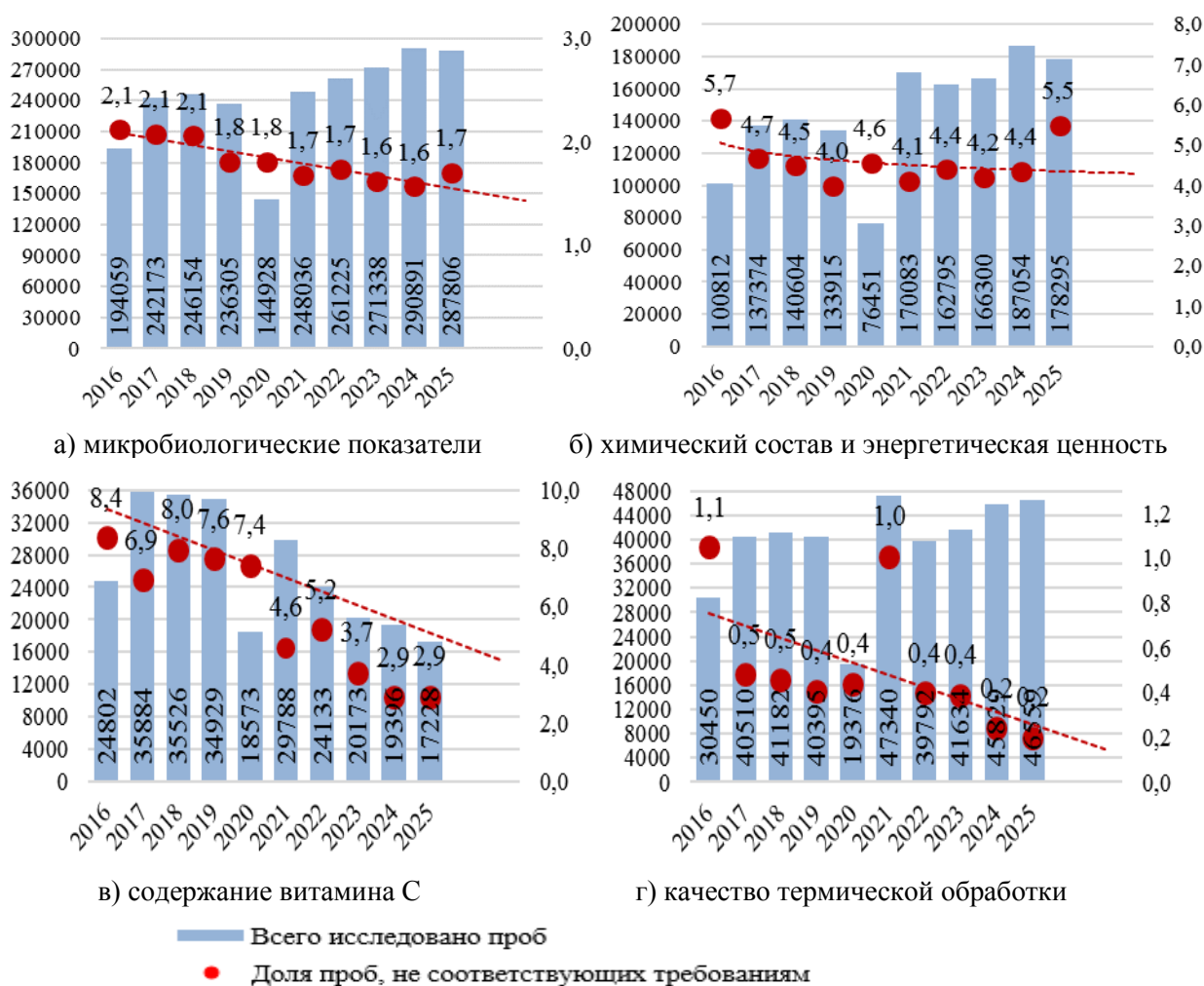


Рис. 1.92. Количество проб готовых блюд, отобранных в организациях для детей, и удельный вес проб, не соответствующих нормативным требованиям, в Российской Федерации в 2016–2025 гг. %

В 30 субъектах Российской Федерации удельный вес проб готовых блюд, отобранных в организациях для детей, не соответствующих требованиям по микробиологическим показателям, превышает значение среднего показателя по Российской Федерации (1,7 %), в том числе в республиках Дагестан (13,9 %), Тыва (8,9 %) и Саха (Якутия) (5,2 %), Новгородской (6,8 %) области. Не зарегистрировано проб готовых блюд, не соответствующих требованиям по микробиологическим показателям, в Республике Ингушетия, Ненецком автономном округе.

Не зарегистрировано проб готовых блюд, не соответствующих требованиям по калорийности и химическому составу, в Орловской, Смоленской и Мурманской областях, городах Санкт-Петербурге и Севастополе, республиках Адыгея, Ингушетия, Карелия, в Ставропольском крае.

В 34 субъектах Российской Федерации удельный вес проб готовых блюд, отобранных в организациях для детей, не соответствующих требованиям по энергетической ценности и химическому составу, превышает значение среднего показателя по Российской Федерации (5,5 %), в том числе в Республике Дагестан (47,9 %), Ненецком автономном округе (27,8 %), Карачаево-Черкесской (13,7 %) и Чеченской (16,9 %) республиках, Республике Тыва (30,5 %), Рязанской (28,8 %), Томской (27,2 %), Курской (17,6 %) областях, Еврейской автономной области (16,6 %), Ярославской (15,9 %), Архангельской (15,4 %), Новгородской (13,2 %) областях, Красноярском

(13,6 %) и Забайкальском (15,0 %) краях, Владимирской (13,9 %) областях, Красноярском крае (13,6 %), Калужской (12,7 %) и Вологодской (12,7 %) областях.

В 15 субъектах Российской Федерации удельный вес проб готовых блюд, отобранных в организациях для детей, не соответствующих требованиям по содержанию витамина С, превышает значение среднего показателя по Российской Федерации (2,9 %), в том числе в Новгородской (50,0 %), Ленинградской (11,7 %) и Калининградской (11,4 %) областях, Красноярском (36,5 %) и Камчатском (17,7 %) краях. Не зарегистрировано проб готовых блюд, не соответствующих требованиям по содержанию витамина С, в 50 регионах Российской Федерации.

По сравнению с 2016 г. в 2025 г. количество замеров микроклимата увеличилось и составило 1 961 792; мебели, искусственной освещенности – в 1,3 раза и составило 2 418 125. При этом удельный вес замеров микроклимата, не соответствующих требованиям, снизился с 4,4 % в 2016 г. до 1,7 % в 2025 г. (на 2,7 %), мебели – с 9,1 % до 5,6 % (на 3,5 %), освещенности – с 7,8 % до 5,2 % (на 2,6 %), замеров ЭМП – с 1,6 % до 0,0 % (на 1,6 %) (рис. 1.93).

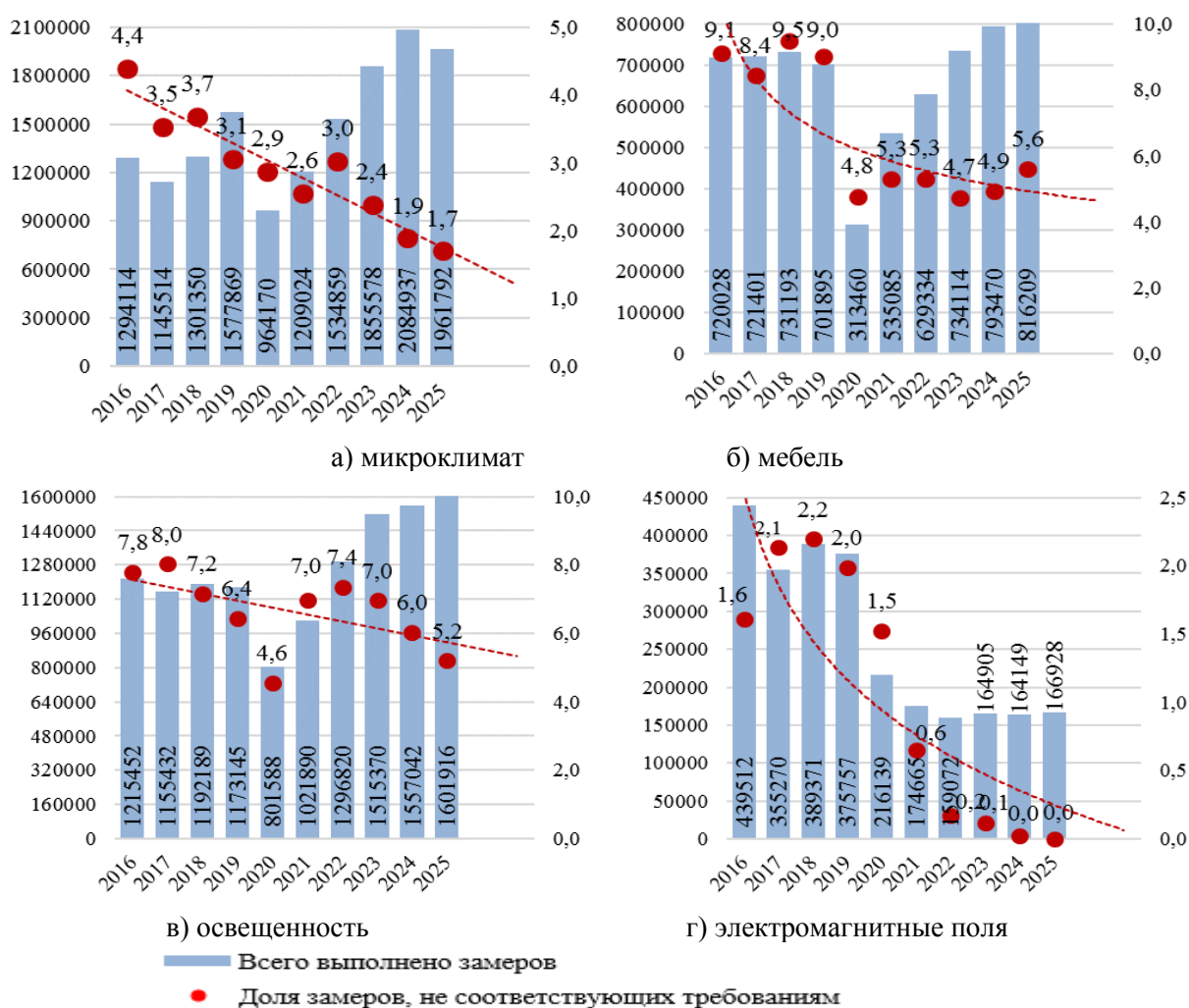


Рис. 1.93. Удельный вес замеров, не соответствующих нормативным требованиям, в организациях для детей в Российской Федерации в 2016–2025 гг., %

За период 2016–2025 гг. сократился в 1,6 раза удельный вес организаций для детей, в которых выявлены не соответствующие требованиям замеры микроклимата (2016 г. – 8,5 %, 2025 г. – 5,4 %). Более чем в 2 раза превышает значение среднего показателя по Российской Федерации данный показатель в Чукотском (76,8 %), Ханты-

Мансийском (14,8 %) и Ямало-Ненецком (63,9 %) автономных округах, Чеченской Республике (29,4 %), республиках Тыва (20,4 %), Саха (Якутия) (13,9 %), Приморском крае (12,6 %).

Сократился на 1,3 % удельный вес организаций для детей, в которых выявлены не соответствующие требованиям условия искусственной освещенности (2016 г. – 14,2 %, 2025 г. – 11,1 %). Более чем в 2 раза превышает значение среднего показателя по Российской Федерации данный показатель в республиках Карелия (47,8 %), Тыва (45,5 %) и Коми (25,6 %), Удмуртской Республике (39,5 %), Еврейской автономной, Омской (35,2 %), Магаданской (29,0 %), Архангельской (26,2 %), Новгородской (25,3 %), Курганской (25,0 %), Тамбовской (23,5 %) областях, Чукотском автономном округе (27,0 %), Красноярском крае (23,1 %), Ненецком автономном округе (22,9 %).

Наблюдается положительная динамика в изменении удельного веса дошкольных организаций, в которых выявлены замеры мебели, не соответствующие требованиям; их удельный вес сократился на 1,6 % (2016 г. – 4,7 %, 2025 г. – 3,1 %). Удельный вес общеобразовательных организаций, в которых выявлены замеры мебели, не соответствующие требованиям, практически не изменился (2016 г. – 8,0 %, 2025 г. – 7,9 %).

Проблемы образовательных организаций в обеспечении в учебных классах и кабинетах должного уровня освещенности, оснащении стандартной и комплектной мебелью, контроле за поддержанием рациональной рабочей позы, наряду с иными причинами, предопределяют у обучающихся большую вероятность формирования нарушений осанки и зрения.

За 10 лет (2015–2024 гг.) стабильно высокой была распространенность основных школьно-обусловленных заболеваний среди детей и подростков, в том числе по миопии ежегодная прибавка показателя составляла в среднем у детей и подростков +1,3 % в год (рис. 1.94); по заболеваниям костно-мышечной системы и соединительной ткани отмечалась убыль показателя, составившая в группе «0–14 лет» –3,2 % в год, у подростков –1,8 % в год (рис. 1.95).

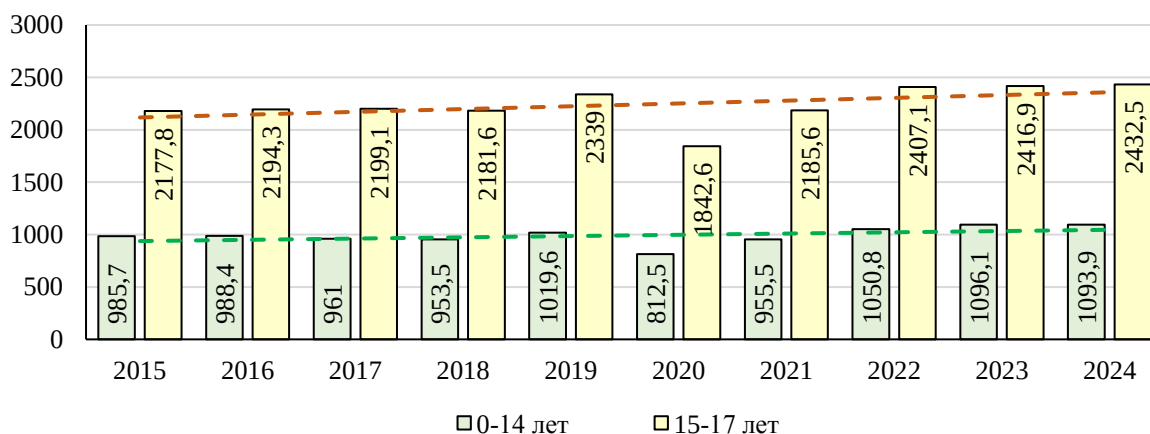


Рис. 1.94. Динамика первичной заболеваемости миопии (по обращаемости за медицинской помощью) в возрастных группах 0–14 лет и 15–17 лет на 100 тыс. населения, в Российской Федерации в 2015–2024 гг.

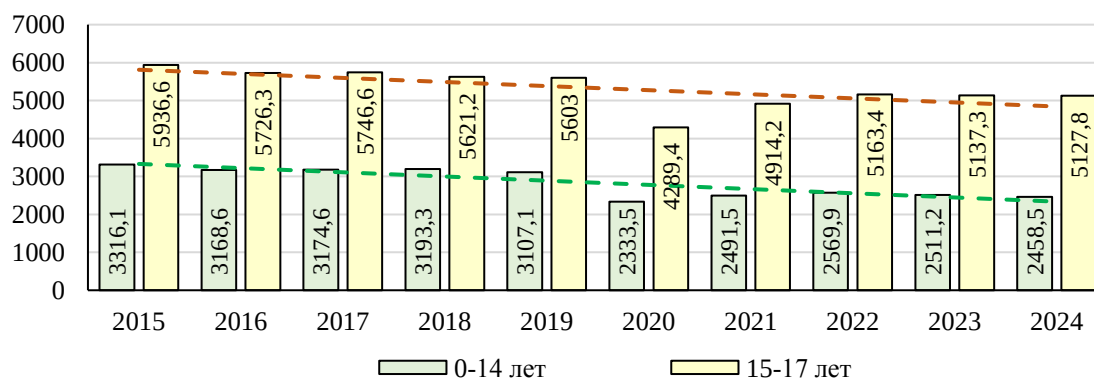


Рис. 1.95. Динамика первичной заболеваемости болезнями костно-мышечной системы (по обращаемости за медицинской помощью) в возрастных группах 0–14 лет и 15–17 лет на 100 тыс. населения, в Российской Федерации в 2015–2024 гг.

Субъекты Российской Федерации, в которых по возрастным группам 0–14 лет и 15–17 лет в 2024 г. отмечались наиболее высокие показатели первичной заболеваемости по миопии представлены в табл. 1.25, по болезням костно-мышечной системы – в табл.1.26.

Таблица 1.25

Субъекты Российской Федерации, в которых у детей 0–14 лет и 15–17 лет отмечались наиболее высокие показатели первичной заболеваемости (по обращаемости за медицинской помощью) в 2024 г. по миопии

Дети 0–14 лет			Подростки 15–17 лет		
Ранг	Территория	На 100 тыс. детей	Ранг	Территория	На 100 тыс. подростков
	Российская Федерация	1093,9		Российская Федерация	2432,5
1	Чукотский АО	2248,9	1	Свердловская обл.	4990,4
2	Ненецкий АО	2121, 3	2	Республика Башкортостан	4783,2
3	Свердловская область	2075,0	3	Оренбургская обл.	4466,9
4	Республика Марий Эл	1985,7	4	Калужская обл.	4223,5
5	Красноярский край	1836,6	5	Ненецкий АО	4054,1

Таблица 1.26

Субъекты Российской Федерации, в которых у детей 0–14 лет и 15–17 лет отмечались наиболее высокие показатели первичной заболеваемости (по обращаемости за медицинской помощью) в 2024 г. по болезням костно-мышечной системы

Дети 0–14 лет			Подростки 15–17 лет		
Ранг	Территория	На 100 тыс. детей	Ранг	Территория	На 100 тыс. подростков
	Российская Федерация	2458,5		Российская Федерация	5127,8
1	Санкт-Петербург	7075,3	1	Ненецкий АО	23560,5
2	Ненецкий АО	6110,2	2	Санкт-Петербург	13826,9
3	Архангельская область	6010,8	3	Республика Карелия	13334,1
4	Республика Карелия	5668,2	4	г. Севастополь	13138,0
5	Камчатский край	4368,0	5	Чукотский АО	11834,9

Значимым фактором охраны здоровья детей является их полноценный отдых, особенно в период каникул. С этой целью во всех субъектах Российской Федерации функционируют организации отдыха детей и их оздоровления (далее – организации отдыха и оздоровления, лагеря).

Летняя оздоровительная кампания в 2025 году была организована во всех субъектах Российской Федерации. На контроле территориальных органов Роспотребнадзора находилось 39 710 организаций отдыха детей и их оздоровления (рис. 1.96).

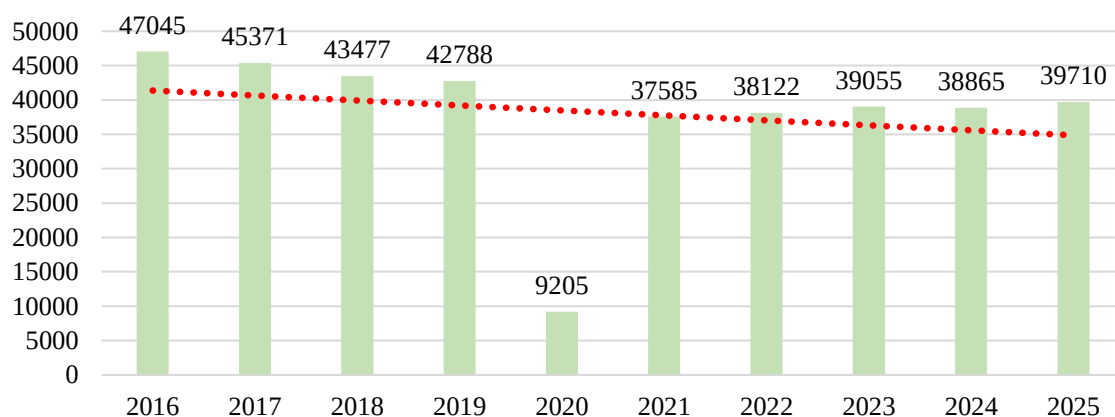


Рис. 1.96. Количество организаций отдыха детей и их оздоровления, функционирующих в период летней оздоровительной кампании в Российской Федерации в 2016–2025 гг.

За 10-летний период с 2016 года количество организаций отдыха детей и их оздоровления сократилось на 7335 лагерей (–15,6 %).

Для отдыха детей были открыты разные типы организаций отдыха и оздоровления: стационарные загородные оздоровительные организации – во всех субъектах Российской Федерации, за исключением Ненецкого и Ямало-Ненецкого автономных округов; с дневным пребыванием – во всех субъектах Российской Федерации, за исключением Чеченской Республики; лагеря труда и отдыха – в 48 субъектах Российской Федерации; лагеря палаточного типа – в 59 субъектах Российской Федерации (рис. 1.97).

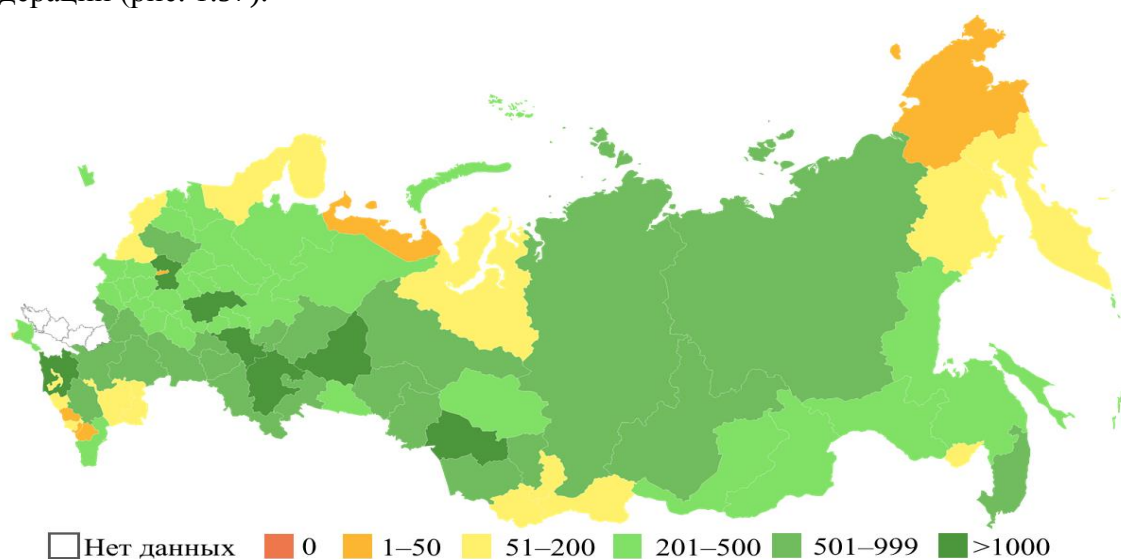


Рис. 1.97. Количество организаций отдыха детей и их оздоровления, функционирующих в период летней оздоровительной кампании в Российской Федерации в 2025 г.

Доля организаций с дневным пребыванием в структуре организаций отдыха детей и их оздоровления в среднем по Российской Федерации составила 82,4 %, детских лагерей труда и отдыха – 9,4 %, стационарных загородных оздоровительных организаций – 5,1 %, палаточных лагерей – 1,5 % (рис. 1.98).

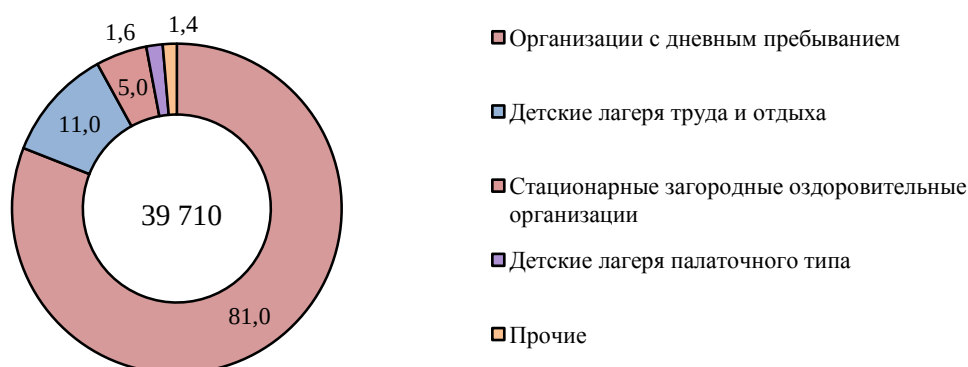


Рис. 1.98. Структура организаций отдыха детей и их оздоровления в период летней оздоровительной кампании в Российской Федерации в 2025 г.

В целом по Российской Федерации в организациях отдыха и оздоровления в 2025 г. отдохнули 5 584 777 детей, в сравнении с 2016 годом количество отдохнувших детей сократилось на 359 017 человек (–6,0 %), с 2024 годом – на 189 920 человек (3,3 %) (рис. 1.99).

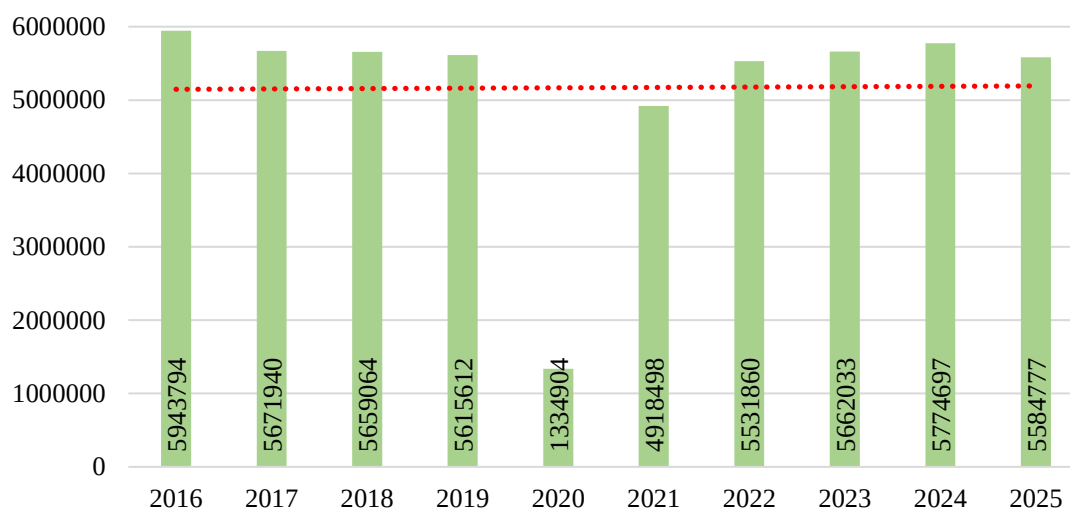


Рис. 1.99. Количество детей, отдохнувших в организациях отдыха детей и их оздоровления, функционирующих в период летней оздоровительной кампании в Российской Федерации в 2016–2025 гг.

Почти половина детей (48,7 %), посетивших в летний оздоровительный сезон 2025 года лагеря, отдыхала в организациях с дневным пребыванием, 28,2 % детей отдохнули в стационарных загородных оздоровительных организациях, 3,3 % – в лагерях санаторного типа, 2,3 % – в детских лагерях труда и отдыха, 1,8 % – в палаточных лагерях (рис. 1.100).

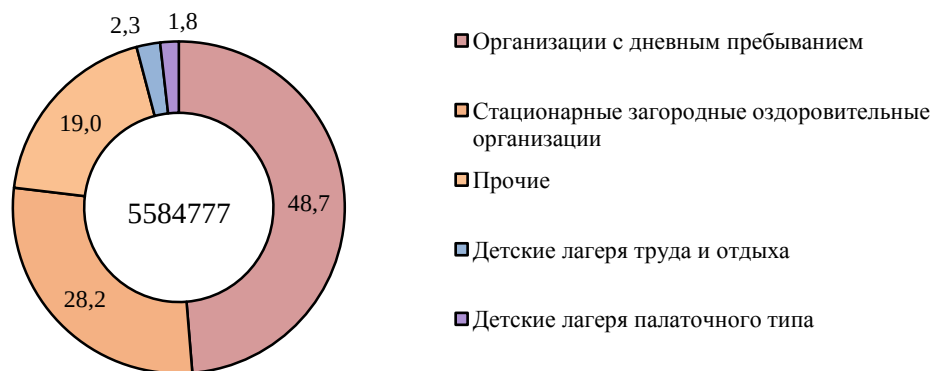


Рис. 1.100. Распределение детей, охваченных отдыхом и оздоровлением в период летней оздоровительной кампании по типам организаций отдыха детей и их оздоровления в Российской Федерации в 2025 г.

Оценка эффективности оздоровления детей проводилась во всех типах организаций у 3 436 125 детей, отдохнувших более 21 дня (61,5 % от общего количества охваченных организованным отдыхом детей). В среднем по Российской Федерации высокая эффективность оздоровления отмечена у 95,7 % детей (от 90,4 % в палаточных лагерях до 97,0 % в стационарных загородных оздоровительных организациях). На протяжении 10 лет данный показатель регистрировался в пределах 93,7–97,0 %.

В период 2016–2025 гг. количество организаций отдыха детей и их оздоровления, не обеспеченных системой водоотведения, снизилось с 6,0 % до 0,3 %, не имеющих централизованного водоснабжения – с 6,2 % до 2,7 %, работающих на привозной воде – с 4,7 % до 2,1 %. Из функционировавших в летний период 2025 года организаций отдыха детей и их оздоровления 480 организаций используют расположенные вблизи лагеря естественные водоемы для купания (1,2 % от общего количества работавших в летний период 2025 года организаций отдыха детей и их оздоровления); 1102 организации (2,8 %) используют для купания бассейны, спортивную зону на территории – 37 293 организации (93,9 %); спортивные залы – 35 554 организации (89,5 %). В 32 субъектах Российской Федерации спортивные зоны на территории 591 организации отдыха детей и их оздоровления нуждаются в реконструкции и замене оборудования (1,5 % от общего количества организаций данного типа). Наибольшее количество таких организаций в Ивановской, Смоленской и Свердловской областях, республиках Калмыкия и Бурятия.

В период летней оздоровительной кампании 2025 года в организациях отдыха детей и их оздоровления осуществлялся отбор проб питьевой воды, воды бассейнов и естественных водоемов, используемых для купания детей, проб почвы и песка, пищевых продуктов и готовых блюд, проводился отбор смывов с различных поверхностей (рук персонала, оборудования, посуды и инвентаря, пищевых продуктов) и выполнялись замеры параметров микроклимата и искусственной освещенности.

Удельный вес проб питьевой воды, не соответствующих требованиям по санитарно-химическим показателям, в организациях отдыха детей и их оздоровления составил 2,9 %, по микробиологическим показателям – 1,8 %. Более чем в 3 раза превышает среднероссийские показатели удельный вес проб питьевой воды, не соответствующих нормативным требованиям по санитарно-химическим показателям, в Республике Мордовия (29,4 %), Забайкальском крае (13,4 %), Томской (18,9 %), Тамбовской (12,0 %), Владимирской (10,4 %), Архангельской (10,4 %) областях; по

микробиологическим показателям – в Хабаровском (15,8 %), Красноярском (10,4 %) краях, Еврейской автономной области (9,8 %), Республике Карелия (8,3 %), Волгоградской (14,9 %), Новгородской (10,5 %), Псковской (7,8 %), Пензенской (7,6 %), Владимирской (6,3 %) областях, республиках Хакасия (8,0 %) и Саха (Якутия) (6,4 %).

Удельный вес проб блюд, не соответствующих требованиям по химическому составу и энергетической ценности, в организациях отдыха детей и их оздоровления составил 3,1 %, по микробиологическим показателям – 1,2 %, по содержанию витамина С – 1,3 %.

В ходе контрольно-надзорных и профилактических мероприятий при подготовке летней оздоровительной кампании специалисты Роспотребнадзора обращают особое внимание на предотвращение случаев травм и отравлений, инфекционных заболеваний детей в период организованного отдыха.

Создавать условия для отдыха и оздоровления детей важно не только в период летней оздоровительной кампании, но и в течение учебного года. В 63 субъектах Российской Федерации в 2025 г. 526 организаций отдыха детей и их оздоровления функционировали в круглогодичном режиме, их количество относительно 2016 г. практически не изменилось, а в сравнении с 2024 г. снизилось на 14,6 %.

В 2025 году круглогодичные лагеря посетили 586 652 ребенка, в том числе 79 959 детей в Краснодарском крае (17 организаций), 56 055 детей в Республике Татарстан (55 организаций), 40 741 ребенок в Самарской области (12 организаций), 33 950 детей в Республике Крым (18 организаций), 38 517 детей в Тюменской (18 организаций) и 30 763 ребенка в Московской (53 организаций) областях.

Ежегодно перед началом летней оздоровительной кампании Роспотребнадзором обеспечивается актуализация методических документов по организации отдыха детей и их оздоровления.

Контроль за соблюдением требований к условиям обучения и воспитания, организации питания, отдыха и оздоровления детей остается приоритетной задачей Роспотребнадзора, реализуемой посредством контрольных (надзорных) мероприятий и обязательных профилактических визитов с применением методов лабораторно-инструментального контроля.

1.1.7. Мониторинг физических факторов среды обитания

На контроле территориальных органов Роспотребнадзора находится 991 746 контролируемых лиц, использующих в своей деятельности источники физических факторов неионизирующей природы, потенциально опасные для здоровья человека. Из них абсолютное большинство – сочетанные источники разных физических факторов. За последние 10 лет количество контролируемых лиц, использующих источники физических факторов, сократилось с 1,59 млн до 991 746 (на 38 %), что связано с уточнением состояния объектов и риск-ориентированным подходом при осуществлении государственного контроля (надзора).

В структуре физических факторов на объектах надзора, как и в предыдущие годы, преобладают такие факторы как освещенность (25,2 %), микроклимат (25,1 %), электромагнитные поля (17,0 %), акустический фактор (12,5 %) (рис. 1.101).

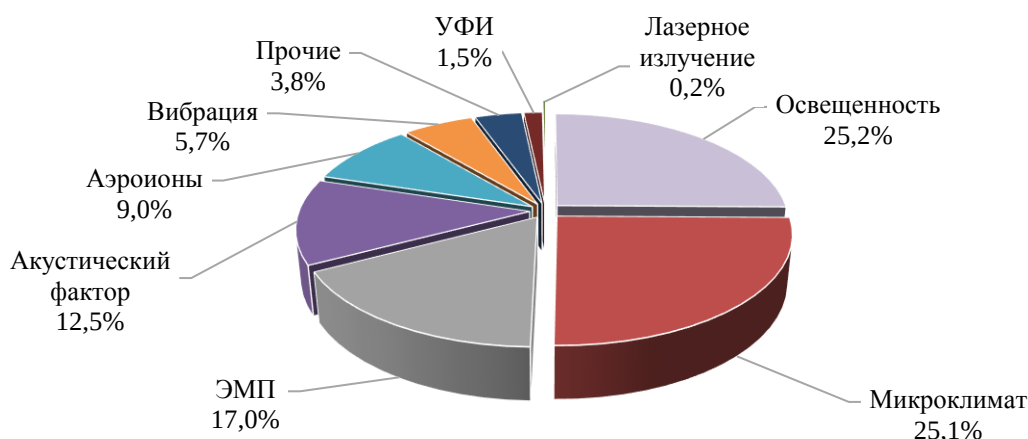


Рис. 1.101. Структура физических факторов на объектах контроля (надзора) в 2025 г., %

С целью совершенствования методического обеспечения санитарных правил и норм СанПиН 1.2.3685–21 «Гигиенические нормативы и требования к обеспечению безопасности и(или) безвредности для человека факторов среды обитания» подведомственными научно-исследовательскими учреждениями Роспотребнадзора в 2025 году разработаны методические документы по физическим факторам – 11 (в 2024 году – 7), из которых введены впервые – 7 (в 2024 году – 4):

– МУК 4.3.4113–25 «Методические указания по инструментальному контролю и гигиенической оценке инфразвука на территории жилой застройки, в помещениях жилых и общественных зданий»;

– МУК 4.3.4114–25 «Методические указания по инструментальному контролю и гигиенической оценке воздушного ультразвука на рабочих местах, в помещениях жилых и общественных зданий»;

– МУК 4.3.4117–25 «Гипогеомагнитное поле в жилых и общественных зданиях»;

– МУК 4.3.4118–25 «Определение уровней электромагнитных полей, создаваемых метеорологическими радиолокаторами»;

– МУК 4.3.4120–25 «Методические указания по измерению параметров микроклимата на рабочих местах»;

– МУК 4.3.4157–25 «Лазерное излучение в жилых и общественных зданиях, на территории жилой застройки»;

– МУК 4.3.4158–25 «Методические указания по инструментальному контролю и гигиенической оценке ультрафиолетового излучения, создаваемого изделиями, предназначенными для применения в помещениях жилых и общественных зданий»;

– МУК 4.3.4172–25 «Методические указания по измерению шума на рабочих местах»;

– МУК 4.3.4181–25 «Методические указания по измерению общей и локальной вибрации на рабочих местах»;

– МР 4.3.0387–25 «Инструментальный контроль за гипогеомагнитными полями на рабочих местах»;

– МР 4.3.0392–25 «Методические подходы к обоснованию предельно допустимых уровней диффузно отраженного лазерного излучения».

В 2025 году удельный вес обследованных объектов снизился с 9,1 % в 2016 году до 2,6 %, что обусловлено сокращением контрольных (надзорных) мероприятий в 2020–2025 гг.

Удельный вес объектов, на которых выявлено несоответствие уровней физических факторов требованиям гигиенических нормативов, за последние 10 лет

имеет тенденцию к снижению относительно 2016 года. Наибольшая доля объектов, не соответствующих гигиеническим нормативам, отмечается по таким факторам как шум (10,0 %), освещенность (9,1 %), вибрация (5,3 %) и микроклимат (4,1 %). Наименьший удельный вес объектов, не соответствующих гигиеническим нормативам, отмечается по фактору ЭМП, при этом он остается на уровне 2024 года и составляет 0,7 %. Доля объектов, не соответствующих гигиеническим нормативам, по указанным физическим факторам в 2025 году ниже СМУ (рис. 1.102–1.106).

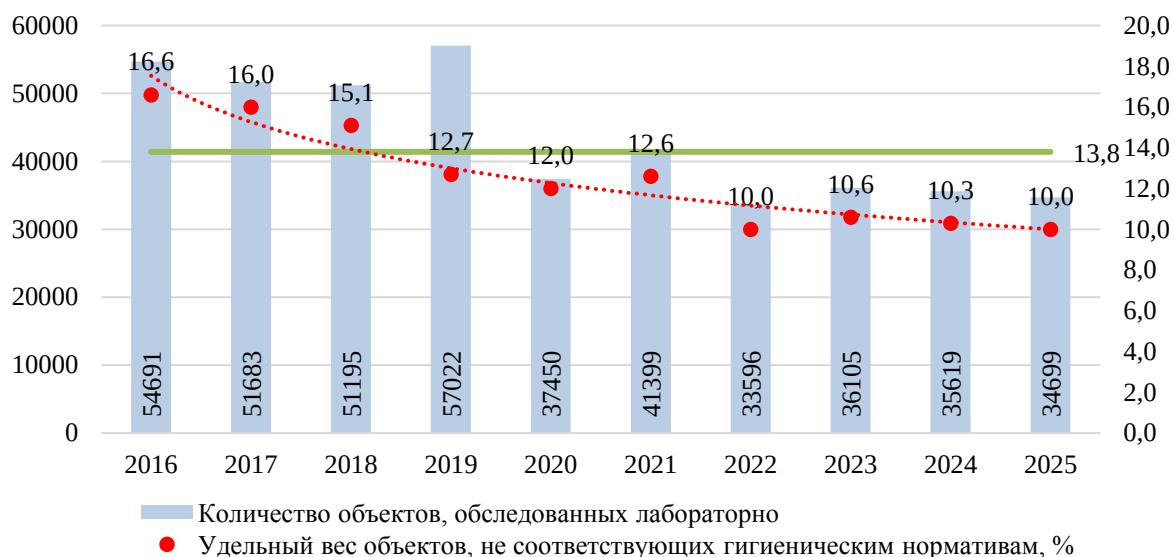


Рис. 1.102. Удельный вес объектов, не соответствующих гигиеническим нормативам по шуму, %

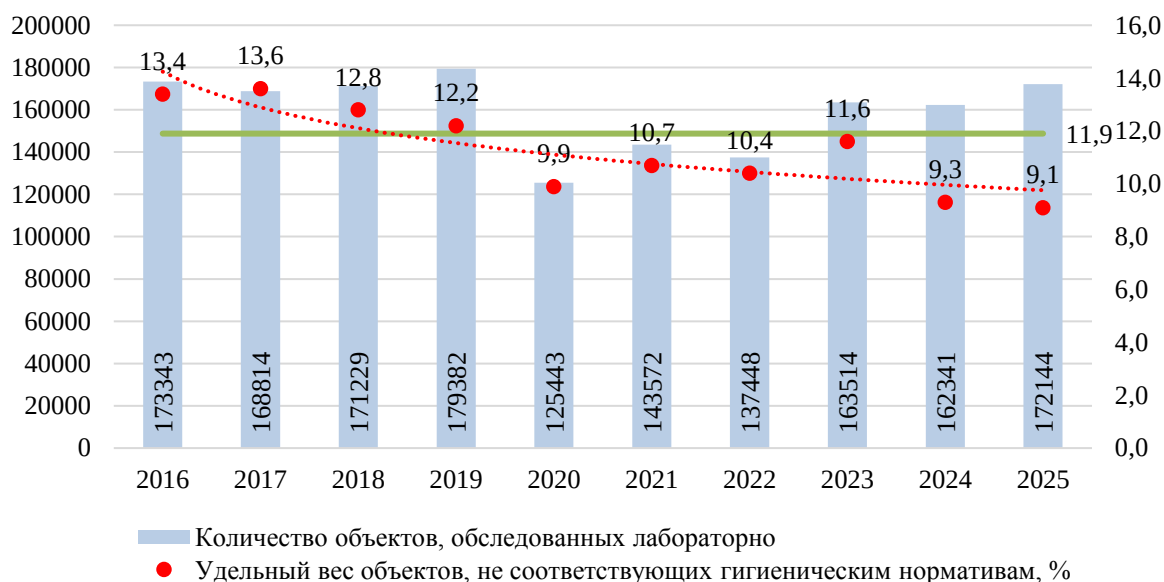


Рис. 1.103. Удельный вес объектов, не соответствующих гигиеническим нормативам по освещенности, %

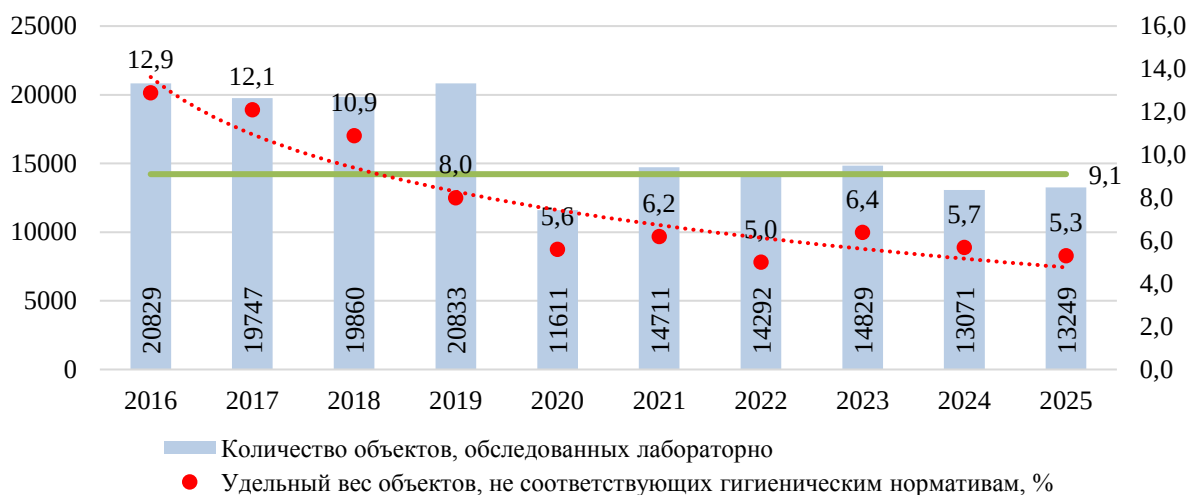


Рис. 1.104. Удельный вес объектов, не соответствующих гигиеническим нормативам по вибрации, %

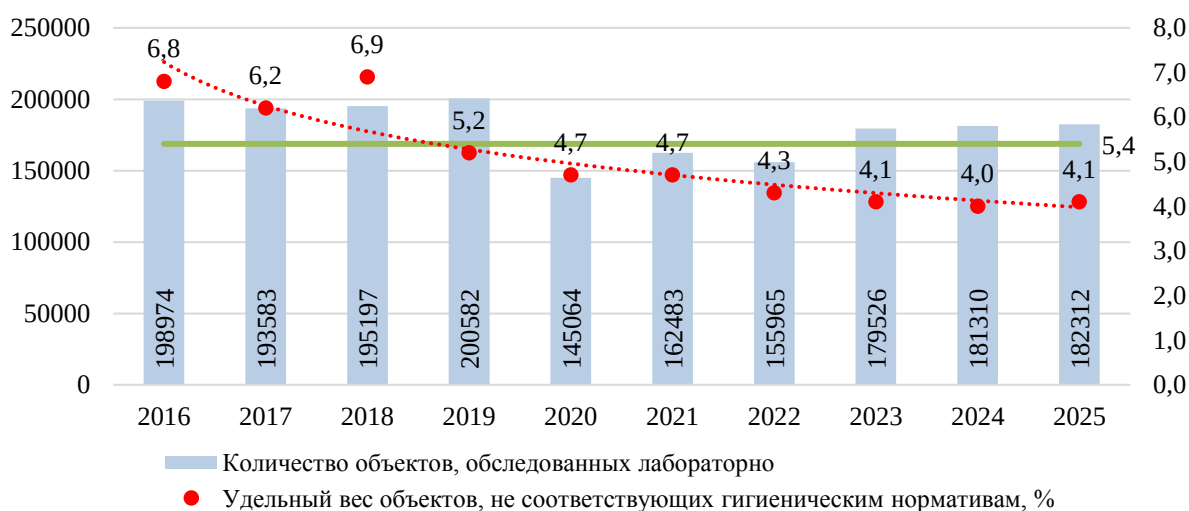


Рис. 1.105. Удельный вес объектов, не соответствующих гигиеническим нормативам по микроклимату, %

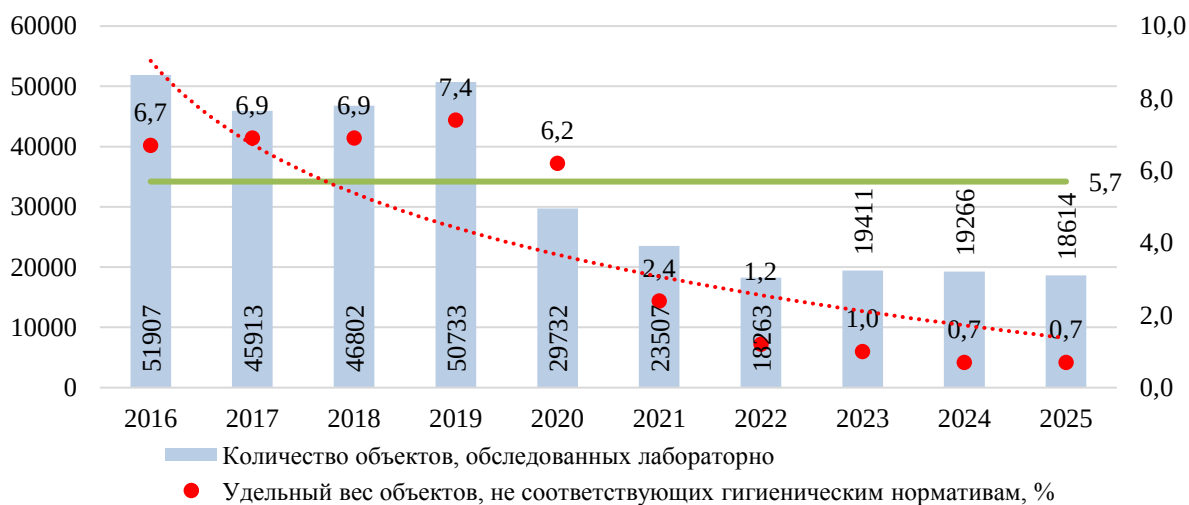


Рис. 1.106. Удельный вес объектов, не соответствующих гигиеническим нормативам по ЭМП, %

В структуре исследований физических факторов неионизирующей природы в 2025 году, как и в прошлые годы, наибольший удельный вес приходится на измерения параметров микроклимата (53,8 %) и освещенности (34,5 %) (рис. 1.107).

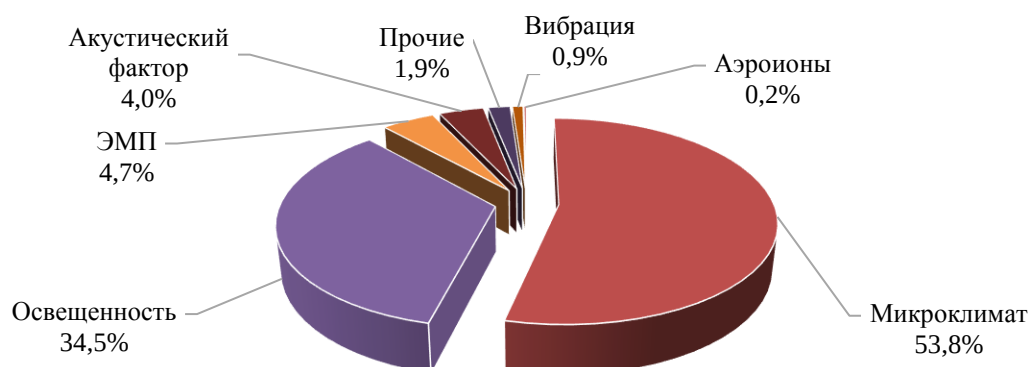


Рис. 1.107. Структура исследований физических факторов неионизирующей природы в 2025 году, %

По сравнению с 2016 годом в 2025 году количество измерений физических факторов увеличилось в 1,4 раза и составило 7 383 711 измерений. В то же время удельный вес измерений, не соответствующих гигиеническим нормативам, снизился с 6,7 % в 2016 году до 3,5 % в 2025 году.

Наибольший удельный вес измерений, не соответствующих гигиеническим нормативам, приходился на акустический фактор (14,7 %) и аэроионы (14,4 %).

При этом необходимо отметить, что удельный вес измерений, не соответствующих гигиеническим нормативам, по акустическому фактору с 2016 года остается стабильно высоким и с 2024 года имеет тенденцию к увеличению. Удельный вес измерений, не соответствующих гигиеническим нормативам, по акустическому фактору в 2025 году выше СМУ (рис. 1.108).



Рис. 1.108. Удельный вес измерений акустических факторов, не соответствующих гигиеническим нормативам, %

Несмотря на высокий удельный вес измерений, не соответствующих гигиеническим нормативам, по аэроионам в 2025 году отмечается снижение данного показателя по сравнению с 2016 годом, указанный показатель ниже СМУ (рис. 1.109).

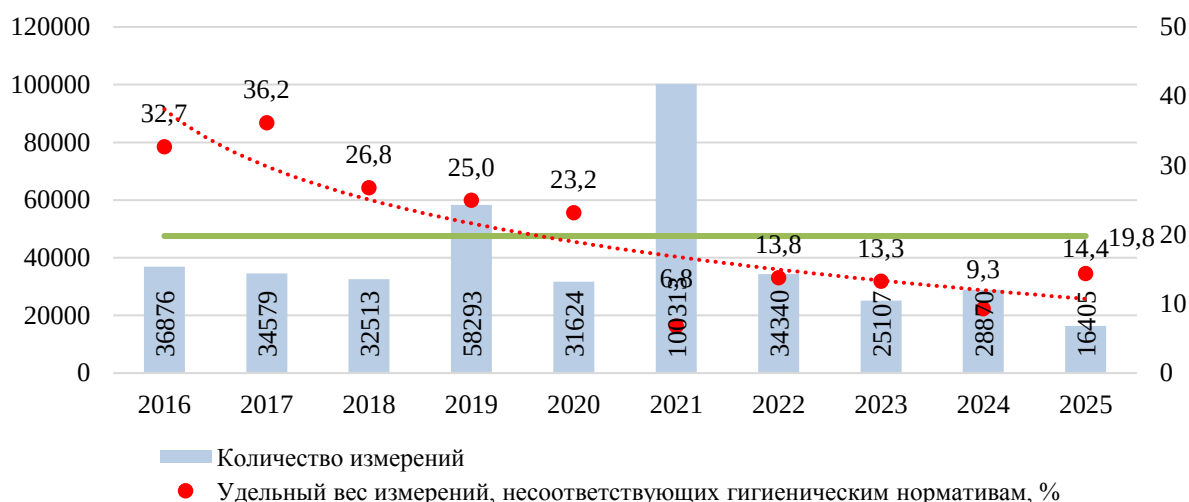


Рис. 1.109. Удельный вес измерений аэроионов, не соответствующих гигиеническим нормативам, %

По сравнению с 2016 годом по таким факторам как вибрация и ЭМП отмечается тенденция к снижению удельного веса измерений, не соответствующих гигиеническим нормативам, при уменьшении количества проводимых измерений в 1,7 и 2,6 раза соответственно. Удельный вес измерений, не соответствующих гигиеническим нормативам, по данным факторам в 2025 году ниже СМУ (рис. 1.110, 1.111).

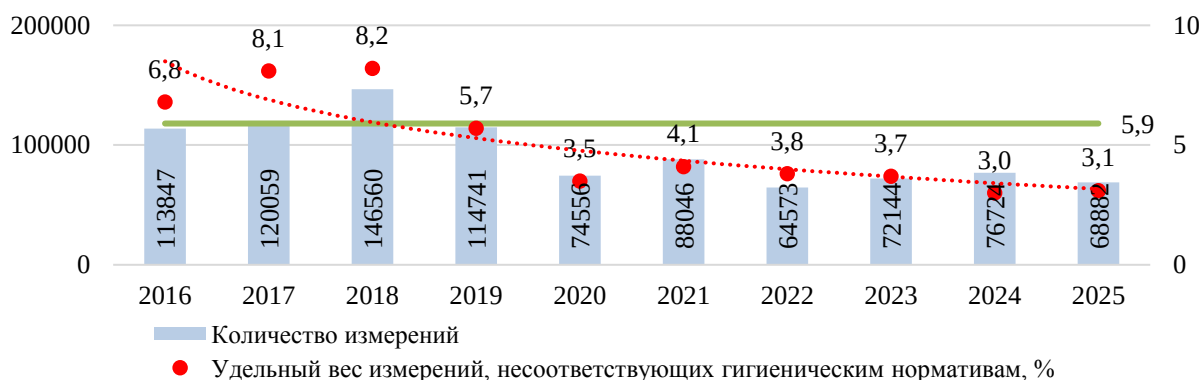


Рис. 1.110. Удельный вес измерений вибрации, не соответствующих гигиеническим нормативам, %

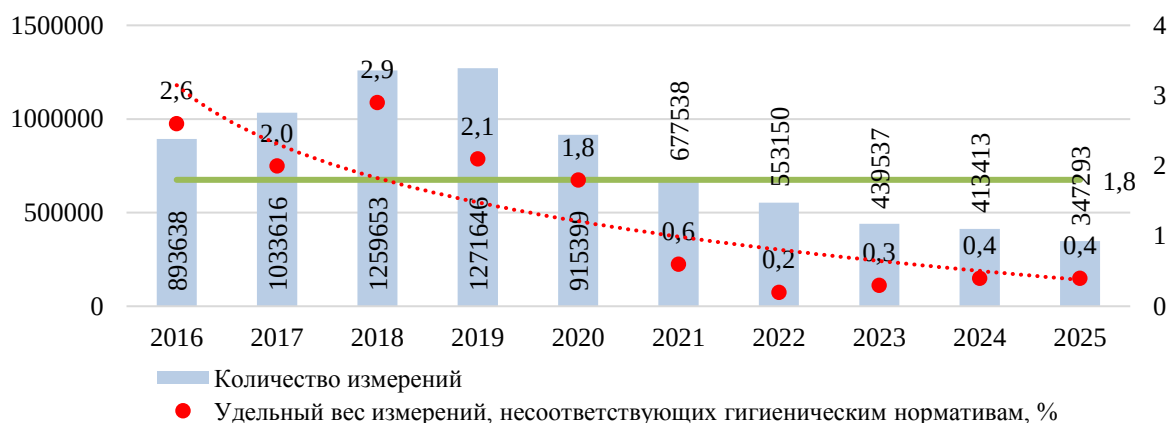


Рис. 1.111. Удельный вес измерений уровней ЭМП, не соответствующих гигиеническим нормативам, %

По сравнению с 2016 годом по таким факторам как освещенность, микроклимат и прочие физические факторы отмечается тенденция к снижению удельного веса измерений, не соответствующих гигиеническим нормативам, при увеличении количества проводимых измерений в 1,4, 1,9 и 1,3 раза соответственно. Удельный вес измерений освещенности и микроклимата, не соответствующих гигиеническим нормативам, в 2025 году ниже СМУ, а прочих физических факторов – выше СМУ (рис. 1.112–1.114).



Рис. 1.112. Удельный вес измерений освещенности, не соответствующих гигиеническим нормативам, %

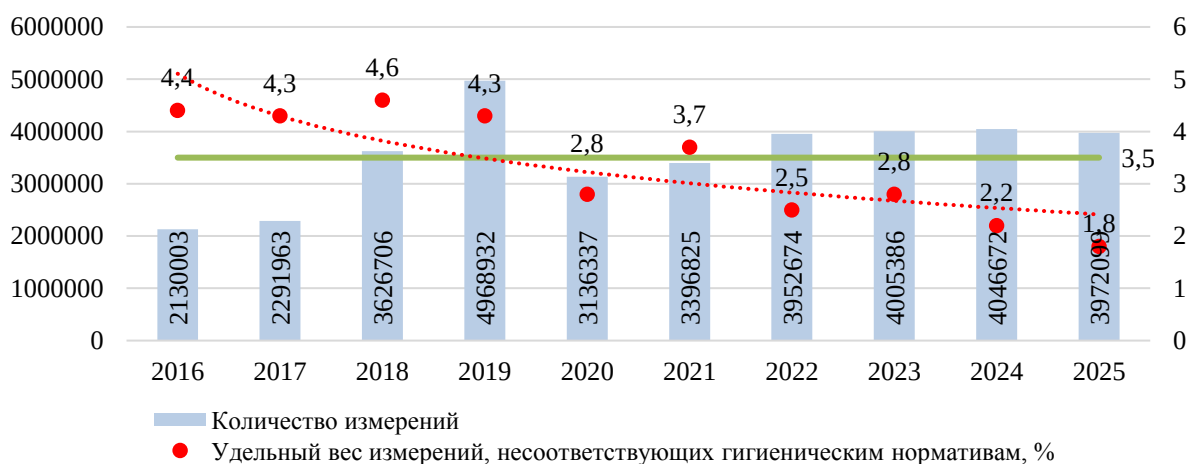


Рис. 1.113. Удельный вес измерений параметров микроклимата, не соответствующих гигиеническим нормативам, %



Рис. 1.114. Удельный вес измерений прочих физических факторов, не соответствующих гигиеническим нормативам, %

Физические факторы являются одной из основных причин вредных условий труда и почти половины всех случаев профессиональных заболеваний. Из всех физических факторов, превышения гигиенических нормативов которых зафиксированы на промышленных предприятиях, в 2025 году максимальная доля принадлежит шумовому воздействию (25,7 %) и освещенности (16,6 %), минимальная доля – ЭМП (1,1 %).

За период 2016–2025 гг. отмечается снижение удельного веса промышленных предприятий, не соответствующих гигиеническим нормативам по всем физическим факторам. Наиболее выраженное снижение наблюдается по ЭМП (темп снижения 87,5 %) и вибрации (темп снижения 42,5 %) (табл. 1.27).

Таблица 1.27

**Удельный вес промышленных предприятий, не соответствующих
гигиеническим нормативам по физическим факторам, %**

Год	Шум	Освещенность	Вибрация	Микроклимат	ЭМП
2016	32,7	27,3	21,2	11,3	8,8
2017	32,4	29,5	20,4	10,3	10,8
2018	31,0	22,8	19,8	19,3	8,2
2019	26,8	26,7	14,2	9,9	11,0
2020	23,6	20,8	11,0	9,0	8,9
2021	26,1	22,8	12,1	9,4	3,5
2022	24,4	21,3	11,6	7,5	1,6
2023	26,4	19,2	12,6	6,0	1,8
2024	27,0	19,4	12,2	7,2	1,9
2025	25,7	16,6	12,2	7,0	1,1
Темп снижения к 2016 г.	–21,4	–39,2	–42,5	–38,1	–87,5

В 2025 году наибольший удельный вес обследованных промышленных предприятий, не соответствующих гигиеническим нормативам по уровню шума, выше среднероссийского показателя (25,7 %) был отмечен в 37 субъектах Российской Федерации, в т. ч. в Архангельской области (100 %), Республике Коми (80,0 %), Кемеровской области – Кузбассе (65,4 %), Костромской области, Республике Карелия, Калининградской области, Удмуртской Республике (по 60,0 %), Республике Бурятия (58,8 %), Мурманской области (54,5 %), Брянской области (52,6 %), Ярославской области (52,4 %), Самарской области (52,0 %), Ханты-Мансийском автономном округе (50,7 %). В 27 субъектах Российской Федерации удельный вес измерений, не отвечающих гигиеническим нормативам, был ниже значения среднероссийского показателя (25,7 %), в т. ч. в Московской области (15,5 %), Вологодской области (13,4 %), Алтайском крае (11,1 %), Краснодарском крае (10,8 %), Чукотском автономном округе (10,6 %), Карачаево-Черкесской Республике (8,3 %), Псковской области (7,7 %), Республике Северная Осетия – Алания (7,1 %), Ставропольском крае (5,1 %), Саратовской области (4,4 %).

Несоответствий гигиеническим нормативам не выявлено в 15 субъектах Российской Федерации, в т. ч. в г. Москве, Республике Дагестан, Ямало-Ненецком автономном округе, Камчатском крае и Сахалинской области.

За последние 10 лет отмечается сокращение удельного веса рабочих мест промышленных предприятий, не соответствующих гигиеническим нормативам по таким факторам как ЭМП (темп снижения 84,2 %), микроклимат (темп снижения 44,2 %) и освещенность (темп снижения 43,8 %) (табл. 1.28).

Таблица 1.28

**Удельный вес обследованных рабочих мест промышленных предприятий,
не соответствующих гигиеническим нормативам по физическим факторам, %**

Год	Шум	Вибрация	Освещенность	Микроклимат	ЭМП
2016	19,6	10,0	13,7	5,2	3,8
2017	19,5	10,4	13,9	4,4	5,7
2018	17,4	10,0	13,0	4,9	6,8
2019	15,3	7,5	12,4	4,0	6,4
2020	14,9	6,2	9,7	3,4	5,9
2021	14,6	6,0	9,3	4,1	2,1
2022	15,5	6,5	8,2	3,1	0,8
2023	16,2	6,8	9,0	2,7	0,5
2024	17,3	6,3	8,8	3,7	0,9
2026	16,7	6,5	7,7	2,9	0,6
Темп снижения к 2016 г.	–14,8	–35,0	–43,8	–44,2	–84,2

Основными причинами превышения безопасных уровней физических факторов на рабочих местах остаются несовершенство технологических процессов, конструктивные недостатки технологического оборудования и инструментов, их физический износ, несоблюдение сроков проведения планово-предупредительных ремонтов, неудовлетворительная организация производственного контроля, а также недостаточная ответственность работодателей и руководителей производств за состояние условий и охрану труда.

На транспортных средствах в 2025 году приоритетными физическими факторами являются шум, вибрация, освещенность и микроклимат. Доля объектов, не соответствующих гигиеническим нормативам, составила соответственно 4,8 %, 3,9 %, 3,2 % и 2,1 %. В 2025 году отмечается снижение удельного веса обследованных транспортных средств, не соответствующих гигиеническим нормативам по указанным физическим факторам, относительно 2016 года (табл. 1.29).

Таблица 1.29

**Удельный вес обследованных транспортных средств, не соответствующих
гигиеническим нормативам по физическим факторам, %**

Год	Шум	Вибрация	Освещенность	Микроклимат	ЭМП
2016	20,5	13,9	3,7	4,1	0,5
2017	15,8	12,3	3,4	3,2	0,3
2018	10,8	10,9	9,0	7,1	0,5
2019	8,8	9,4	6,3	11,8	0,2
2020	6,6	5,9	3,4	5,9	0,6
2021	7,6	6,1	4,5	6,7	0,5
2022	7,0	4,1	2,5	1,4	–
2023	5,6	5,2	5,4	1,3	0,1
2024	5,3	4,3	3,8	3,2	0,3
2025	4,8	3,9	3,2	2,1	–
Темп снижения к 2016 г.	–76,6	–71,9	–13,5	–48,8	–

Для коммунальных объектов приоритетными физическими факторами являются шум (11,9 %) и освещенность (5,9 %). В 2025 г. наблюдается тенденция снижения удельного веса организаций коммунального и социального назначения, не соответствующих гигиеническим нормативам по всем физическим факторам (табл. 1.30).

Таблица 1.30

Удельный вес обследованных организаций коммунального и социального назначения, не соответствующих гигиеническим нормативам по физическим факторам, %

Год	Шум	Освещенность	ЭМП	Вибрация	Микроклимат
2016	13,1	10,9	6,2	4,4	5,8
2017	14,1	10,5	5,8	4,6	5,2
2018	15,1	10,3	6,5	6,2	5,0
2019	14,0	10,0	7,1	4,2	4,1
2020	13,9	7,3	5,3	2,6	3,2
2021	13,6	7,2	2,0	2,7	3,4
2022	11,6	6,4	1,1	1,7	2,5
2023	11,2	9,2	0,9	2,8	3,0
2024	12,6	6,1	1,0	2,3	2,5
2025	11,9	5,9	1,1	1,9	2,8
Темп снижения к 2016 г.	–9,2	–45,9	–82,3	–56,8	–51,7

В 2025 году наибольший удельный вес организаций коммунального и социального назначения, не соответствующих гигиеническим нормативам по уровню шума, выше среднероссийского показателя (11,9 %) был отмечен в 32 субъектах Российской Федерации, в т. ч. в Республике Тыва (63,6 %), Тамбовской области (45,3 %), Новосибирской области (44,4 %), Республике Башкортостан (39,1 %), Нижегородской области (38,8 %), Удмуртской Республике (37,4 %), Иркутской области (34,5 %), Кабардино-Балкарской Республике (34,2 %), Республике Коми (33,3 %), Калужской области (29,5 %). В Ханты-Мансийском автономном округе удельный вес измерений уровней шума, не соответствующих гигиеническим нормативам, находился на уровне среднероссийского показателя (11,9 %). В 34 субъектах Российской Федерации удельный вес измерений, не отвечающих гигиеническим нормативам, был ниже значения среднероссийского показателя (11,9 %). Наименьшее значение отмечено в Псковской области (3,3 %), Самарской области (3,2 %), Орловской области (3,0 %), Новгородской и Ростовской областях, Красноярском крае (по 2,9 %), Кировской области (2,7 %), Республике Татарстан (2,3 %), Волгоградской области и Чувашской Республике (по 1,9 %), Московской области (1,4 %), Липецкой области (1,2 %), Камчатском крае (1,1 %).

Несоответствий гигиеническим нормативам не выявлено в 17 субъектах Российской Федерации, в т. ч. в Москве и Санкт-Петербурге, Забайкальском крае, Астраханской и Ярославской областях.

В детских и подростковых организациях основными неблагоприятными факторами являются освещенность (11,3 %) и микроклимат (5,4 %).

В 2025 году по сравнению с 2016 годом наблюдается тенденция к снижению удельного веса детских и подростковых организаций, не соответствующих гигиеническим нормативам по всем физическим факторам (табл. 1.31).

Таблица 1.31

**Удельный вес обследованных детских и подростковых организаций,
не соответствующих гигиеническим нормативам по физическим факторам, %**

Год	Освещенность	Микроклимат	ЭМП	Шум	Вибрация
2016	14,0	8,5	6,3	3,5	0,5
2017	14,6	8,0	5,8	2,6	0,7
2018	13,4	7,8	6,9	3,9	0,8
2019	11,9	6,9	5,9	2,1	0,0
2020	10,3	6,6	5,8	2,1	0,6
2021	13,0	6,1	2,7	2,0	0,2
2022	13,3	6,6	1,0	1,4	2,4
2023	13,8	5,7	0,9	1,2	0,0
2024	11,3	5,6	0,2	0,9	0,2
2025	11,3	5,4	0,2	1,3	0,2
Темп снижения к 2016 г.	–19,3	–36,5	–96,8	–62,9	–60,0

В 2025 году наибольший удельный вес обследованных детских и подростковых организаций, не соответствующих гигиеническим нормативам по уровню освещенности, выше среднероссийского показателя (11,3 %) был отмечен в 42 субъектах Российской Федерации, в т. ч. в Республике Карелия (49,3 %), Республике Тыва (45,5 %), Республике Коми и Еврейской автономной области (по 39,4 %), Удмуртской Республике (35,9 %), Омской области (35,2 %), Ненецком автономном округе (31,4 %), Чукотском автономном округе (29,3 %), Магаданской области (29,0 %), Новгородской области (25,3 %), Курганской области (25,0 %). В Республике Башкортостан удельный вес измерений уровней освещенности, не соответствующих гигиеническим нормативам, находился на уровне среднероссийского показателя (11,3 %). В 38 субъектах Российской Федерации удельный вес измерений, не отвечающих гигиеническим нормативам, был ниже значения среднероссийского показателя (11,3 %). Наименьшее значение отмечено в Рязанской, Пензенской областях и Забайкальском крае (по 4,0 %), Орловской области (3,9 %), Оренбургской области (3,7 %), Брянской области (3,6 %), Новосибирской области (2,0 %), Карачаево-Черкесской Республике (1,7 %), Волгоградской области (1,6 %), Республике Калмыкия (1,3 %), Тюменской области (1,0 %), Республике Северная Осетия – Алания (0,3 %).

Несоответствий не выявлено в республиках Адыгея и Ингушетия, городе Севастополе и Амурской области.

За последние 10 лет число измерений физических факторов на территории жилой застройки, оказывающих неблагоприятное влияние на условия проживания и здоровье населения, снизилось в 1,8 раза и по сравнению с 2024 годом – в 1,7 раза.

При этом число измерений таких факторов как шум увеличилось в 1,7 раза, ЭМП промышленной частоты 50 Гц – в 1,1 раза. Количество измерений инфразвука снизилось в 5,1 раза, а количество измерений ЭМП радиочастотного диапазона, включая радиоэлектронные средства (РЭС), снизилось в 3,3 раза (табл. 1.32).

Таблица 1.32

**Результаты инструментальных измерений физических факторов
на территории жилой застройки**

Годы	Всего	Шум	Инфразвук	ЭМП 50 Гц	ЭМП радиочастотного диапазона (включая РЭС)
2016	270632	39615	1786	5737	215129
2017	345596	57553	1696	5893	264964
2018	376603	75156	1204	8133	282945
2019	423556	115361	1094	11181	288106
2020	384004	118690	655	12146	245008
2021	368070	109719	2866	16608	226976
2022	315418	106601	1205	11714	181605
2023	225237	91557	489	11844	110459
2024	257844	117461	688	8877	112827
2025	148276	68967	347	6051	65441

За последние 10 лет увеличилась доля инструментальных измерений физических факторов на территории жилой застройки, не соответствующих гигиеническим нормативам, за исключением ЭМП радиочастотного диапазона (включая РЭС). Доля измерений ЭМП радиочастотного диапазона (включая РЭС), не соответствующих гигиеническим нормативам, в 2025 году составила 0,1 % (в 2016 г. – 0,5 %). Необходимо отметить, что в 2025 году доля измерений ЭМП промышленной частоты 50 Гц на территории жилой застройки, не соответствующих гигиеническим нормативам, снизилась с 2,4 % в 2024 году до 0,7 % в 2025 году.

Ведущим физическим фактором, оказывающим влияние на среду обитания и здоровье человека, является шум, воздействие которого на людей в условиях плотной застройки населенных пунктов сохраняется на высоком уровне (табл. 1.33).

Таблица 1.33

**Удельный вес инструментальных измерений на территории жилой застройки,
не соответствующих гигиеническим нормативам, %**

Годы	Всего	Шум	Инфразвук	ЭМП 50 Гц	ЭМП радиочастотного диапазона (включая РЭС)
2016	3,0	16,6	8,8	0,5	0,5
2017	3,6	19,2	1,2	0,4	0,2
2018	4,7	19,8	1,1	0,2	0,7
2019	3,9	13,4	0,2	0,3	0,1
2020	5,1	15,7	1,8	0,4	0,1
2021	5,4	17,0	2,7	0,1	0,1
2022	6,2	17,4	5,1	0,1	0,1
2023	7,7	17,9	0,6	0,1	0,1
2024	8,7	17,0	3,2	2,4	0,3
2025	13,9	27,1	19,3	0,7	0,1

В 2025 году наибольший удельный вес измерений шума на территории жилой застройки, не соответствующих гигиеническим нормативам, выше среднероссийского показателя (27,1 %) был отмечен в 28 субъектах Российской Федерации, в т. ч. в Кабардино-Балкарской Республике (100 %), Рязанской области (72,9 %), Саратовской области (68,9 %), Кировской области (63,9 %), городе Москва (60,9 %), городе Севастополь (58,9 %), Республике Татарстан (58,0 %), Ярославской области (51,6 %), Алтайском крае (50,4 %), Республике Тыва (50,0 %). В 48 субъектах Российской Федерации удельный вес измерений, не отвечающих гигиеническим нормативам, был ниже значения среднероссийского показателя (27,1 %), в т. ч. в Калужской области (5,7 %), Псковской области (5,4 %), Республике Калмыкия (5,2 %), Ямало-Ненецком автономном округе и Сахалинской области (по 4,8 %), Самарской области (3,3 %), Архангельской области (2,4 %), Ханты-Мансийском автономном округе (1,7 %), Забайкальском крае (1,1 %), Республике Марий Эл (0,7 %), Амурской области (0,3 %).

Несоответствий не выявлено в республиках Дагестан, Ингушетия, Коми, Чеченской и Карачаево-Черкесской республиках, Еврейском и Чукотском автономных округах.

Ведущим источником шума в населенных пунктах по-прежнему является транспорт. В 2025 году отмечается рост удельного веса измерений шума на автомагистралях и улицах с интенсивным движением автотранспорта, не отвечающих гигиеническим нормативам, при уменьшении количества измерений. Удельный вес измерений шума, не соответствующих гигиеническим нормативам, на автомагистралях, улицах с интенсивным движением в 2025 году выше СМУ (рис. 1.115).

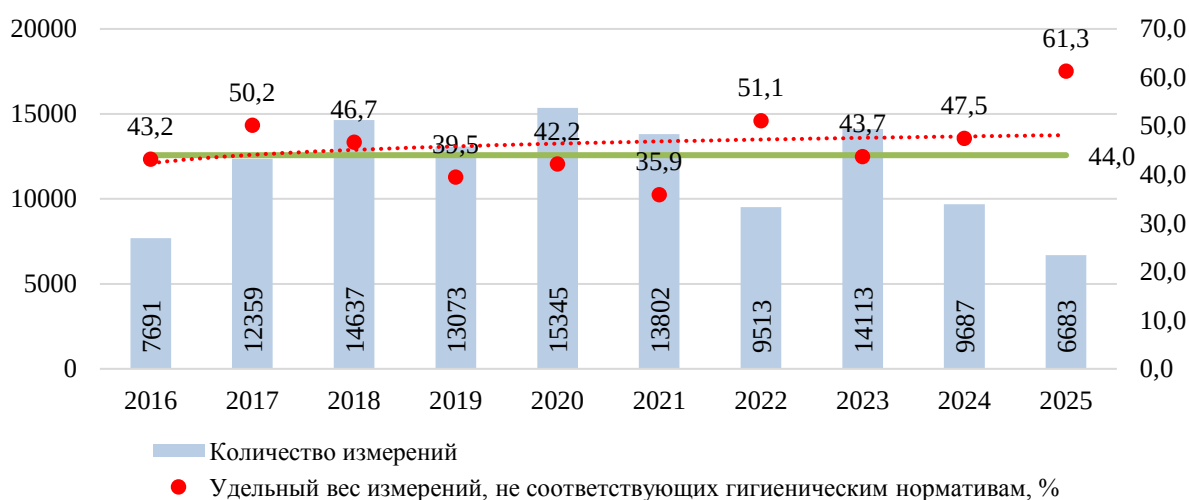


Рис. 1.115. Динамика измерений шума, не соответствующих гигиеническим нормативам, на автомагистралях, улицах с интенсивным движением в населенных пунктах в 2016–2025 гг., %

В 2025 году удельный вес измерений уровней шума от аэропортов, не соответствующих гигиеническим нормативам, вырос по сравнению с 2024 годом и составил 36,5 % (2024 г. – 3,7 %, 2023 г. – 5,6 %, 2022 г. – 6,6 %, 2021 г. – 24,1 %, 2020 г. – 54,3 %, 2019 г. – 9,5 %).

Основными причинами формирования повышенной шумовой нагрузки являются: увеличение количества автотранспортных средств (вклад автотранспорта в общую шумовую картину составляет до 90 %), рост авиационных перевозок со значительными зонами зашумления, размещение новых производственных мощностей в непосредственной близости от жилых территорий.

За период 2016–2025 гг. снизился удельный вес измерений ЭМИ в эксплуатируемых жилых и общественных зданиях, не отвечающих гигиеническим нормативам (темп снижения 64,5 %). Удельный вес измерений шума и вибрации увеличился по сравнению с 2016 г. (темп прироста 14,5 % и 4,7 %) (табл. 1.34).

Таблица 1.34

Удельный вес измерений в эксплуатируемых жилых и общественных зданиях по физическим факторам, не отвечающих гигиеническим нормативам, %

Годы	Шум	Вибрация	ЭМИ
2016	17,3	4,3	3,1
2017	16,1	7,2	1,9
2018	17,5	6,6	2,4
2019	15,1	3,5	3,1
2020	14,9	3,6	1,5
2021	17,5	4,0	1,1
2022	14,3	3,7	0,5
2023	15,1	3,1	0,2
2024	20,6	2,9	0,5
2025	19,8	4,5	1,1
Темп снижения/прироста к 2016 г., %	+14,5	+4,7	–64,5

Ключевыми факторами формирования электромагнитного фона радиочастотного диапазона в местах проживания населения выступают устройства персональной связи (мобильные телефоны) и стационарные передающие РЭС. К последним относятся объекты инфраструктуры связи и вещания: базовые станции сотовой связи (БССС), радиотелепередающие центры (РТПЦ), радиолокационные станции (РЛС) и земные станции спутниковой связи (ЗССС). При этом отмечается устойчивая положительная динамика как роста абонентской базы сотовых операторов, так и увеличения временных параметров эксплуатации мобильных терминалов пользователями. В структуре обследованных РЭС в 2025 г. наибольший удельный вес приходился на БССС (96,9 %), остальные РЭС занимают 3,1 %: РТПЦ (1,3 %), РЛС (0,3 %), ЗССС (0,1 %), прочие (1,4 %).

В 2025 году при экспертизе объектов РЭС (РТПЦ и ЗССС) удельный вес, не соответствующих гигиеническим нормативам объектов, составил 5,4 % и 13,3 % соответственно. Удельный вес обследованных объектов РЭС (БССС и прочие объекты РЭС), не соответствующих гигиеническим нормативам, по сравнению с 2024 годом: по БССС уменьшился в 1,9 раза (в 2025 г. – 0,9 %, в 2024 г. – 1,7 %); по прочим объектам РЭС увеличился в 1,3 раза (в 2025 г. – 3,9 %, в 2024 г. – 3,1 %).

Анализ жалоб населения на условия проживания, связанные с воздействием физических факторов, показал тенденцию к их увеличению как в сравнении с 2016 годом, так и с 2024 годом. Однако, удельный вес необоснованных жалоб населения на условия проживания, связанные с воздействием физических факторов, в 2025 году ниже СМУ (рис. 1.116).

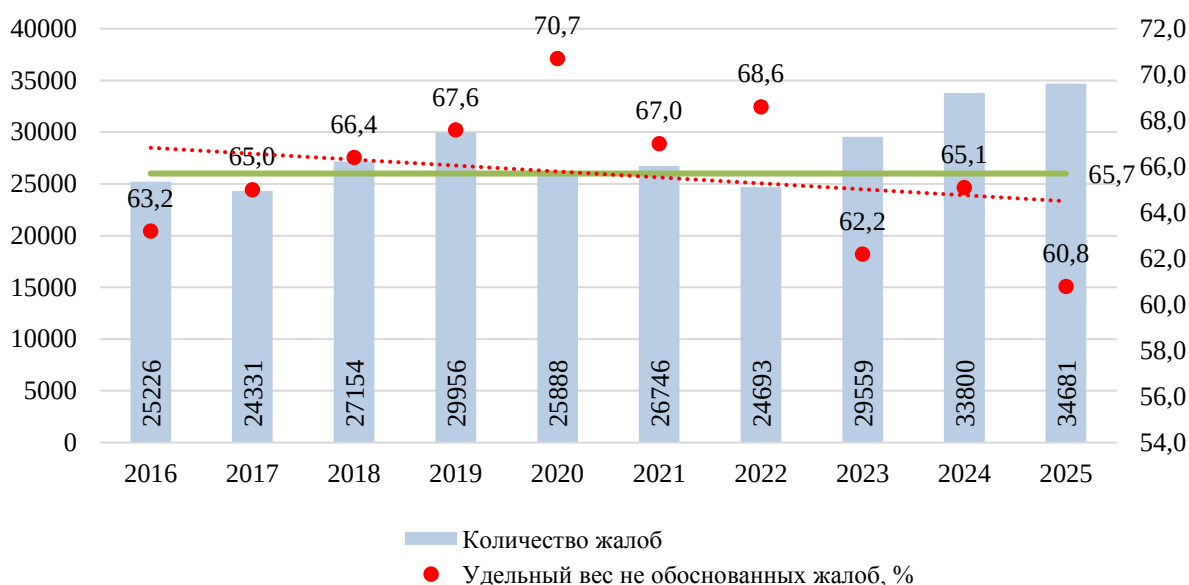


Рис. 1.116. Удельный вес необоснованных жалоб населения на условия проживания, связанные с воздействием физических факторов, %

В 2025 году зарегистрировано свыше 34,6 тыс. жалоб населения на неблагоприятное воздействие физических факторов. В структуре жалоб населения приоритетное место занимают акустический фактор – 75,4 %, ЭМП – 8,7 %, микроклимат – 5,4 % (рис. 1.117).

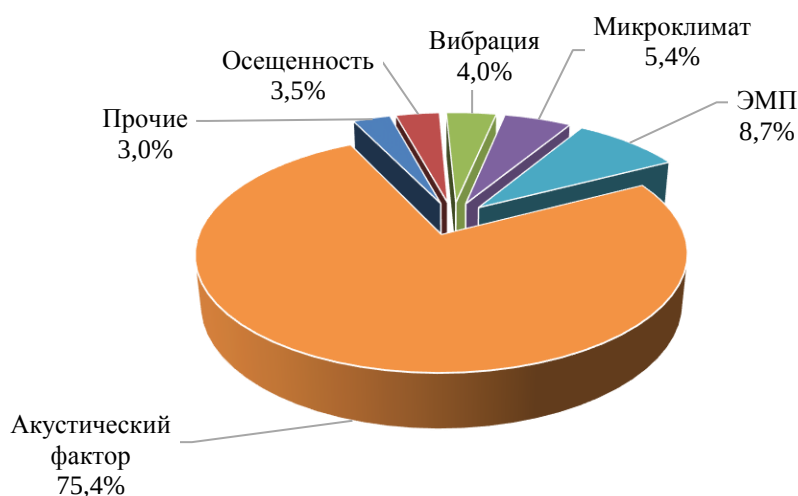


Рис. 1.117. Структура жалоб населения, связанных с воздействием физических факторов, в 2025 г., %

В 2025 году было рассмотрено 26 728 жалоб на повышенные уровни шума, из которых в 39,5 % выявлены превышения гигиенических нормативов (2024 г. – 35,1 %, 2023 г. – 37,1 %, 2022 г. – 31,9 %, 2021 г. – 32,9 %, 2020 г. – 27,2 %).

Среди объектов – источников шума, являющихся основанием для жалоб, лидирующее значение, как и в предыдущие годы, занимают предприятия общественного питания и торговли, имеющие значительное количество вентиляционного оборудования, холодильного оборудования, наружные блоки системы кондиционирования и охлаждения, встроенные (пристроенные) к жилым домам, спортивно-оздоровительные учреждения, предприятия отдыха и развлечения.

Количество измерений уровней шума от встроенно-пристроенных объектов 1–2-х этажей жилых домов значительно снизилось по сравнению с 2016 годом (в 2,6 раза). Удельный вес измерений уровней шума в жилых помещениях от встроенно-пристроенных объектов 1–2-х этажей жилых домов, не соответствующих гигиеническим нормативам, в 2025 году увеличился в 1,3 раза по сравнению с 2016 годом – с 14,9 % до 19,2 % и превышает СМУ (рис. 1.118).



Рис. 1.118. Удельный вес измерений уровней шума в жилых помещениях от встроенно-пристроенных объектов 1–2-х этажей жилых домов, не соответствующих гигиеническим нормативам в 2025 г., %

Общее число обращений и жалоб населения на размещение и эксплуатацию РЭС в 2025 году увеличилось в 1,3 раза относительно 2016 года, в то же время уменьшилось в 1,2 раза относительно 2024 года. Удельный вес обоснованных жалоб на РЭС увеличился по сравнению с 2016 годом с 11,1 % (2016 г.) до 33,3 % (2025 г.).

Современное состояние среды обитания человека характеризуется масштабным ростом факторов, неблагоприятно влияющих на условия проживания и здоровье. Ведущими физическими факторами являются акустический фактор (в основном транспортный шум), вибрация (в т. ч. в жилых и общественных зданиях), ЭМИ от РЭС и энергосистем. Воздействие этих факторов возрастает в условиях плотной застройки населенных пунктов. Особенно остро эта проблема стоит в крупных городах, в которых проживает большая часть населения.

В связи с этим мониторинг физических факторов остается приоритетным направлением деятельности организаций Роспотребнадзора, а совершенствование и разработка новых методик оценки и измерения уровней физических факторов позволят повысить результативность и эффективность его проведения.

1.1.8. Мониторинг радиационной обстановки и доз облучения населения

В соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 13 октября 2018 года № 585 «Основы государственной политики в области обеспечения ядерной и радиационной безопасности Российской Федерации на период до 2025 года и дальнейшую перспективу» обеспечение радиационной безопасности населения Российской Федерации является одной из важнейших составляющих национальной безопасности. Эффективное решение данной проблемы возможно только при наличии оперативного информационного обеспечения всей системы радиационной безопасности населения Российской Федерации, одним из важнейших источников информации, для

которой является мониторинг радиационной обстановки и доз облучения населения от всех основных источников ионизирующего излучения (ИИИ). В настоящей главе представлены результаты радиационного мониторинга, проводившегося на территории Российской Федерации, полученные на основе этих данных дозы облучения населения от всех основных ИИИ и соответствующие им радиационные риски. При этом использовались данные, полученные в 2024 году в рамках радиационно-гигиенической паспортизации территорий субъектов Российской Федерации и в рамках функционирования Единой государственной системы контроля и учета индивидуальных доз облучения населения (ЕСКИД) за 2024 год.

К основным ИИИ, практически полностью определяющим дозы облучения населения Российской Федерации, относятся: техногенные ИИИ в условиях их нормального использования, природные ИИИ, медицинские ИИИ и техногенное радиоактивное загрязнение, являющиеся результатом радиационных аварий и прошлой деятельности (техногенный фон).

На рис. 1.119 представлен вклад различных источников в среднюю годовую эффективную дозу облучения населения Российской Федерации в 2024 году.

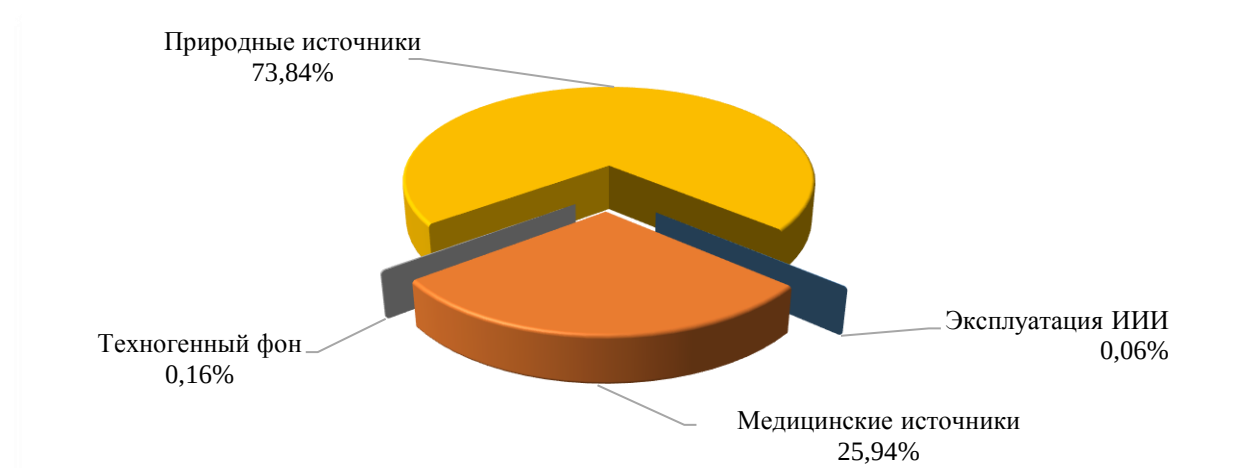


Рис. 1.119. Структура средней годовой эффективной дозы облучения населения Российской Федерации в 2024 г.

Как видно из представленного рисунка, природные и медицинские ИИИ определяют более 99 % дозы облучения Российской Федерации, причем при относительной стабильности доз природного облучения в последние годы отмечается постоянный рост доз медицинского облучения. В 2024 году средняя годовая эффективная доза облучения населения Российской Федерации составила 4,51 мЗв, из которых 3,33 мЗв приходилось на долю природных ИИИ, 1,17 мЗв – на долю медицинского облучения, 0,006 мЗв – на долю техногенного фона и 0,002 мЗв – на долю техногенного облучения за счет нормальной эксплуатации техногенных ИИИ. При этом средние по субъектам Российской Федерации годовые эффективные дозы облучения населения варьируют от 2,75 мЗв для Республики Чечня до 9,6 мЗв для Республики Алтай.

Радиационный мониторинг содержания радионуклидов в воде открытых водоемов и пищевой продукции, включая питьевую воду, осуществляется в рамках радиационно-гигиенической паспортизации и социально-гигиенического мониторинга.

Результаты исследований показали, что концентрации радионуклидов в последние годы сохраняются примерно на одном уровне. В большей части поверхностных водоемов России удельная активность ^{137}Cs и ^{90}Sr в воде значительно ниже уровней вмешательства (УВ) для этих радионуклидов в питьевой воде по НРБ-99/2009. Среднегодовая удельная

активность ^{90}Sr в р. Теча (п. Муслумово, Челябинская область) на 3 порядка превышает фоновый уровень для рек Российской Федерации.

Превышения гигиенических нормативов (уровней вмешательства) по удельной активности ^{137}Cs и ^{90}Sr в воде источников питьевого водоснабжения ни в одном из субъектов Российской Федерации не зарегистрированы.

В 2025 г. из общего количества источников централизованного водоснабжения (более 89 тыс.) центрами гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора было обследовано 25,5 % источников по показателям суммарной удельной альфа- и бета-активности (в 2024 г. – 35,5 %).

На рис. 1.120 представлена динамика результатов проведенных исследований удельной суммарной альфа- и бета-активности, и исследований удельной активности отдельных природных радионуклидов в пробах питьевой воды из источников централизованного водоснабжения.

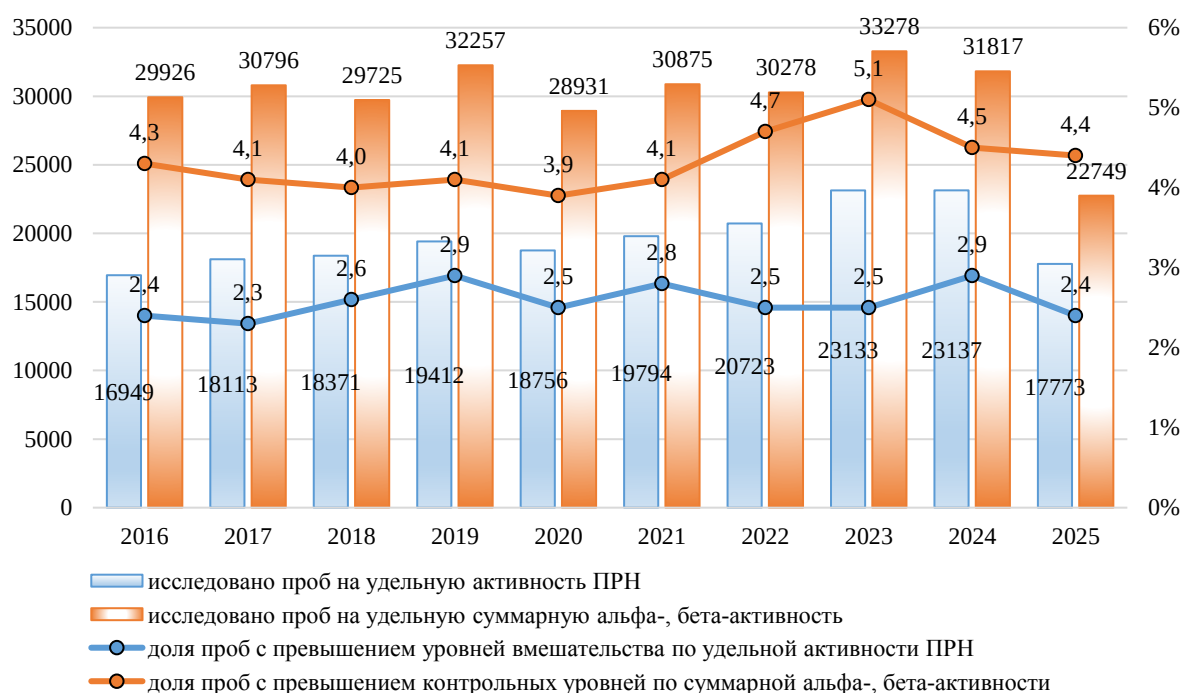


Рис. 1.120. Результаты исследований удельной суммарной альфа- и бета-активности и удельной активности природных радионуклидов (ПРН) в пробах питьевой воды

По сравнению с 2016 годом количество исследований суммарной удельной альфа- и бета-активности в пробах питьевой воды сократилось в 1,3 раза (с 29 926 до 22 749 исследований) при незначительном увеличении числа исследований удельной активности природных радионуклидов в 1,1 раза (с 16 949 до 17 773 исследований).

При этом в 40 субъектах Российской Федерации (в 2024 г. – 40) имели место случаи превышения контрольных уровней (КУ) первичной оценки суммарной удельной альфа- и бета-активности радионуклидов в пробах питьевой воды. В 8 субъектах Российской Федерации в 2025 г. доля таких проб составляла более 20 % (республики Хакасия, Бурятия; Московская, Ленинградская, Псковская, Кемеровская области; Забайкальский край; г. Санкт-Петербург). В основном, это были пробы питьевой воды из подземных источников водоснабжения, для которых необходимы дальнейшие исследования в части контроля показателей радиационной безопасности. Превышения суммарной бета-активности в пробах питьевой воды из централизованных источников питьевого водоснабжения населения выявлены в 17 случаях (0,08 % от общего числа отобранных проб).

Превышения УВ в питьевой воде отмечены в 32 субъектах Российской Федерации (в 2024 г. – в 31), из них наибольшая доля проб с превышением УВ отмечена в республиках Бурятия (21,4 %), Тыва (15,4 %), Саха (Якутия) (10,5 %) и Удмуртская (10,1 %); Забайкальском крае (35,0 %); Мурманской (30,8 %), Ленинградской (14,7 %), Оренбургской (11,2 %), Челябинской (11,0 %), Магаданской (10,5 %) областях; г. Санкт-Петербург (27,0 %); Еврейской автономной области (10,6 %).

Как видно из представленного рисунка, количество превышений держится на примерно одном уровне с небольшими колебаниями. Это является следствием постоянного контроля со стороны Роспотребнадзора и оперативным принятием решений при выявлении превышений.

В 2025 году центрами гигиены и эпидемиологии исследована 47 471 проба пищевых продуктов на содержание радионуклидов, из которых 130 проб (0,3 %) не соответствовали гигиеническим нормативам по содержанию радионуклидов, из них 32 пробы – по содержанию ^{137}Cs , 98 проб – по удельной суммарной альфа- и (или) бета-активности (упакованная питьевая вода, включая природную минеральную воду). По содержанию ^{90}Sr превышения гигиенических нормативов ни в одном из субъектов Российской Федерации не зарегистрировано. Динамика результатов исследований проб продовольственного сырья и пищевых продуктов на содержание техногенных радионуклидов в период с 2016 по 2025 год представлена на рис. 1.121.

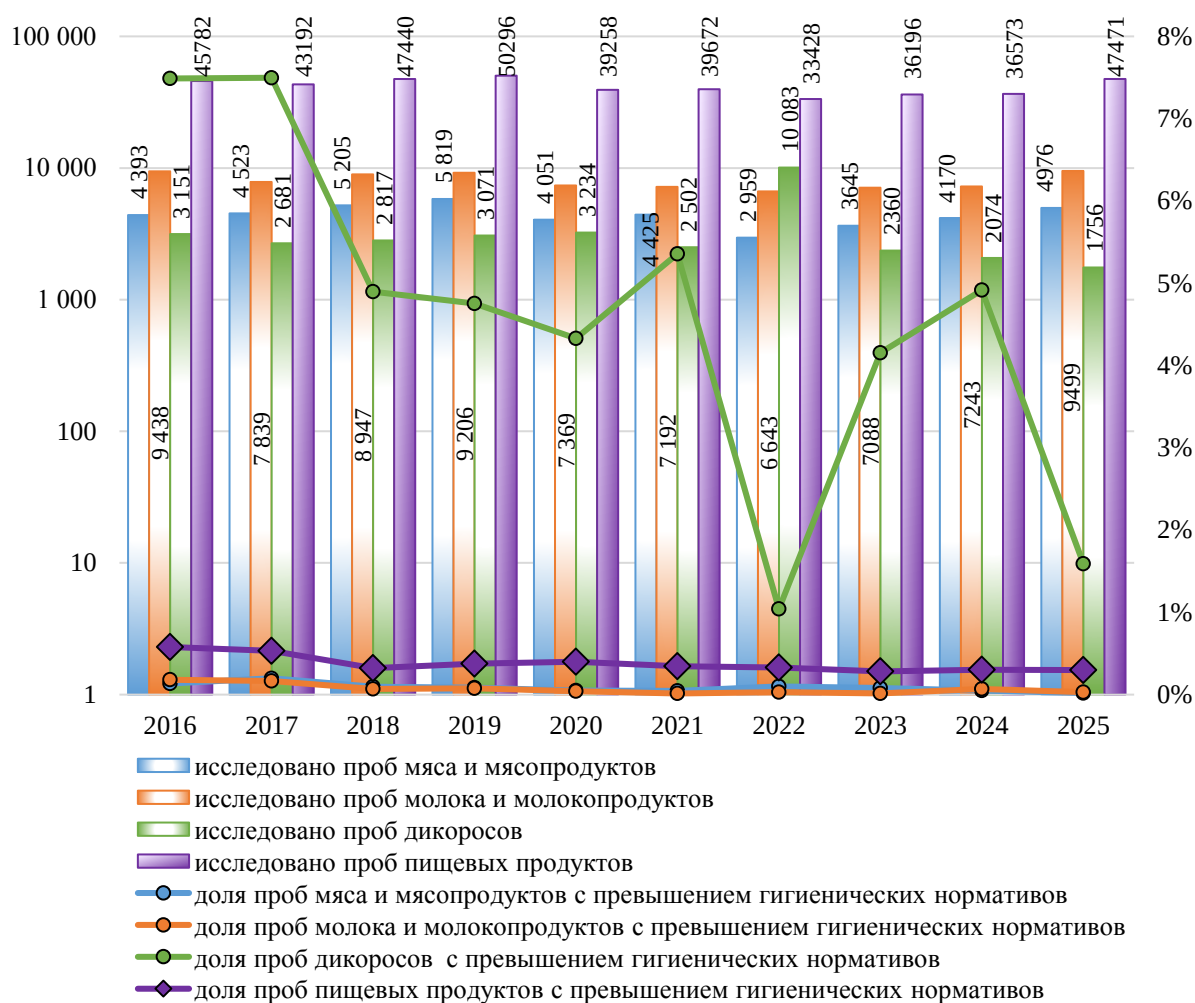


Рис. 1.121. Динамика результатов исследований проб продовольственного сырья и пищевых продуктов на содержание техногенных радионуклидов

Как видно из представленных результатов, количество исследованных проб пищевых продуктов незначительно увеличилось (с 45 782 до 47 471 проб) при существенном снижении количества проб, в которых удельная активность ^{137}Cs превышала гигиенические нормативы (с 2016 года в 8,3 раза).

Случаи превышения допустимого содержания радионуклидов в продуктах питания местного производства отмечены в Брянской области (32 пробы): в продуктах леса (14 проб грибов, 14 проб ягод), в продуктах, производимых в частном секторе (3 пробы молока и 1 проба мяса).

На рис. 1.122 представлено процентное соотношение проб различных пищевых продуктов, в которых в 2025 г. были превышены гигиенические нормативы по удельной активности ^{137}Cs . Как видно, основной вклад в статистику превышения гигиенических нормативов, более 87 %, вносят лесные грибы и ягоды, собираемые на загрязненных территориях.

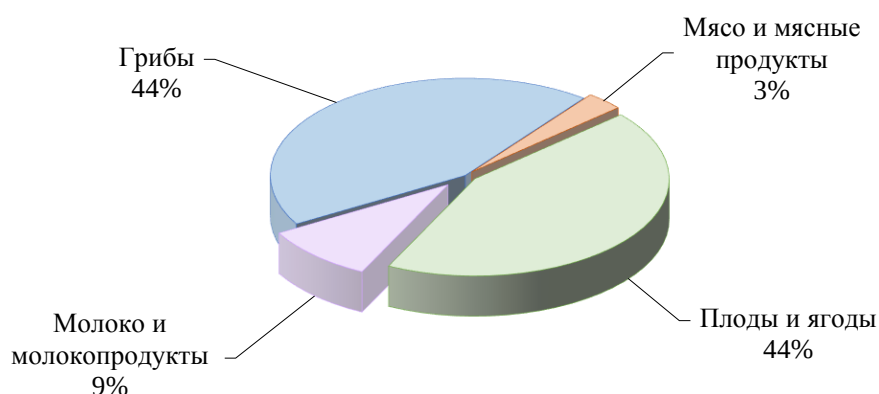


Рис. 1.122. Структура проб продовольственного сырья и пищевых продуктов, не соответствующих гигиеническим нормативам по содержанию ^{137}Cs в 2025 году

В 2025 г. были проведены измерения ЭРОА изотопов радона в воздухе 65 262 помещений. Содержание радона в воздухе более 98 % обследованных помещений жилых, общественных и производственных зданий соответствовало гигиеническим нормативам. Динамика результатов измерения ЭРОА изотопов радона в воздухе помещений в период с 2016 по 2025 год представлена на рис. 1.123.

В 4 субъектах Российской Федерации (республики Тыва и Чувашская; Белгородская область; Ханты-Мансийский автономный округ) отмечено превышение гигиенического норматива среднегодовой ЭРОА радона для строящихся жилых и общественных зданий (более 100 Бк/м³).

В 15 субъектах Российской Федерации (республики Алтай, Башкортостан, Саха (Якутия), Тыва, Чувашская; Белгородская, Волгоградская, Ивановская, Кемеровская, Новгородская, Оренбургская, Свердловская, Рязанская области; Алтайский и Забайкальский края) зарегистрированы превышения гигиенического норматива по среднегодовой ЭРОА радона в помещениях эксплуатируемых жилых и общественных зданий (более 200 Бк/м³).

Это подтверждает важность проведения данного вида радиационного мониторинга, учитывая то, что именно радон является основным источником облучения населения Российской Федерации.

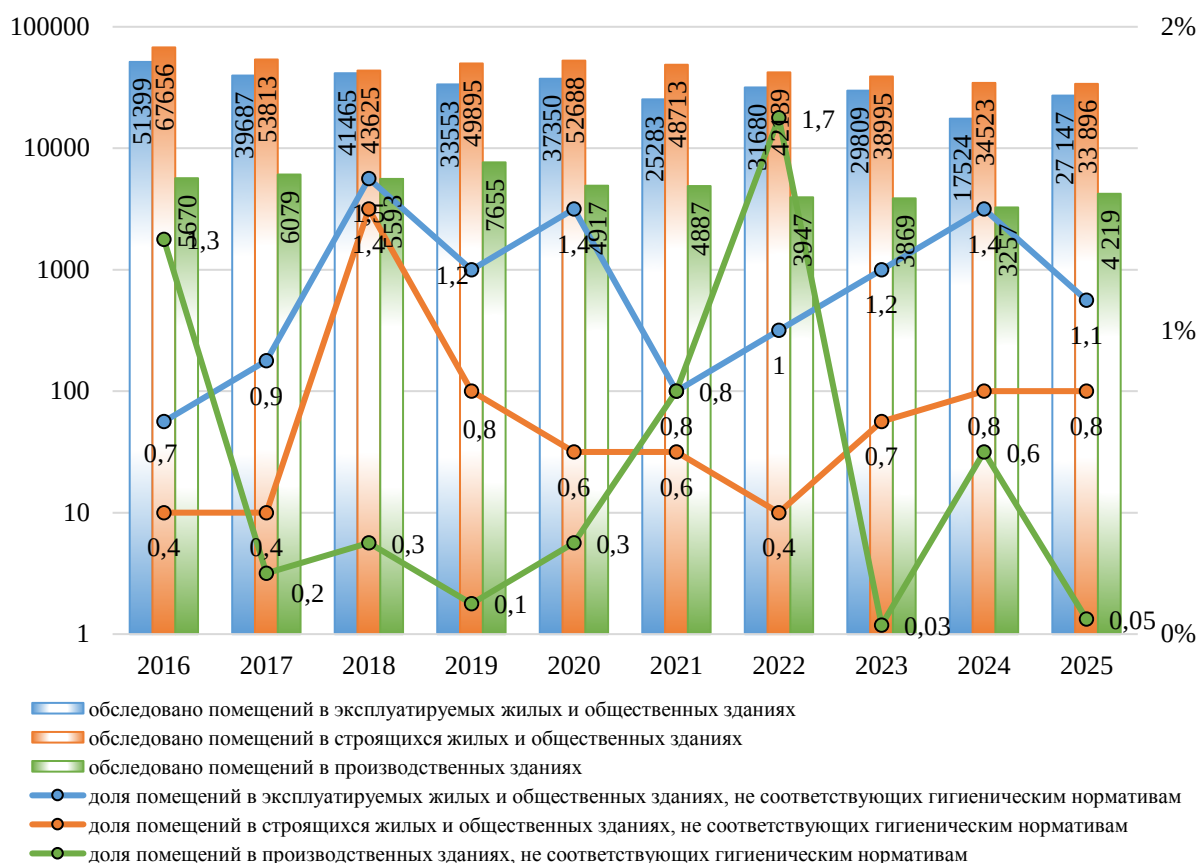


Рис. 1.123. Динамика количества помещений жилых, общественных и производственных зданий, обследованных на содержание радона в воздухе

За последние годы более 99 % исследованных образцов строительных материалов и изделий местного производства относились к I классу и могли использоваться без ограничения в строительстве (табл. 1.35).

Таблица 1.35

Распределение строительных материалов по классам

Годы	Число исследованных проб											
	местного производства				привозные из других субъектов Российской Федерации				импортируемые			
	всего	из них класса, %			всего	из них класса, %			всего	из них класса, %		
		I	II	III и IV		I	II	III и IV		I	II	III и IV
2016	11 019	99,3	0,6	0,1	2987	99,9	0,1	0,0	4816	87,4	12,58	0,02
2017	10 770	99,2	0,7	0,1	3678	98,1	1,9	0,0	3861	80,2	19,8	0,0
2018	10 226	98,5	1,4	0,1	1696	96,0	3,9	0,1	3363	74,0	26,0	0,0
2019	9760	98,2	1,5	0,3	2409	96,4	3,5	0,1	2931	77,5	22,4	0,1
2020	7381	97,6	0,6	1,8	1509	99,8	0,2	—	2822	99,3	0,7	—
2021	7140	99,6	0,3	0,1	1216	99,4	0,4	0,2	3371	99,8	0,2	—
2022	6641	99,6	0,4	—	797	99,6	0,4	—	1253	100	—	—
2023	7083	99,3	0,7	—	842	98,8	1,2	—	429	99,8	0,2	—
2024	6602	98,8	0,8	0,4	750	98,9	0,9	0,2	953	100	—	—
2025	5361	99,4	0,6	0,0	420	99,1	0,9	—	1520	99,9	0,1	—

Основная часть минерального сырья и материалов, содержащих природные радионуклиды, относится к I классу и может использоваться без ограничения в производственных условиях (табл. 1.36). Тем не менее, ежегодно выявляется от 4 % до 20 % проб строительных материалов, II и III класса. Проводимый радиационный мониторинг позволяет сократить количество таких материалов, используемых в жилищном строительстве, и не допустить необоснованного роста доз облучения населения.

Таблица 1.36

**Распределение минерального сырья и материалов,
содержащих природные радионуклиды, по классам**

Годы	Число исследованных проб											
	местного производства				привозные из других субъектов Российской Федерации				импортируемые			
	всего	из них класса, %			всего	из них класса, %			всего	из них класса, %		
		I	II	III и IV		I	II	III и IV		I	II	III и IV
2015	768	79,8	0,3	19,9	297	56,2	8,4	35,4	885	53,9	38,0	8,1
2016	742	95,7	1,9	2,4	842	91,9	1,5	6,5	1094	41,6	32,1	26,3
2017	635	94,8	3,3	1,9	635	86,8	10,2	3,0	1969	86,1	3,9	10,0
2018	1163	94,5	1,9	3,6	398	62,1	30,4	7,5	1576	74,6	7,9	17,5
2019	821	79,9	13,6	6,5	953	72,2	19,2	8,6	1272	58,6	14,4	27,0
2020	702	92,5	4,1	3,4	610	46,4	12,0	41,6	1605	60,2	7,7	32,1
2021	748	78,9	12,8	8,3	278	32,0	6,5	61,5	1 858	79,7	6,6	13,7
2022	824	89,9	3,9	6,2	302	49,0	18,2	32,8	693	77,8	6,5	15,7
2023	644	94,0	3,7	2,3	70	51,4	14,3	34,3	266	66,2	11,6	22,2
2024	495	94,2	2,4	3,4	82	35,4	7,3	57,3	239	44,8	24,6	30,6
2025	486	95,5	2,1	2,4	56	41,1	14,3	44,6	285	47,0	9,1	43,9

Ежегодная оценка средних индивидуальных годовых эффективных доз облучения населения субъектов Российской Федерации за счет природных источников ионизирующего излучения проводится по данным измерений, выполненных в течение конкретного отчетного года; интегральная оценка – на основе всех имеющихся данных измерений показателей природного облучения с 2001 по отчетный год. Ежегодное уточнение интегральной оценки с поступлением новых измерительных данных позволяет получить наиболее объективные значения доз природного облучения.

Интегральная оценка индивидуальной годовой эффективной дозы облучения за счет всех природных ИИИ (по данным радиационного мониторинга за период с 2001 по 2024 год) на 1 жителя Российской Федерации в среднем составляет 3,33 мЗв/год. В табл. 1.37 представлен вклад различных компонентов в суммарную дозу природного облучения в мЗв, а на рис. 1.124 – в %. Как видно из представленных материалов, основным дозообразующим фактором природного облучения населения Российской Федерации, обеспечивающим почти 60 % суммарной дозы за счет всех природных источников, является содержание радона, торона и их короткоживущих дочерних продуктов распада в воздухе помещений жилых и общественных зданий.

Таблица 1.37

Структура средней индивидуальной годовой эффективной дозы природного облучения населения Российской Федерации по данным исследований за период 2001–2024 гг.

Вклад в дозу	40К	Космическое излучение	Внешнее терригенное облучение	222Rn, 220Rn и их ДПР	Пищевые продукты	Питьевая вода	Атмосферный воздух	Суммарная доза
мЗв/год	0,17	0,339	0,68	1,97	0,131	0,038	0,006	3,33
%	5,10	10,16	20,40	59,09	3,93	1,14	0,18	100

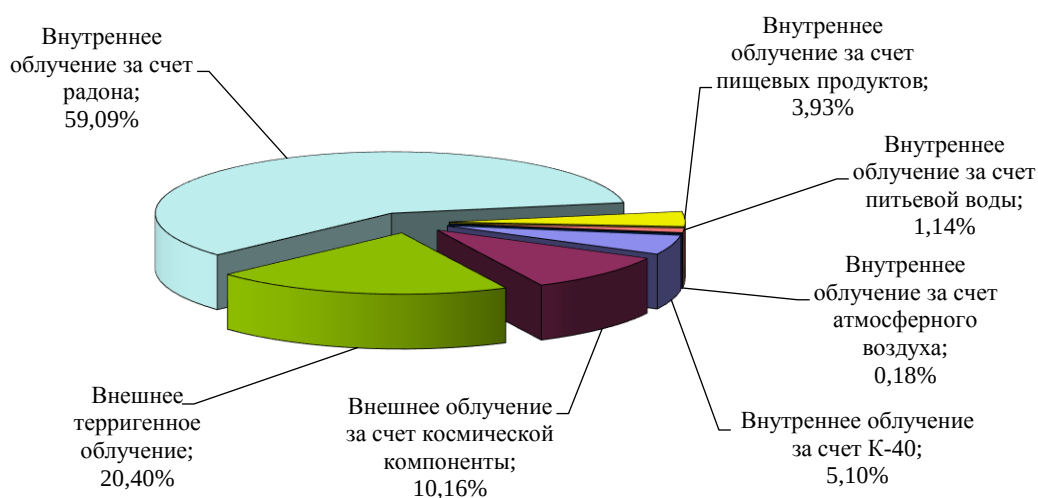


Рис. 1.124. Вклад отдельных природных источников в среднюю годовую эффективную индивидуальную дозу облучения населения Российской Федерации

На рис. 1.125 представлена динамика средних индивидуальных годовых эффективных доз природного облучения населения Российской Федерации за период с 2011 по 2024 год, полученных для каждого года с учетом результатов измерений только этого года, а также динамика интегральной оценки среднегодовой дозы природного облучения, полученной по данным объединенных измерений за период с 2001 г. по год проводимой оценки.

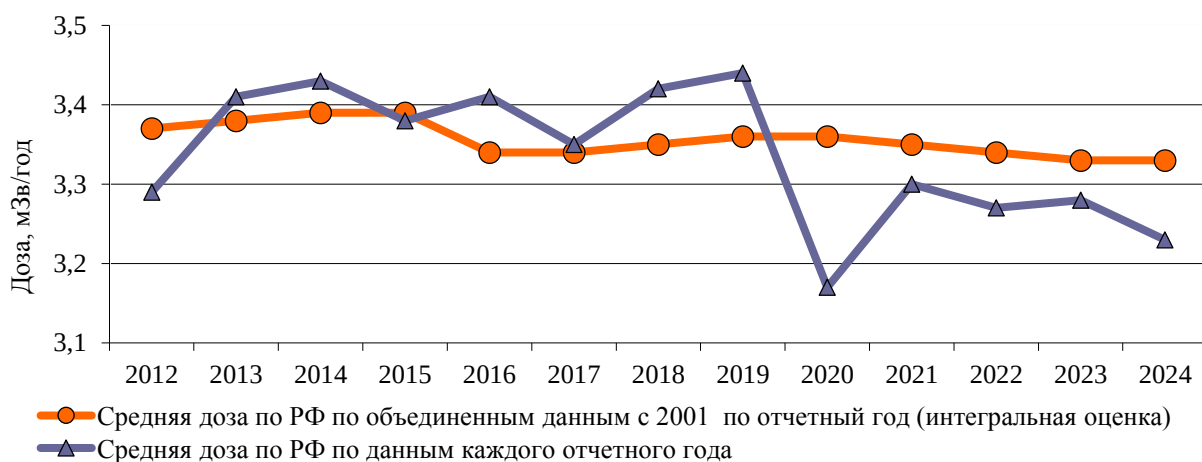


Рис. 1.125. Динамика средних индивидуальных годовых эффективных доз облучения населения Российской Федерации за счет природных ИИИ за период с 2012 по 2024 год, мЗв/год

Как видно, средние дозы природного облучения, полученные только по результатам мониторинга, проводимого в отчетном году, имеют значительные колебания, т.к. очень сильно зависят от радоноопасности территорий субъекта Российской Федерации, на которых проводились измерения. Дозовые оценки, полученные в результате анализа всей совокупности данных, полученных с 2001 года по отчетный год, значительно более адекватны и стабильны.

Средние по субъектам Российской Федерации индивидуальные годовые эффективные дозы облучения населения за счет природных источников ионизирующего излучения, оцененные по объединенным результатам всех исследований в период с 2001 по 2024 г., находятся в интервале от 2,06 мЗв/год (Камчатский край) до 8,69 мЗв/год (Республика Алтай). Повышенные (в интервале от 5,0 до 10,0 мЗв/год) средние дозы природного облучения, кроме населения Республики Алтай, получают также жители Забайкальского края (8,33 мЗв/год), Луганской Народной Республики (6,10 мЗв/год), Еврейской автономной области (6,02 мЗв/год), Республики Тыва (5,65 мЗв/год), Ставропольского края (5,35 мЗв/год), Иркутской области (5,15 мЗв/год) – всего 7 субъектов Российской Федерации. Ни для одного региона России средняя доза природного облучения не превышает 10,0 мЗв/год и не является высокой.

На рис. 1.126 представлен график распределения числа субъектов Российской Федерации по значениям средних индивидуальных годовых эффективных доз облучения населения за счет природных источников по данным за 2001–2024 гг.

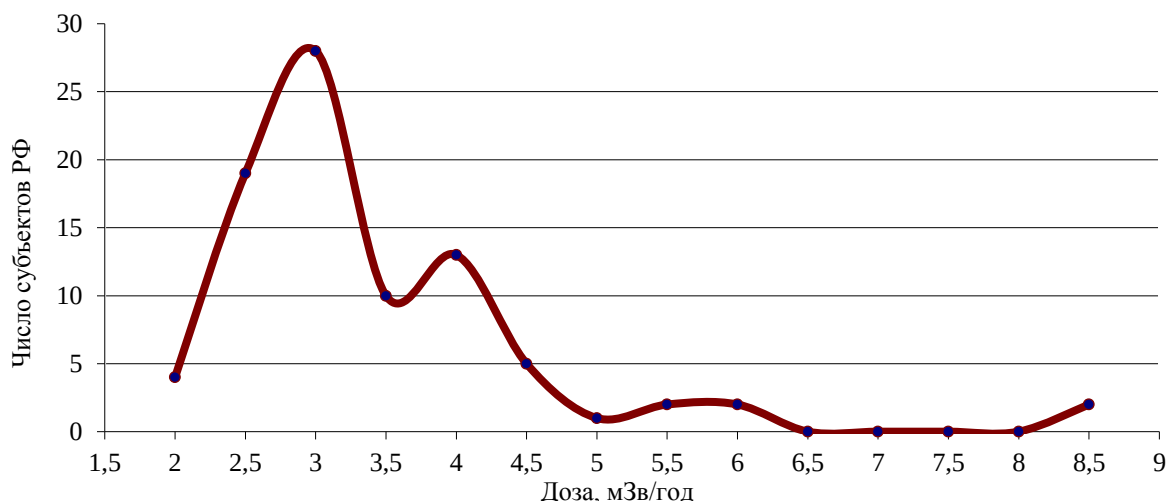


Рис. 1.126. Распределение числа субъектов Российской Федерации по значениям средних индивидуальных годовых эффективных доз облучения их населения за счет природных источников, по данным за 2001–2024 гг.

Как видно из представленных результатов, средняя годовая эффективная доза большей части субъектов Российской Федерации находится в диапазоне от 2 до 5 мЗв и лишь для 7 субъектов она превышает 5 мЗв, т. е. является повышенной.

На рис. 1.127 представлено ранжирование территории Российской Федерации по средней по субъекту Российской Федерации индивидуальной годовой эффективной дозе облучения населения за счет природных ИИИ.



Рис. 1.127. Средние по субъектам Российской Федерации индивидуальные годовые эффективные дозы облучения населения за счет природных ИИИ, по данным радиационного мониторинга за 2001–2024 гг.

Из представленного рисунка видно, что большая часть субъектов Российской Федерации, имеющих повышенное облучения населения природными источниками, расположены в горных районах России.

В ЕСКИД проводится контроль и учет доз медицинского облучения пациентов, незначительная часть доз пациентов оценивается по средним данным для данного вида процедур (расчетным методом). В 2023 году в 46 субъектах Российской Федерации все дозы медицинского облучения пациентов определялись по результатам измерений, а по Российской Федерации в целом процент измеренных доз пациентов составил 98,0 %, что на 2 % выше, чем в 2023 году.

Структура лучевой диагностики в 2024 г. не претерпела значительных изменений. В ней по-прежнему преобладают рентгенография (2024 г. – 89,4 %, 2023 г. – 89,7 %). Вклад компьютерной томографии составил 8,9 %; все остальные высокотехнологичные методы лучевой диагностики вносят менее 2 % вклада. Детальные сведения о структуре лучевой диагностики в 2024 г. представлены на рис. 1.128.

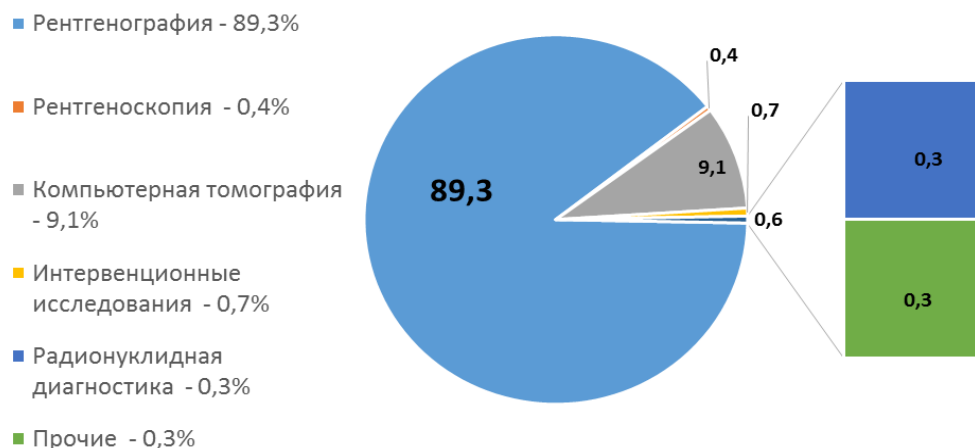


Рис. 1.128. Структура лучевой диагностики в Российской Федерации в 2024 г.

Наблюдается рост числа всех диагностических рентгенорадиологических процедур в России с 297,5 млн в 2023 г. до 319,7 млн в 2024 г. (на 22,2 млн). Коллективная доза медицинского облучения населения Российской Федерации в 2024 г. увеличилась – с 165,4 тыс. чел.-Зв. в 2023 г. до 177,7 тыс. чел.-Зв в 2024 г. (рис. 1.129).

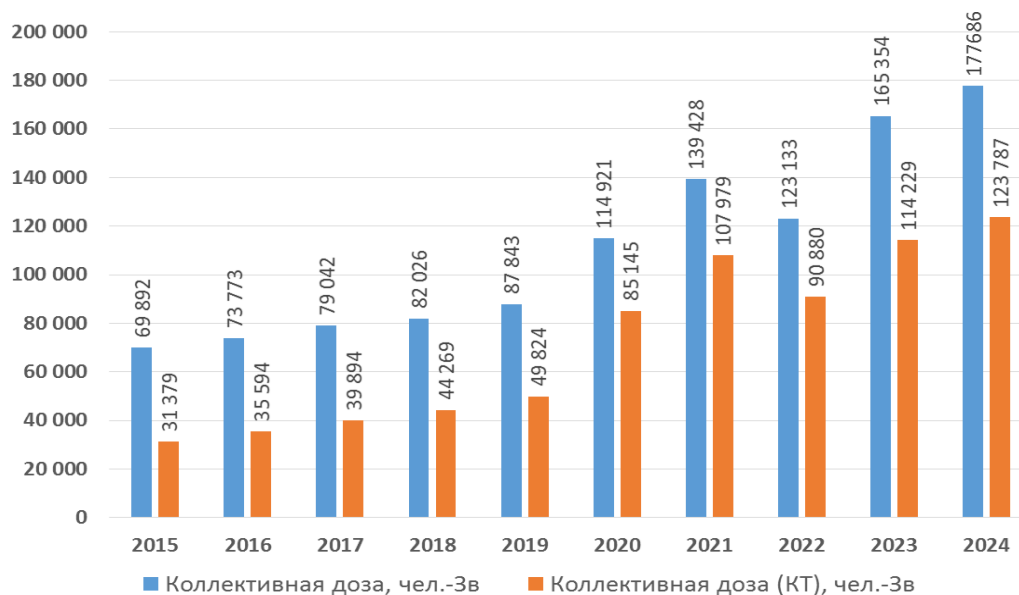


Рис. 1.129. Динамика изменения значений коллективной дозы медицинского облучения в период 2015–2024 гг.

Динамика вклада основных видов рентгенорадиологических исследований в коллективную дозу медицинского облучения в период 2013–2024 гг. представлена на рис. 1.130. Основной вклад в коллективную дозу медицинского облучения вносит компьютерная томография – 123,7 тыс. чел.-Зв. (70 %).

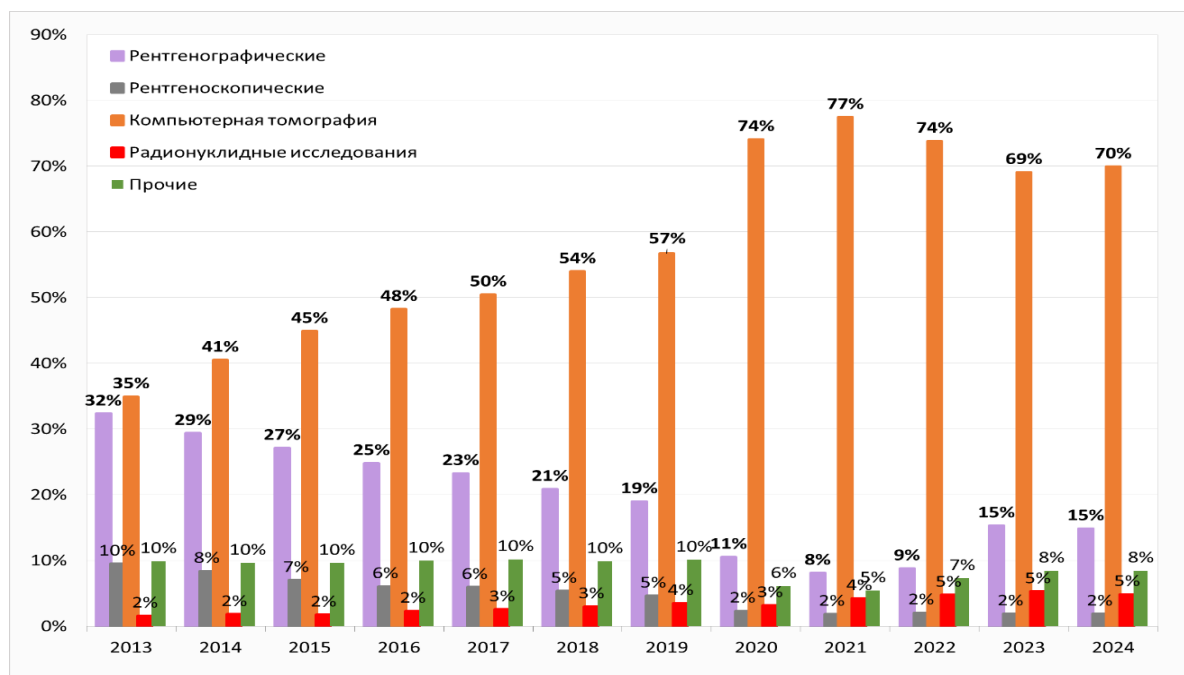


Рис. 1.130. Динамика вклада основных видов рентгенорадиологических исследований в коллективную дозу медицинского облучения в период 2013–2024 гг., %

Рост числа процедур был зафиксирован для всех видов лучевой диагностики. Число рентгенографических процедур увеличилось на 3,7 %, процедур компьютерной томографии на 8 %, интервенционных исследований – 5,6 % соответственно. Число диагностических радионуклидных исследований также выросло на 4,6 %. Для процедур, отнесенных к категории «Прочие», произошло снижение на 20 %. Это может быть объяснено появлением в новой форме № 3-ДОЗ четких критериев отнесения процедур к данной категории.

Коллективная доза за счет диагностического медицинского облучения в 2024 году выросла с 169 тыс. чел.-Зв в 2023 году до 177 тыс. чел.-Зв (рост на 5 %). Коллективные дозы увеличились для всех видов лучевой диагностики за исключением процедур, отнесенных к категории «Интервенционные исследования». Увеличение коллективной дозы для всех видов лучевой диагностики связано и с увеличением количества процедур, и с увеличением дозы за одну процедуру. В 2024 году 97,4 % доз получены инструментальным методом, который наиболее точно отражают реальную картину.

В 25 регионах коллективные дозы от КТ исследований снизились или остались неизменными. В 36 регионах коллективные дозы от КТ увеличились на 10–50 %. В 7 регионах коллективные дозы от КТ исследований выросли более чем на 50 % за 2024 год. И в 1 регионе (Ямало-Ненецкий автономный округ) произошло увеличение коллективных доз от компьютерно-томографических исследований по сравнению с 2023 годом более чем в два раза.

В 2024 г. максимальные значения количества компьютерно-томографических исследований и коллективной дозы за счет проведенных компьютерных томографий были зафиксированы в г. Москве (4046 тыс. процедур и 19 280 чел.-Зв), в Краснодарском крае (1667 тыс. процедур и 10 485 чел.-Зв), в г. Санкт-Петербурге (1836 тыс. процедур и 8175 чел.-Зв), в Московской (1620 тыс. процедур и 6744 чел.-Зв) и в Свердловской (973 тыс. процедур и 3674 чел.-Зв) областях.

В 2024 году произошло повышение средних доз медицинского облучения как на одного жителя, так и на одну процедуру. Как видно из приведенных результатов, с 2013 по 2024 год средняя годовая доза медицинского облучения в расчете на одного жителя увеличилась с 0,45 до 1,17 мЗв. Средняя доза на одну процедуру за этот период также увеличилась с 0,26 мЗв до 0,56 мЗв, в основном, за счет активного внедрения компьютерной томографии.

Максимальные годовые эффективные дозы медицинского облучения в среднем на одного жителя в 2024 году были зарегистрированы в Краснодарском крае (2,18 мЗв), в г. Санкт-Петербурге (2,0 мЗв), г. Москве (1,96 мЗв), в Республике Коми (1,93 мЗв), в Ямало-Ненецком автономном округе (1,81 мЗв) и в Тюменской области (1,71 мЗв) (рис. 1.131). Всего в 41 субъекте Российской Федерации годовые эффективные дозы медицинского облучения в среднем на одного жителя в 2024 году превысили 1 мЗв, при среднем значении по Российской Федерации 1,17 мЗв/год. В 2023 году таких регионов было 29. Максимальный вклад в среднюю суммарную дозу на жителя в названных регионах дает компьютерная томография.

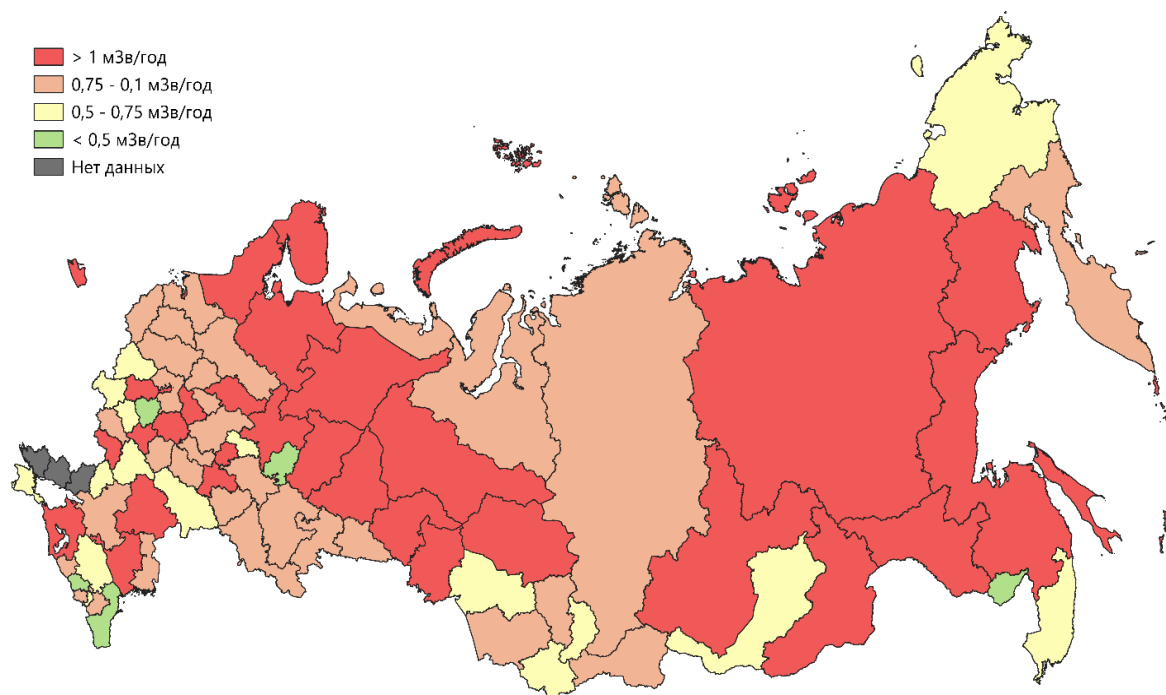


Рис. 1.131. Ранжирование субъектов Российской Федерации по величине средней годовой эффективной дозы медицинского облучения в 2024 г.

Средняя по Российской Федерации доза на одну рентгенорадиологическую диагностическую процедуру не изменилась по сравнению в 2023 годом и составила 0,56 мЗв при разбросе средних величин по субъектам Российской Федерации до 3 раз. Наибольшие значения средних доз на процедуру получаются при радионуклидной диагностике, при специальных исследованиях и при компьютерно-томографических исследованиях. Среднее значение дозы на процедуру для всех видов исследований превышает 0,5 мЗв для 37 регионов, приславших данные за 2024 год.

Основным фактором, обусловившим такие изменения в уровнях медицинского облучения населения Российской Федерации, является снижение использования компьютерной томографии для ранней (первичной) диагностики новой коронавирусной инфекции COVID-19 и возвращение медицинских организаций к работе в стандартном режиме.

Как видно из представленных результатов, вклад медицинского облучения в дозу облучения населения России постоянно растет, по мере дальнейшего внедрения высокоинформативных методов лучевой диагностики. Важной задачей является не допустить необоснованного роста этого компонента дозы. Основными инструментами этого являются контроль и учет доз пациентов и внедрение в медицинскую практику использования референтных диагностических уровней, методическое обеспечение получения которых разработано Роспотребнадзором.

В 2024 году в Российской Федерации по данным радиационно-гигиенической паспортизации 25 006 организаций использовали в своей деятельности техногенные источники ионизирующего излучения, в том числе 46 организаций, относящихся к I категории потенциальной радиационной опасности, при аварии на которых возможно аварийное радиационное воздействие на население. В Российской Федерации в 2024 г. использовалось более 162,7 тыс. установок с источниками ионизирующего излучения, из них 83,6 тыс. установок с генерирующими ИИИ. Необходимо отметить, что по данным радиационно-гигиенической паспортизации, количество радиационных объектов в Российской Федерации постоянно увеличивается (рис. 1.132).

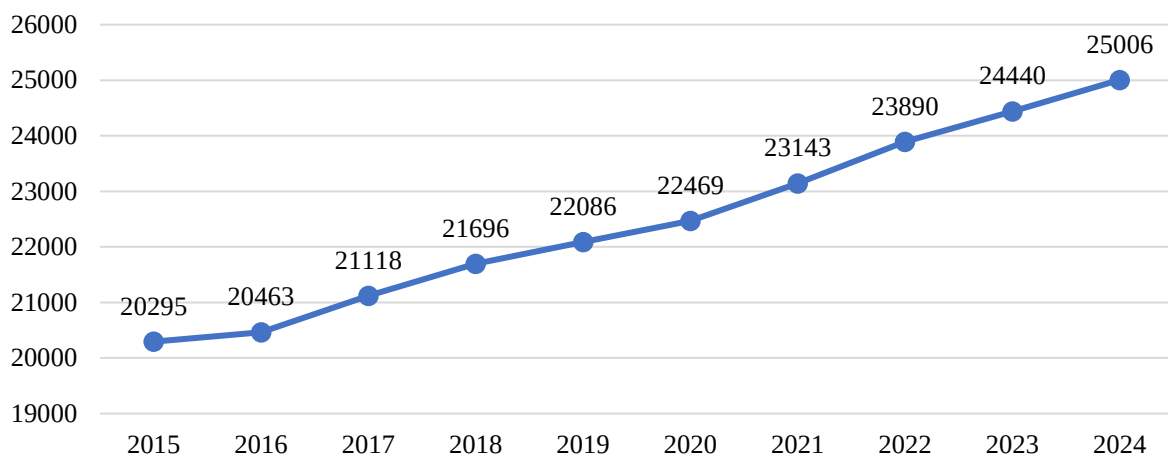


Рис. 1.132. Динамика количества радиационных объектов за период с 2015 по 2024 год

Численность персонала радиационных объектов в 2024 г. составила 327 606 человек. Из них 239 697 человек персонал группы А и 87 909 человек персонал группы Б. На рис. 1.133 представлена динамика численности персонала группы А и группы Б в Российской Федерации с 2015 по 2024 год.

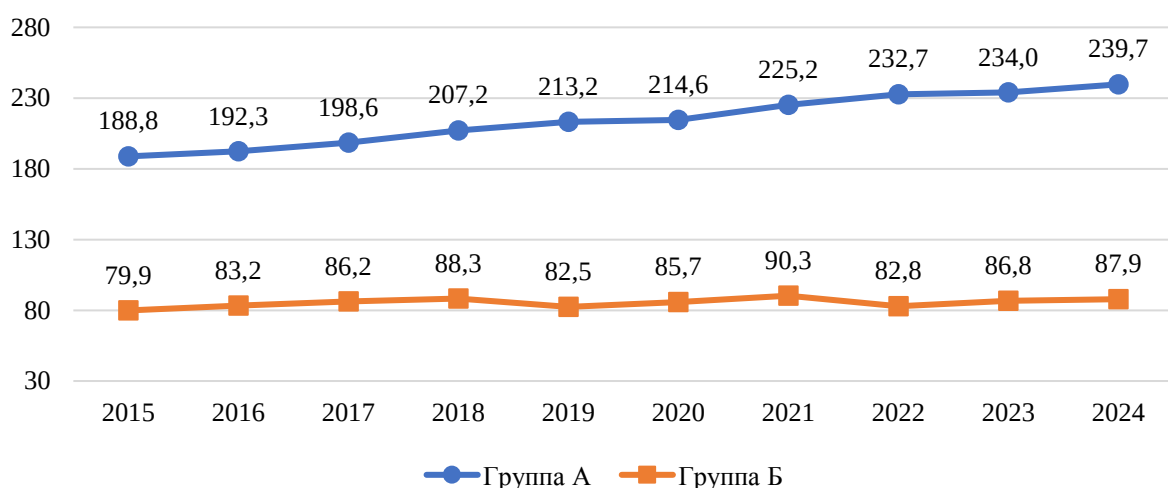


Рис. 1.133. Динамика численности персонала, работающего с техногенными источниками ионизирующего излучения, 2015–2024 гг., тыс. чел.

Средняя годовая эффективная доза персонала группы А в 2024 году составила 1,13 мЗв/год, а персонала группы Б – 0,22 мЗв/год. Вместе с тем в 2024 г. зарегистрировано 14 случаев превышения годовой эффективной дозы 20 мЗв/год и 4 случая превышения годовой эффективной дозы 50 мЗв/год для персонала группы А. Для персонала группы Б зарегистрировано 13 случаев превышения годовой эффективной дозы 5 мЗв/год.

На рис. 1.134 представлены данные по средним годовым индивидуальным дозам персонала группы А и группы Б.

Данные о количестве случаев превышений годовой эффективной дозы для персонала группы А (20 мЗв/год) и группы Б (5 мЗв/год) за период с 2015 по 2024 год представлены на рис. 1.135.

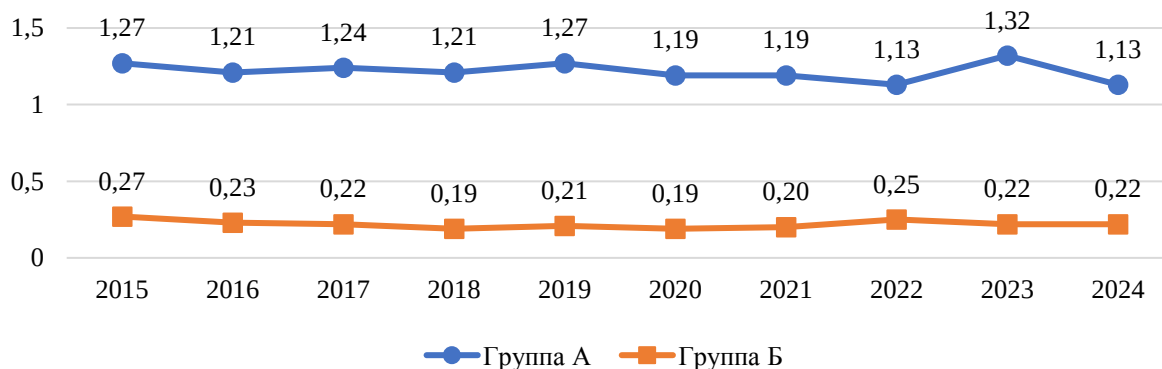


Рис. 1.134. Динамика средних индивидуальных доз облучения персонала радиационных объектов с 2015 по 2024 г., мЗв/год

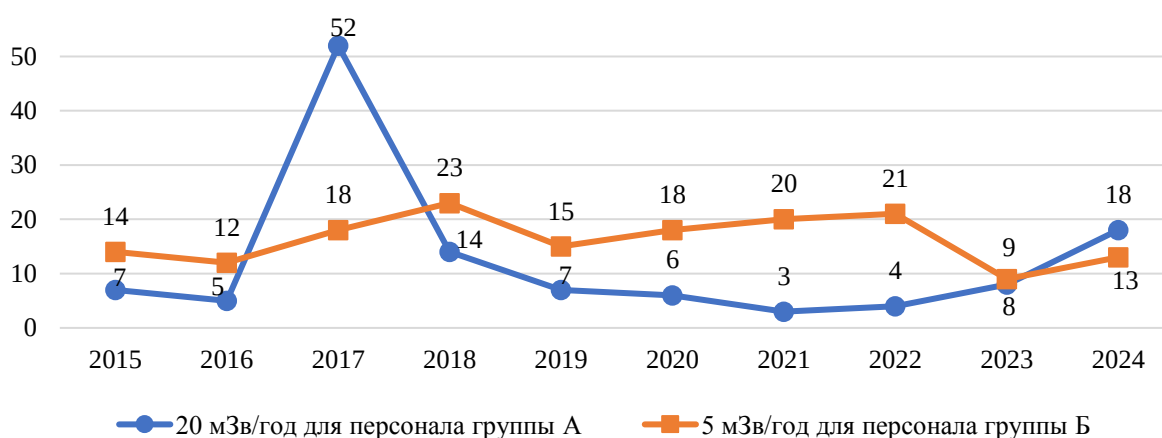


Рис. 1.135. Число лиц из персонала с годовой индивидуальной дозой производственного облучения более 20 мЗв/год для персонала группы А и более 5 мЗв/год для персонала группы Б

В таблице 1.38 представлены данные, характеризующие, число организаций различного вида, осуществлявших в 2024 г. обращение с техногенными ИИИ, численность в них персонала группы А и группы Б, средние и максимальные индивидуальные дозы производственного облучения персонала группы А и группы Б в этих организациях. Видно, что в 2024 году наибольшие средние индивидуальные дозы производственного облучения имел персонал группы А организаций, относящихся к геологоразведочным и добывающим (1,76 мЗв/год) и к пунктам захоронения РАО (1,65 мЗв/год). Наибольшие максимальные индивидуальные дозы были зарегистрированы в медучреждениях (1 540,76 мЗв/год).

Таблица 1.38

Численность, средние и максимальные индивидуальные дозы производственного облучения персонала групп А и Б в организациях различного вида, осуществлявших обращение с техногенными ИИИ в 2024 году

Виды организаций	Число организаций	Группа	Численность, чел.	Средняя доза, мЗв/год	Макс. доза, мЗв/год
1	2	3	4	5	6
Медучреждения	18 976	А	104 354	0,96	1540,76
		Б	11 477	0,87	9,95
Промышленные	2697	А	31 092	1,37	51,30
		Б	12 389	0,38	3,80

Продолжение табл. 1.38

1	2	3	4	5	6
Прочие	2631	А	36 458	1,01	17,78
		Б	3046	0,53	5,10
Научные и учебные	355	А	7605	0,91	19,47
		Б	4181	0,19	2,96
Геологоразведочные и добывающие	177	А	6561	1,76	19,62
		Б	1048	0,34	2,76
Таможенные	96	А	5492	0,79	3,19
		Б	54	0,52	1,08
Пункты захоронения РАО	15	А	419	1,65	31,96
		Б	142	0,37	1,38
Прочие особо радиационно опасные	48	А	25 328	1,05	18,82
		Б	40 290	0,12	1,00
Атомные электростанции	11	А	22 388	0,97	15,91
		Б	15 282	0,14	0,32
Всего	25 006	А	239 697	1,13	1540,76
		Б	87 909	0,22	9,95
		(А + Б)	327 606	0,89	1540,76

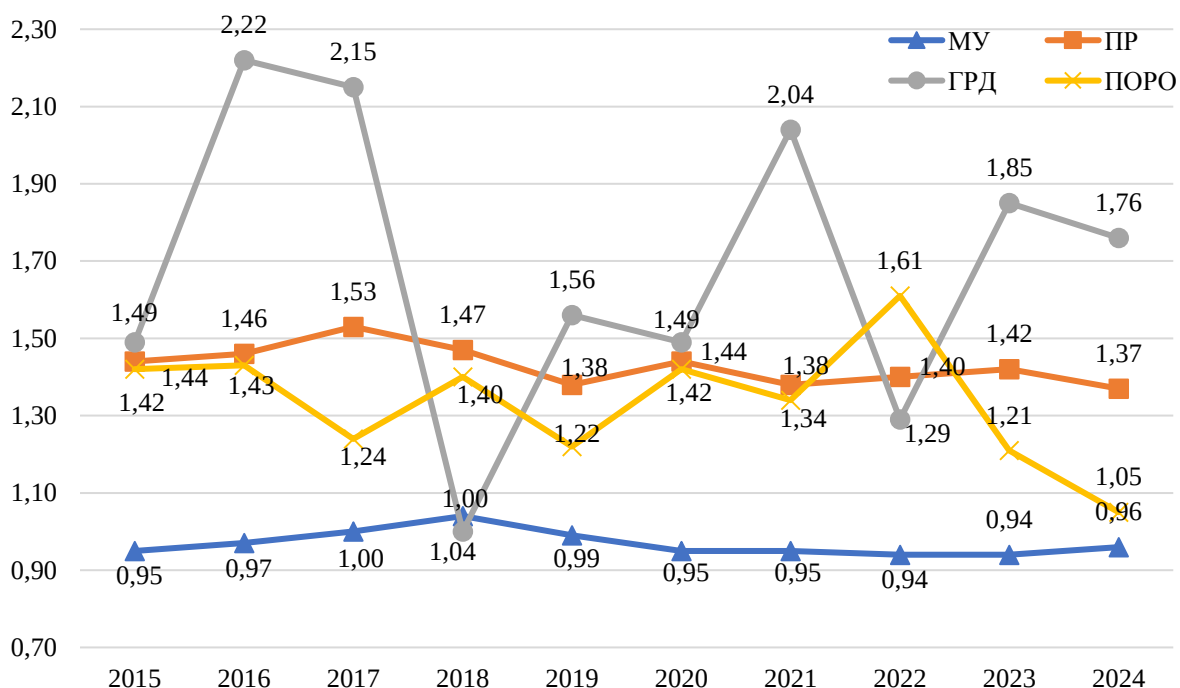


Рис. 1.136. Динамика средних годовых доз персонала группы А медучреждений (МУ), промышленных предприятий (ПР), геологоразведочных и добывающих (ГРД) и прочих особо радиационно опасных (ПОРО) организаций, мЗв/год

На рис. 1.136 представлена динамика средних годовых доз производственного облучения персонала группы А организаций, имеющих наибольшие средние дозы за последние 10 лет. Как видно наибольшие средние дозы за 2024 год имеют место для персонала геологоразведочных и добывающих предприятий, и они подвержены значительным колебаниям, хотя практически на порядок меньше среднегодового

предела дозы для персонала группы А (20 мЗв/год). Наиболее стабильны средние годовые дозы персонала группы А медучреждений.

В целом по Российской Федерации коллективная доза техногенного производственного облучения персонала радиационных объектов в 2024 г. составила около 290 чел.-Зв, что менее 0,06 % от полной коллективной дозы населения Российской Федерации от всех ИИИ.

Согласно поступившим донесениям, в 2025 г. зарегистрировано 138 случаев радиационных аварий и ситуаций санитарно-эпидемиологического характера, связанных с потерей контроля над источниками ионизирующего излучения (далее – РА), в 18 субъектах Российской Федерации.

Наиболее распространенными причинами РА в 2025 году являлись: попытка утилизации ИИИ на полигонах твердых бытовых отходов (41 случай); прихват/обрыв ИИИ в скважине при геофизических исследованиях (25 случаев); нарушение правил транспортирования радиоактивных веществ (таможенный контроль) (19 случаев).

При РА, связанных с попыткой утилизации ИИИ на полигонах ТБО, источниками являлись средства личной гигиены (подгузники, прокладки), загрязненные радионуклидами ^{99}mTc , ^{123}I , ^{131}I , ^{177}Lu , ^{57}Co , ^{133}Xe . Данные радионуклиды используются медицинскими учреждениями при проведении радионуклидных процедур. Из 51 случая 45 были выявлены в Москве. Отдельные случаи выявлены также в Тюменской, Челябинской и Нижегородской областях. Значения мощности амбиентного эквивалента дозы (далее – МАЭД) варьировали от 0,3 до 380 мкЗв/ч на расстоянии 0,1 м от ИИИ.

В 2025 году зафиксировано 25 случаев прихвата или обрыва геофизического оборудования с ИИИ при бурении нефтяных и газовых скважин. Во всех случаях радиационное воздействие на персонал и окружающую среду отсутствовало, при ликвидации аварийной ситуации проводился постоянный радиационный контроль.

Все случаи РА, связанные с нарушением правил транспортирования радиоактивных веществ (19 случаев), выявлены при таможенном досмотре. Наиболее часто (6 случаев) выявлялись ИИИ, представленные потребительскими товарами (игральные карты, дистанционные переключатели и пр.). Также регистрировались повышенные значения МАЭД от минерального сырья (5 случаев) и строительных материалов (4 случая).

До настоящего времени остаются территории с зонами радиоактивного загрязнения, образовавшимися в результате прошлых радиационных аварий, где в отношении отдельных групп населения не полностью обеспечивается выполнение нормативных требований радиационной безопасности.

Согласно «Перечню населенных пунктов, находящихся в границах зон радиоактивного загрязнения вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС» утвержденному Правительством Российской Федерации 28 марта 2023 года в настоящее время к радиоактивно загрязненным вследствие аварии на Чернобыльской АЭС территориям относятся территории 3792 населенных пунктов (далее – НП) 14 субъектов Российской Федерации, с численностью населения около 1,5 млн человек. Радиационная обстановка на этих территориях до настоящего времени определяется наличием долгоживущего радионуклида ^{137}Cs . Наибольшие площади радиоактивного загрязнения расположены в Брянской, Калужской, Орловской и Тульской областях.

Выполненные расчеты показали, что численные значения среднегодовой эффективной дозы СГЭД90 в радиоактивно загрязненных областях России варьируют в диапазоне от сотых долей мЗв/год до 5,1 мЗв/год. При этом количество НП, в которых СГЭД90 равна или превышает 1,0 мЗв/год, составляет 88. Из них в 1 НП эта величина оказалась выше 5,0 мЗв/год. Все они находятся в Брянской области (табл. 1.39).

Таблица 1.39

Распределение населенных пунктов субъектов Российской Федерации, отнесенных к зонам радиоактивного загрязнения, по величине средней годовой эффективной дозы облучения жителей в 2025 году (СГЭД90)

Субъект Российской Федерации	Количество населенных пунктов	В том числе в интервалах СГЭД90, мЗв/год				
		<0,3	0,3–1,0	1–5	> 5,0	Максимум
Белгородская область	77	77	–	–	–	0,06
Брянская область	749	414	247	87	1	5,09
Воронежская область	72	72	–	–	–	0,07
Калужская область	289	256	33	–	–	0,63
Курская область	153	153	–	–	–	0,15
Ленинградская область	29	29	–	–	–	0,07
Липецкая область	68	68	–	–	–	0,09
Орловская область	819	814	5	–	–	0,32
Пензенская область	30	30	–	–	–	0,09
Республика Мордовия	15	15	–	–	–	0,11
Рязанская область	271	271	–	–	–	0,22
Тамбовская область	6	6	–	–	–	0,04
Тульская область	1209	1200	9	–	–	0,39
Ульяновская область	5	5	–	–	–	0,07
Итого:	3792	3410	294	87	1	5,09

Согласно проведенным исследованиям, в 63 НП Брянской области, отнесенных к зонам радиоактивного загрязнения постановлением Правительства Российской Федерации от 28.03.2023 № 745-р, средняя индивидуальная накопленная за период 1986–2024 гг. эффективная доза облучения жителей равна или превышает 70 мЗв (при максимальном значении 323 мЗв). В 4 НП Брянской области накопленная доза превышает 150 мЗв.

Для НП всех других субъектов Российской Федерации, подвергшихся радиоактивному загрязнению в результате аварии на Чернобыльской АЭС, средние индивидуальные накопленные эффективные дозы не превышают и не превысят в дальнейшем 70 мЗв.

Годовая эффективная доза является количественной характеристикой возможных вредных последствий облучения. Критерием выполнения требований радиационной безопасности населения НП является значение средней годовой эффективной дозы техногенного облучения критической группы населения (СГЭДкрит) данного НП менее 1 мЗв. При выполнении этого условия для всех жителей НП будут выполняться условия радиационной безопасности в отношении техногенного облучения.

В соответствии с данным дозовым критерием, по состоянию на 2024 год из 3792 НП (в соответствии с новым перечнем Правительства) не соответствуют данному критерию только 61 НП, находящихся в Брянской области. Численные значения СГЭДкрит в радиоактивно загрязненных областях России варьируют в диапазоне от сотых долей мЗв/год до 5,4 мЗв/год.

В результате производственной деятельности ПО «Маяк» в настоящее время имеются радиоактивно загрязненные техногенными радионуклидами ^{137}Cs и ^{90}Sr территории в Курганской, Свердловской и Челябинской областях. Радиационная обстановка, обусловленная деятельностью ПО «Маяк», остается в целом

удовлетворительной. Средняя годовая эффективная доза населения и его критических (наиболее облучаемых) групп за счет радиоактивного загрязнения местности ни в одном из населенных пунктов, расположенных на этих территориях, не превышает 1 мЗв.

Для сравнительной характеристики прогнозируемого вредного воздействия на здоровье населения радиационного воздействия оценен индивидуальный пожизненный радиационный риск для населения Российской Федерации при всех основных сценариях облучения.

Наиболее значительный вклад в величину среднего индивидуального пожизненного радиационного риска для населения Российской Федерации в 2024 году, как и в предыдущие годы, внесло облучение радоном и дочерними продуктами его распада в воздухе помещений. На рис. 1.137 представлено ранжирование субъектов Российской Федерации по величине среднего индивидуального пожизненного радиационного риска для населения за счет воздействия радона в 2024 г.

На всей территории Российской Федерации (за исключением Владимирской, Орловской, Саратовской областей и Чукотского автономного округа) средний по субъектам Российской Федерации индивидуальный пожизненный радиационный риск за счет облучения радоном составил не менее $1,0 \times 10^{-4}$. При этом по результатам измерений в 2024 году максимальное значение данного показателя отмечается в республике Алтай, республике Тыва и Оренбургской области – $1,5 \times 10^{-3}$, $8,1 \times 10^{-4}$ и $7,1 \times 10^{-4}$ соответственно. По результатам всех измерений, проведенных с 2001 года, в перечень регионов, в которых стабильно отмечаются повышенные по сравнению с другими регионами показатели индивидуального пожизненного риска у населения от воздействия радона и его дочерних продуктов распада, входят: Республика Тыва; Алтайский, Забайкальский и Ставропольский края; Иркутская область и Еврейская автономная область.

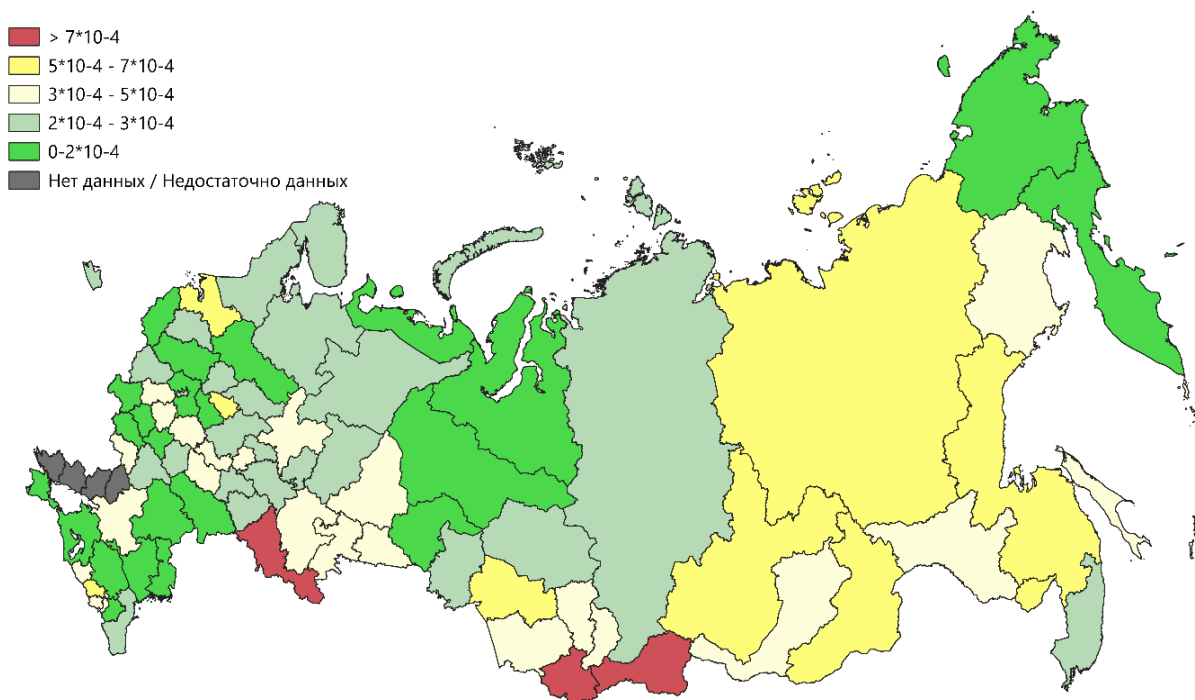


Рис. 1.137. Средний индивидуальный пожизненный риск у населения от воздействия радона и его дочерних продуктов распада в 2024 году

Динамика изменения среднего индивидуального пожизненного радиационного риска на одного жителя у населения Российской Федерации за счет воздействия радона и его дочерних продуктов распада в 2015–2024 гг. представлена на рис. 1.138.

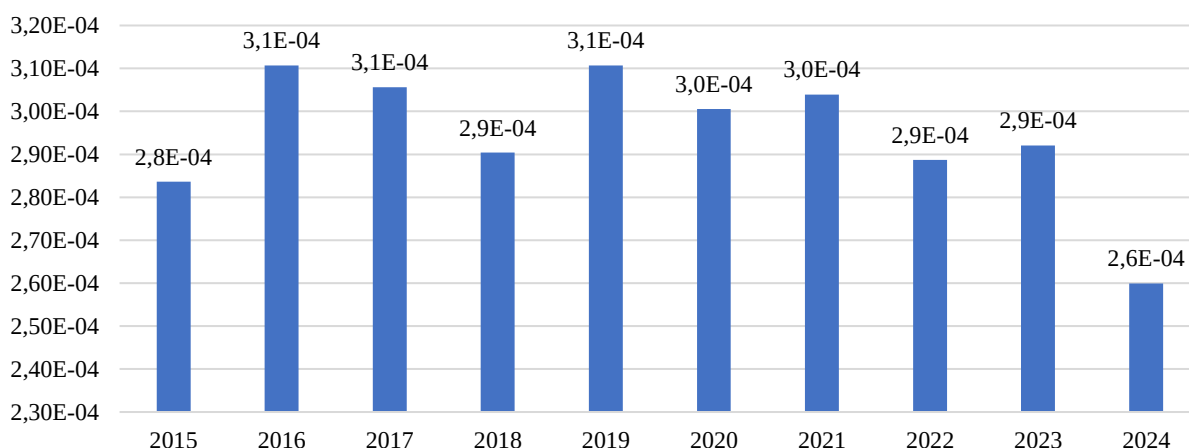


Рис. 1.138. Средний индивидуальный пожизненный радиационный риск у населения Российской Федерации за счет воздействия радона и его дочерних продуктов распада в 2015–2024 гг.

Радиационный риск для населения Российской Федерации за счет воздействия радона за все прошедшие десять лет стабильно находился в верхней границе приемлемого риска. При этом следует отметить, что субъекты Российской Федерации значительно различаются между собой по уровню негативного воздействия радона на здоровье и результаты оценки радиационного риска для каждого отдельного года в значительной степени зависят от выборки объектов, на которых проводилось измерение радона в отчетном году.

Вторым по вкладу в величину среднего индивидуального пожизненного радиационного риска для населения Российской Федерации в 2024 году, как и в предыдущие годы, остается медицинское облучение. Динамика изменения среднего индивидуального пожизненного радиационного риска на одного жителя Российской Федерации в 2015–2024 гг. за счет медицинского облучения пациентов в расчете на одного жителя представлена на рис. 1.139.

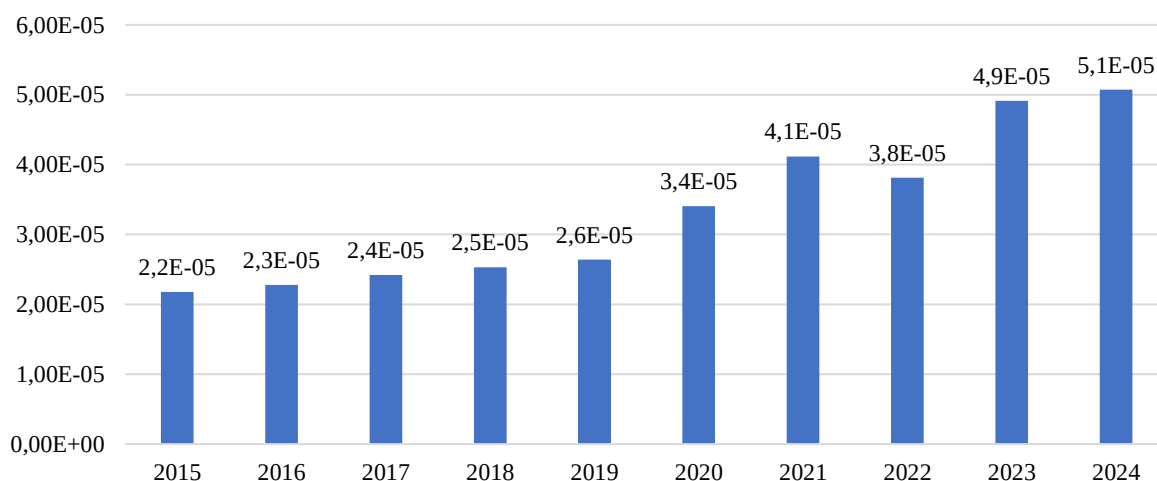


Рис. 1.139. Средний индивидуальный пожизненный риск в расчете на одного жителя Российской Федерации в 2015–2024 гг. за счет медицинского облучения пациентов

За десять лет радиационный риск для населения за счет медицинских рентгенорадиологических процедур вырос с $2,2 \times 10^{-5}$ до $5,1 \times 10^{-6}$, что связано со все большим внедрением в медицинскую практику методов лучевой диагностики. На

протяжении всего оцениваемого периода радиационный риск находился на уровне минимального.

Динамика изменения среднего индивидуального радиационного риска у населения, проживающего на радиоактивно загрязненных территориях и в зонах наблюдения радиационно опасных объектов, за счет техногенного облучения представлена на рис. 1.140

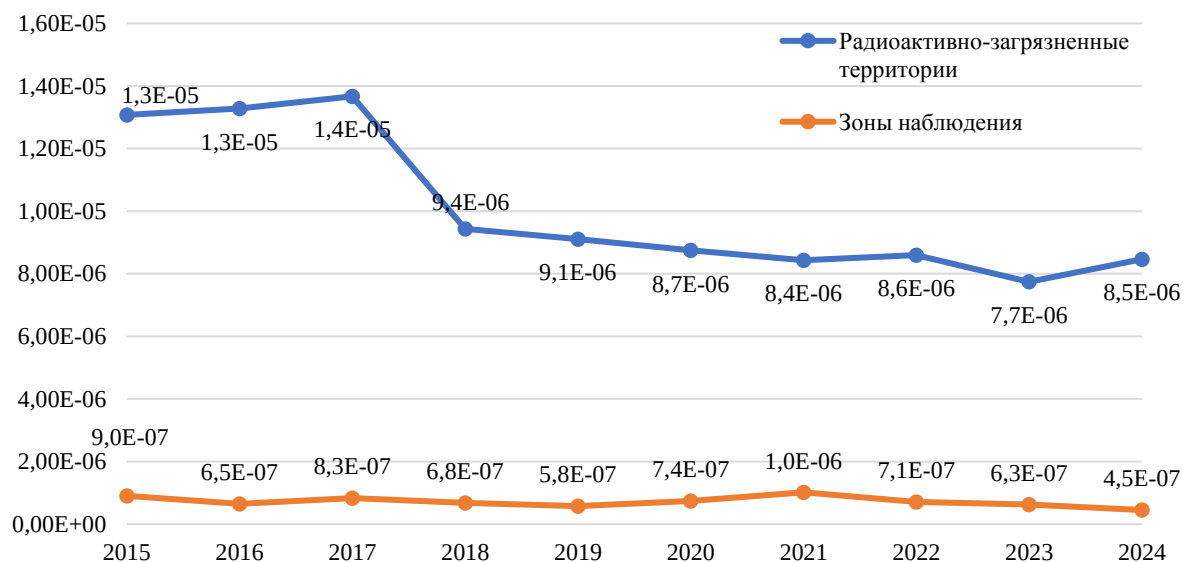


Рис. 1.140. Средний индивидуальный пожизненный радиационный риск у населения, проживающего на радиоактивно загрязненных территориях и в зонах наблюдения радиационно опасных объектов, за счет техногенного облучения в 2015–2024 гг.

Радиационный риск для населения, проживающего на радиационно загрязненных территориях Российской Федерации, за десять лет снизился с $1,3 \times 10^{-5}$ до $8,5 \times 10^{-6}$, что свидетельствует о постепенной нормализации ситуации на загрязненных территориях. Снижение радиационного риска у населения, проживающего на радиоактивно загрязненных территориях, прогнозируется и в последующие годы за счет естественного процесса распада техногенных радионуклидов.

В 2024 году во всех субъектах Российской Федерации, предоставивших сведения о дозах облучения населения, проживающего на радиоактивно загрязненных территориях, среднее значение индивидуального пожизненного радиационного риска за счет техногенного облучения не превышало уровень пренебрежимо малого риска (10^{-6}), за исключением Брянской и Калужской областей, для которых среднее значение индивидуального пожизненного радиационного риска за счет радиоактивного загрязнения территории составило $2,3 \times 10^{-5}$ и $1,3 \times 10^{-5}$ соответственно, что не превышает уровня приемлемого радиационного риска за счет техногенного облучения при нормальной эксплуатации радиационных объектов ($5,0 \times 10^{-5}$).

Радиационный риск для населения, проживающего в зонах наблюдения радиационно опасных объектов, связанный с деятельностью указанных объектов, за последние десять лет находился в пределах пренебрежимо малого риска.

Динамика изменения среднего по Российской Федерации индивидуального пожизненного радиационного риска у персонала радиационных объектов вследствие их профессиональной деятельности в 2015–2024 гг. представлена на рис. 1.141.

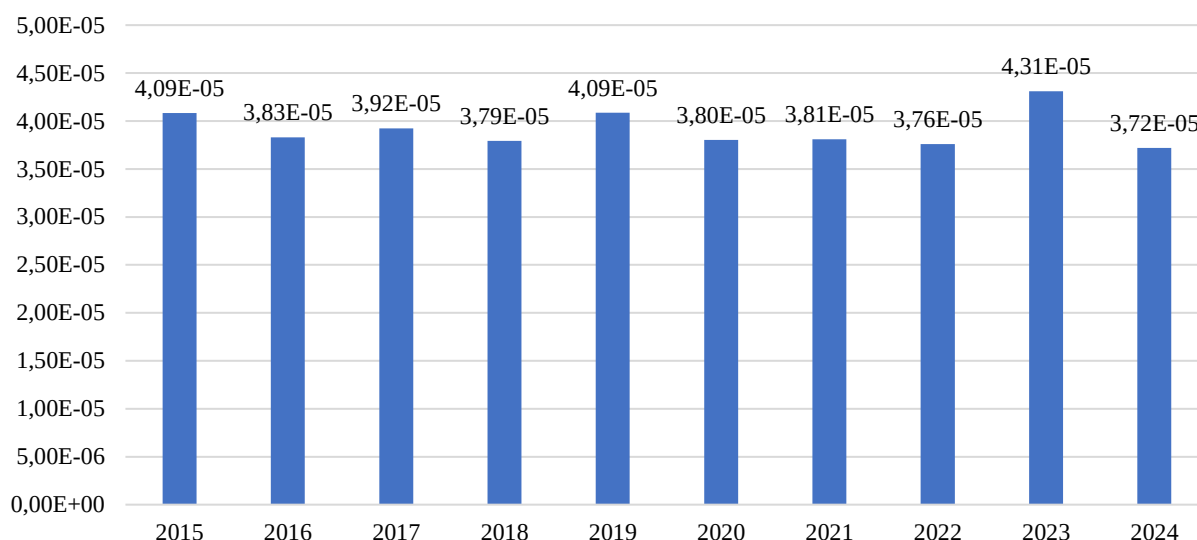


Рис. 1.141. Средний по Российской Федерации индивидуальный пожизненный радиационный риск у персонала радиационных объектов за счет производственного техногенного облучения в 2015–2024 гг.

Средний индивидуальный радиационный риск на протяжении всех оцененных лет у персонала радиационных объектов находился в диапазоне предельно допустимого риска (10^{-3} для персонала группы А и $2,5 \times 10^{-4}$ для персонала группы Б), что свидетельствует о его приемлемом уровне.

1.2. Анализ состояния здоровья в связи с вредным воздействием факторов среды обитания человека и условий труда

Приоритетные факторы среды обитания, формирующие негативные тенденции в состоянии здоровья населения

Расширение форм статистического наблюдения в части увеличения мониторируемых показателей среды обитания, а также переориентирование контрольной (надзорной) деятельности на профилактические мероприятия, в определенной степени изменили оценки вероятностных потерь здоровью населения в части фиксирования большего числа ассоциаций факторов среды обитания с эффектами на здоровье, что сопровождалось некоторым увеличением ассоциированных случаев заболеваний и смерти.

На основании расширенных данных о санитарно-эпидемиологическом состоянии субъектов Российской Федерации установлено, что в 2025 году с качеством питьевого водоснабжения, загрязнением атмосферного воздуха и почвы жилых зон вероятно ассоциировано 14,8 случая смерти на 100 тыс. всего населения, что отражает снижение данного показателя на 1,6 % с 2022 г. – 15 случаев смерти на 100 тыс. всего населения (рис. 1.142). Значимый вклад по-прежнему вносят показатели, характеризующие качество питьевого водоснабжения (8,5 случая смерти на 100 тыс. всего населения; $\approx 57,3$ % от общего количества случаев без учета вклада влияния физических факторов среды).

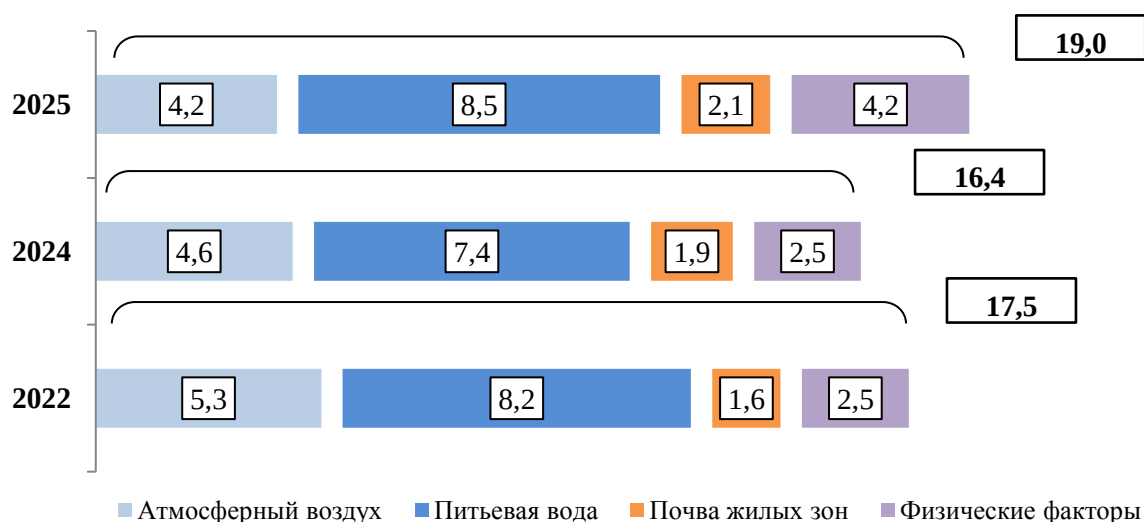


Рис. 1.142. Динамика уровней смертности населения Российской Федерации, ассоциированной с негативным воздействием приоритетных факторов среды обитания, сл. на 100 тыс. всего населения, 2022, 2024–2025 гг.

Несмотря на качественное расширение мониторинга показателей среды обитания, оценка дополнительных ассоциаций между факторами, характеризующими санитарно-эпидемиологическое состояние жилых зон, и заболеваемостью всего населения показала преимущественное снижение как относительно 2022 г. – 8,6 %, так и относительно уровней предыдущего года – 6,8 % относительно 2024 года (рис. 1.143). Как и в случае с ассоциированной смертностью, основная доля заболеваемости, связанной с качеством среды обитания, приходится на факторы питьевого водоснабжения – 1002,0 случаев заболеваний на 100 тыс. всего населения, что составляет 57,1 % от общего числа случаев (без учета физических факторов среды).

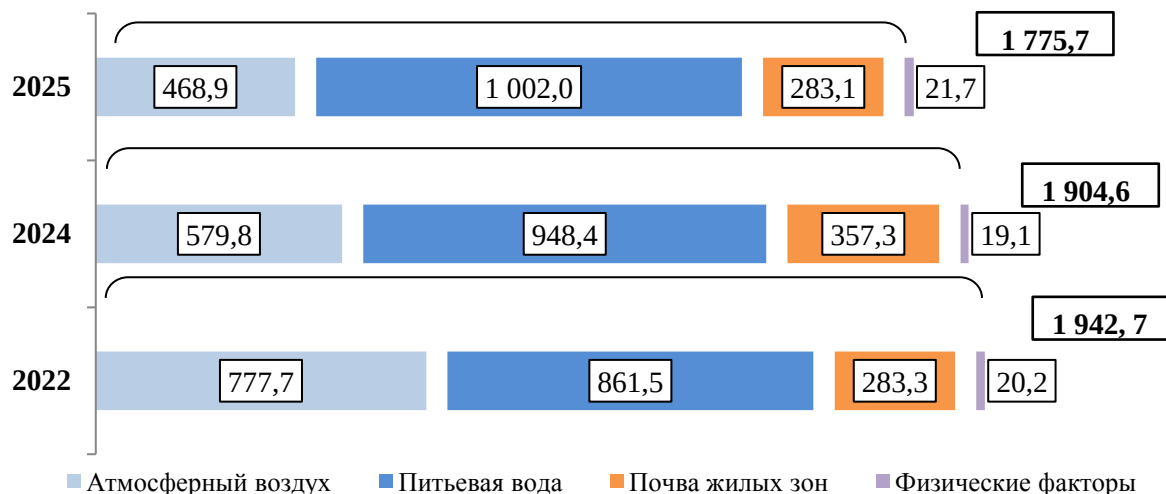


Рис. 1.143. Динамика уровней заболеваемости населения Российской Федерации, ассоциированной с негативным воздействием приоритетных факторов среды обитания, сл. на 100 тыс. всего населения, 2022, 2024–2025 гг.

В 2025 году приоритетными санитарно-эпидемиологическими факторами, формирующими потери здоровью населения России, продолжают оставаться ненормативные уровни химического, биологического и физического загрязнения объектов среды обитания (табл. 1.40).

Таблица 1.40

Приоритетные факторы среды обитания, формирующие медико-демографические потери населения Российской Федерации

Приоритетные факторы среды обитания	Ассоциированные с фактором основные показатели здоровья	Число дополнительных случаев, на 100 тыс. всего населения		Темп прироста относительно 2016 г., %
		2016	2025	
1	2	3	4	5
Загрязнение атмосферного воздуха химическими компонентами (азота диоксид, этилбензол, азот (II) оксид, аммиак, взвешенные вещества, гидроксибензол, метилбензол, пропан-2-он, дигидросульфид, ароматические углеводороды, диметилбензол, марганец и его соединения, свинец и его неорганические соединения, формальдегид, углерода оксид, фтористые газообразные соединения, гидрофторид, хлор и др.)	Смертность по причине: злокачественных новообразований, болезней органов дыхания, системы кровообращения, органов пищеварения	4,6* (2022 г.)	4,2	–8,4
	Заболеваемость в классах: болезни органов дыхания; болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани; болезни системы кровообращения; болезни органов пищеварения; болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм; болезни нервной системы, болезни глаза и его придаточного аппарата; болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ; болезни мочеполовой системы; новообразования	544,5* (2022 г.)	468,9	–13,9
Загрязнение питьевых вод химическими компонентами (хлору, хлороформу, нитритам, аммиаку, фторидам, железу, алюминию, марганцу.) и микробиологическими агентами	Смертность по причине: болезней органов пищеварения; болезней системы кровообращения; злокачественных новообразований, некоторых инфекционных и паразитарных болезней	12,9	8,5	–34,3
	Заболеваемость в классах: болезни органов пищеварения; болезни мочеполовой системы; болезни кожи и подкожной клетчатки; болезни системы кровообращения; болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм; болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ; болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани; некоторые	1014,4	1002,0	–1,2

Продолжение табл. 1.40

1	2	3	4	5
	инфекционные и паразитарные болезни; новообразования; болезни нервной системы			
Загрязнение почв тяжелыми металлами (свинец, мышьяк, ртуть, никель и пр.), микробиологическими и паразитарными агентами	Смертность по причине: некоторых инфекционных и паразитарных болезней; болезней органов пищеварения	2,2	2,1	–4,6
	Заболеваемость в классах: некоторые инфекционные и паразитарные болезни; болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ; врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения; болезни системы кровообращения	915,3	283,1	–69,1
Физические факторы (шум, электромагнитное излучение, вибрация, освещенность, микроклимат)	Смертность по причине: болезней системы кровообращения	4,0	4,2	3,2
	Заболеваемость в классах: болезни системы кровообращения, болезни нервной системы, новообразования	28,2	21,7	–23,0
Примечание: * – сравнение проведено по уточненным данным с уровнем 2022 года в связи с расширением перечня анализируемых веществ и изменением формы статистической отчетности в указанный период				

Наблюдаемые тенденции к улучшению санитарно-эпидемиологического состояния территорий субъектов Российской Федерации в части снижения доли нестандартных проб по показателям, характеризующим качество среды обитания (атмосферный воздух, питьевая вода, почва жилых зон), сопровождались, по большей части, снижением уровней заболеваемости и смертности, ассоциированных с данными факторами.

В части оценки эффектов, связанных с улучшением качества атмосферного воздуха, установлено снижение уровня заболеваемости, ассоциированной с данным фактором, как относительно 2022 года (на 13,9 %), так и в сравнении с предыдущим годом (на 19,1 %). Значимые изменения уровней медико-статистических и медико-демографических показателей населения России, ассоциированных с качеством атмосферного воздуха, объясняются в том числе поэтапным достижением контрольных показателей в части улучшения качества атмосферного воздуха в городских и сельских поселениях. Среди субъектов Российской Федерации с наиболее благоприятной ситуацией по количеству ассоциированных случаев заболеваемости и смертности населения по данному фактору выделяются г. Москва, г. Санкт-Петербург, Костромская область, Приморский край, Чувашская Республика. К числу наиболее значимых факторов риска относятся такие химические загрязнители атмосферного воздуха как: гидроксibenзол и его производные, дигидросульфид, аммиак, углерод оксид, азота диоксид, азота оксид, ксилол, хлор и его соединения, свинец, марганец, ароматические углеводороды, формальдегид, толуол, ацетон, этилбензол, взвешенные вещества, фтор и его соединения, фтористый водород и другие вещества.

Улучшение качества питьевого водоснабжения за последнее десятилетие (относительно 2016 года) вероятно обусловило снижение ассоциированных с данным фактором случаев заболеваемости и смертности населения Российской Федерации на 1,2 % и 34,3 % соответственно (табл. 1.43). Наиболее благоприятная ситуация в отношении данного фактора фиксируется на территориях: Камчатского края, г. Севастополя, г. Москвы, г. Санкт-Петербурга, Республики Алтай. К числу приоритетных факторов, обуславливающих несоответствие питьевой воды гигиеническим нормативам по показателям безвредности, безопасности и качества, относятся хлор, хлороформ, нитриты, аммиак и аммоний-иону, фтор, железо, алюминий, марганец, вещества I–III классов опасности, показатели общей минерализации, а также наличие возбудителей кишечных инфекций бактериальной природы.

Наблюдаемые в течение десятилетнего периода (2016–2025 гг.) качества почвы жилых зон вероятно ассоциированы со снижением числа дополнительных случаев смерти (на 4,6 %) и более значительным снижением случаев заболеваний (на 69,1 %). Нестандартные пробы по микробиологическим и паразитологическим показателям, а также пробы с повышенным содержанием тяжелых металлов (мышьяк, свинец, никель) являются основными факторами данного объекта среды обитания, определяющими уровни заболеваемости и смертности населения Российской Федерации.

К числу значимых физических факторов, формирующих вероятностные потери здоровья населения Российской Федерации, относятся шумовое загрязнение, электромагнитные излучения, вибрация, освещенность и параметры микроклимата. Воздействие данных факторов на органы и системы-мишени обусловило рост смертности (на 3,2 %) и снижение заболеваемости населения на треть (32,4 %) в классах болезней системы кровообращения, нервной системы, а также новообразований за период 2016–2025 гг.

Неудовлетворительное качество среды обитания, обуславливающее дополнительные ассоциированные случаи заболеваемости и смертности населения, неизбежно влечет за собой существенные потери трудовых ресурсов в процессе создания валового внутреннего продукта. Случаи заболеваний и смерти населения Российской Федерации, вероятно ассоциированные с наблюдаемыми ненормативными уровнями санитарно-эпидемиологических показателей факторов среды обитания, формируют экономические потери, обусловленные снижением трудового потенциала страны. В 2025 году совокупные потери рабочего времени, связанные с временной нетрудоспособностью, инвалидностью, смертностью, необходимостью ухода за больными, вследствие неблагоприятного воздействия факторов среды обитания в целом по Российской Федерации составили порядка 17,78 миллионов рабочих дней. Сумма недопроизведенного в 2025 году ВВП по причине указанных ассоциированных потерь составила 188,47 млрд руб. (в ценах 2025 года). Нарушение отдельных статей 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (статьи 13, 15, 17, 24, 25, 26, 27, 28) дополнительно обуславливает потери 8,85 млн рабочих дней и 97,84 млрд руб. (в ценах 2025 года). Несмотря на сохраняющиеся риски, активизация контроля качества среды обитания и внедрение современных методов надзора за соблюдением санитарного законодательства способствовали повышению эффективности использования трудовых ресурсов: по сравнению с 2016 годом потери дней нетрудоспособности сократились на 23,7 %, а объем недопроизведенного ВВП снизился на 32,4 % (90,4 млрд руб. в сопоставимых ценах).

1.2.1. Анализ состояния здоровья населения в связи с вредным воздействием факторов среды обитания на человека

Влияние атмосферного воздуха на здоровье населения

Загрязнение атмосферного воздуха рассматривается как один из значимых факторов риска, определяющих дополнительную заболеваемость и смертность населения. Качество атмосферного воздуха в субъектах Российской Федерации обуславливают возникновение дополнительных случаев ассоциированных медико-демографических потерь. Специфика загрязнения воздуха, связанная с выбросами промышленных предприятий, объектов транспортной инфраструктуры, энергетики и иных источников, в сочетании с региональными особенностями может формировать потери здоровья населения в виде увеличения инфекционной и хронической неинфекционной заболеваемости, а также преждевременной смертности.

Установленные статистически значимые причинно-следственные связи между показателями качества атмосферного воздуха и рядом медико-демографических показателей в субъектах Российской Федерации свидетельствуют о том, что повышенные уровни содержания в атмосферном воздухе таких приоритетных химических веществ, как азота диоксид, этилбензол, азот (II) оксид, аммиак, взвешенные вещества, гидроксibenзол, метилбензол, пропан-2-он, дигидросульфид, ароматические углеводороды, диметилбензол, марганец и его соединения, свинец и его неорганические соединения, формальдегид, углерода оксид, фтористые газообразные соединения, гидрофторид, хлор и другие могут способствовать возникновению дополнительных ассоциированных с качеством атмосферного воздуха случаев нарушений здоровья. К ним относятся патологии со стороны органов дыхания, крови и кроветворных органов, отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм, а также заболевания костно-мышечной системы и соединительной ткани, мочеполовой системы, системы кровообращения, глаза и его придаточного аппарата, нервной системы, органов пищеварения и других систем организма.

Результаты анализа качества атмосферного воздуха показали различный уровень обусловленности его влияния на формирование здоровья в различных субъектах Российской Федерации, соответственно и приоритетность разработки и реализации мер по управлению риском для здоровья населения в результате воздействия данного фактора.

В среднем число прогнозируемых дополнительных случаев смерти от всех причин, связанных с загрязнением атмосферного воздуха на селитебных территориях, в 2025 году вероятно составило 4,24 случая на 100 тыс. населения, что соответствует 0,35 % от общего уровня фактической смертности населения Российской Федерации. На территории 67 субъектов Российской Федерации этот показатель варьировал в диапазоне 0,01–67,3 сл. на 100 тыс. человек (рис. 1.144).



Рис. 1.144. Распределение субъектов Российской Федерации по уровню прогнозируемой дополнительной смертности всего населения, ассоциированной с качеством атмосферного воздуха, 2025 г.

Дополнительные случаи смертности населения Российской Федерации по причинам болезней органов дыхания, злокачественных новообразований, болезней системы кровообращения и органов пищеварения вероятно связаны с превышением гигиенических нормативов содержания в атмосферном воздухе таких химических примесей, как азота диоксид, углерода оксид, бенз(а)пирен, ароматические углеводороды, диметилбензол, бензол, гидроксibenзол, формальдегид, свинец и его неорганические соединения, углерод (пигмент черный), взвешенные вещества, взвешенные частицы PM_{10} , фтористые газообразные соединения, дигидросульфид.

Структура дополнительных случаев сформирована преимущественно злокачественными новообразованиями – 1,69 сл. на 100 тыс. человек, болезнями органов дыхания – 1,2 сл. на 100 тыс., что составляет 0,87 % и 2,26 % от фактической смертности всего населения по данным причинам соответственно. Количество дополнительных случаев смерти населения по причине болезней системы кровообращения вероятно ассоциированных с качеством атмосферного воздуха, составило – 0,78 сл. на 100 тыс. человек или 0,14 % от фактической смертности по данной причине. Дополнительная смертность по причине болезней органов пищеварения, вероятно ассоциированная с качеством атмосферного воздуха составила – 0,57 сл. на 100 тыс. человек или 0,77 % от фактической смертности.

Дополнительная смертность населения от болезней органов дыхания вероятно обусловлена превышением гигиенических нормативов содержания в атмосферном воздухе таких химических веществ как: азота диоксид, взвешенные вещества, фтористые газообразные соединения, формальдегид, дигидросульфид, гидроксibenзол, ароматические углеводороды, углерод (пигмент черный) и пр.

В 2025 году на территории 62 субъектов Российской Федерации ассоциированная с загрязнением атмосферного воздуха смертность населения по причине болезней органов дыхания всего населения варьировалась в диапазоне от 0,01 до 18,63 сл. на 100 тысяч населения. Динамика смертности от болезней органов дыхания в 2025 г., по сравнению с 2016 годом, характеризовалась снижением в 2,44 раза, по сравнению с

2024 г., в 1,16 раза и составила – 1,2 сл. на 100 тыс. человек. Снижение количества прогнозных дополнительных случаев смерти по данной причине за десятилетний период вероятно обусловлено снижением доли проб воздуха, не соответствующих гигиеническим нормативам, по содержанию азота диоксида, формальдегида, взвешенных веществ, гидроксibenзола, дигидросульфида, фтористых газообразных соединений в диапазоне 1,2–8,5 раза.

В 2025 году на территории 24 субъектов Российской Федерации смертность населения от злокачественных новообразований была вероятно ассоциирована с загрязнением атмосферного воздуха – число дополнительных случаев находилось в диапазоне от 0,02 до 28,9 сл. на 100 тысяч населения. Среднероссийские уровни были превышены на территории 14 регионов в диапазоне от 1,9 до 17,0 раз. Наибольшие уровни отмечены в Свердловской области, Алтайском крае, Республике Бурятия, Забайкальском крае и Республике Хакасия (8,9–28,9 сл. на 100 тысяч населения).

Динамика дополнительных прогнозных случаев смертности от злокачественных новообразований в 2025 г. по сравнению с 2016 г. и 2024 г. характеризуется увеличением показателя в 1,26 раза до 1,69 случая на 100 тыс. населения и была вероятно ассоциирована с повышенным (относительно гигиенических нормативов) содержанием в атмосферном воздухе бенз(а)пирена, бензола, тяжелых металлов (включая свинец и его неорганические соединения) и других химических примесей. Число дополнительных случаев в регионах Российской Федерации варьировалось в диапазоне от 0,01 до 11,1 сл. на 100 тысяч населения и на территориях 11 субъектов превысили среднероссийский уровень в диапазоне от 2,77 до 19,5 раз: в Свердловской области, Пермском крае, Забайкальском крае, Ямало-Ненецком автономном округе, Алтайском крае (3,01–11,1 сл. на 100 тысяч населения). Динамика дополнительных прогнозируемых случаев смерти по причине болезней системы пищеварения по сравнению с 2016 г. в целом по Российской Федерации характеризовалась снижением показателя в 2,92 раза; по отношению к 2024 г. – в 1,67 раза.

На территории 41 субъекта Российской Федерации в 2025 году смертность населения от болезней системы кровообращения была вероятно ассоциирована с загрязнением атмосферного воздуха углерода оксидом, взвешенными частицами PM_{10} , гидроксibenзолом; число дополнительных случаев находилось в диапазоне от 0,01 до 20,7 сл. на 100 тысяч населения и среднероссийские уровни были превышены на территории 10 регионов в диапазоне от 2,24 до 26,5 раз, в том числе в Республике Хакасия, Курской и Саратовской областях, Забайкальском и Алтайском краях (3,1–20,7 сл. на 100 тысяч населения).

Число дополнительных случаев заболеваний от всех причин, вероятно обусловленных загрязнением атмосферного воздуха селитебных территорий в целом по Российской Федерации составило в 2025 г. 468,9 случая на 100 тыс. населения (0,57 % от фактической заболеваемости), в динамике с 2016 годом отмечается снижение соответствующей заболеваемости в 3,97 раза, с 2024 годом – в 1,24 раза.

Заболеваемость детского населения, вероятно обусловленная, загрязнением атмосферного воздуха в целом по Российской Федерации, составила 1197,9 дополнительных случая на 100 тыс. детского населения, что ниже уровня 2016 г. в 2,83 раза. В группах взрослого населения трудоспособного и старше трудоспособного возраста данный показатель составил – 270,1 и 390,2 сл. на 100 тыс. человек, снизившись за последнее десятилетие в 2,44 и 2,49 раза соответственно.

Снижение количества дополнительных случаев заболеваемости обусловлено улучшением качества атмосферного воздуха и снижением доли проб воздуха, не соответствующих гигиеническим нормативам, по содержанию в атмосферном воздухе аммиака, азот (II) оксида, азота диоксида, формальдегида, углерода оксида,

гидроксibenзола, взвешенных веществ, свинца и его неорганических соединений, дигидросульфида, фтористых газообразных соединений, гидрофторид, хлора от 1,22 до 10,5 раза.

В 2025 году на территориях 17 субъектов Российской Федерации, число дополнительных случаев заболеваний от всех причин всего населения, связанных с загрязнением атмосферного воздуха превышало среднероссийское значение в диапазоне от 1,37 до 8,5 раза. К приоритетным территориям по количеству дополнительных случаев заболеваний были отнесены Саратовская и Свердловская области, Республика Бурятия, Забайкальский край, Алтайский край, Республика Хакасия, (от 2294,5 до 3986,8 случаев на 100 тыс. населения) (рис. 1.145).



Рис. 1.145. Распределение субъектов Российской Федерации по уровню ассоциированной с качеством атмосферного воздуха заболеваемости всего населения, 2025 г.

Дополнительные случаи заболеваемости населения по таким классам болезней как болезни органов дыхания, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, болезни системы кровообращения, болезни органов пищеварения, болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм, болезни нервной системы, болезни глаза и его придаточного аппарата, болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, болезни мочеполовой системы, новообразования были вероятностно связаны с ненормативным содержанием в атмосферном воздухе таких химических примесей как гидроксibenзол, дигидросульфид, аммиак, углерода оксид, азота диоксид, азот (II) оксид, диметилбензол, хлор, свинец и его неорганические соединения, марганец и его соединения/в пересчете на марганец (IV) оксид, ароматические углеводороды, формальдегид, метилбензол, пропан-2-он, этилбензол, взвешенные вещества, фтористые газообразные соединения, гидрофторид и прочих веществ.

Основную долю дополнительных ассоциированных с качеством атмосферного воздуха случаев заболеваний всего населения в целом по Российской Федерации, формировали болезни органов дыхания – 76,6 %, на втором месте находились болезни системы кровообращения – 5,8 %, на третьем – болезни органов пищеварения – 4,5 %.

Заболеваемость всего населения болезнями органов дыхания была вероятно ассоциирована с загрязнением атмосферного воздуха гидроксибензолом, аммиаком, азот (II) оксидом, хлором, марганцем и его соединениями, взвешенными веществами и прочими примесями.

В 2025 году число дополнительных случаев заболеваний всего населения болезнями органов дыхания в целом по Российской Федерации составило 0,88 % от фактической заболеваемости по данной причине. В динамике с 2016 г. ассоциированная заболеваемость болезнями органов дыхания снизилась в 2,61 раза, по сравнению с 2024 годом – в 1,13 раза.

При этом загрязнение атмосферного воздуха вероятно формировало на территории 58 субъектов Российской Федерации от 6,44 (Томская область) до 2514,3 (Забайкальский край) дополнительных случаев на 100 тыс. населения заболеваний болезнями органов дыхания. Среднероссийские уровни были превышены на территориях 15 регионов в диапазоне от 1,57 до 7,0 раз. К приоритетным территориям по количеству заболеваний в данном классе болезней, вероятно ассоциированных с аэрогенным фактором среды обитания, относятся Саратовская область, Алтайский край, Свердловская область, Республика Бурятия, Забайкальский край (от 2005,9 до 2514,3 дополнительных случаев на 100 тыс. населения) (рис. 1.146).



Рис. 1.146. Распределение субъектов Российской Федерации по уровню ассоциированной с качеством атмосферного воздуха заболеваемости всего населения болезнями органов дыхания, 2025 г.

Согласно официальным данным Всемирной организации здравоохранения, заболеваемость бронхиальной астмой и астматическим статусом является одним из индикаторов качества среды обитания человека. Этиологическая структура дополнительных случаев астматических патологий демонстрирует достоверную ассоциацию с превышением предельно допустимых концентраций ряда загрязнителей атмосферного воздуха. В частности, статистически значимые зависимости наблюдаются при воздействии таких химических веществ, как гидроксибензол, дигидросульфид, ароматические углеводороды, марганец и его соединения, сера диоксид, формальдегид

и другие примеси, концентрации которых превышают установленные гигиенические нормативы.

В 2025 году показатель заболеваемости астмой и астматическим статусом, связанной с качеством атмосферного воздуха, в целом по Российской Федерации составил 2,23 дополнительных случая на 100 тыс. населения, что в 2,37 раза ниже уровня 2016 года. Среди детей в возрасте от 0 до 14 лет данный показатель в 2025 году составил 4,65 дополнительных случаев на 100 тыс. детей соответствующего возраста, при этом в динамике с 2016 годом зафиксировано снижение ассоциированных случаев заболеваемости в 1,93 раза.

В 2025 году дополнительные случаи заболеваемости детского населения астмой и астматическим статусом, вероятно связанные с загрязнением атмосферного воздуха, сформировались на территориях 56 субъектов Российской Федерации от 0,01 (Республика Дагестан) до 64,0 (Республика Бурятия) случаев на 100 тыс. детей. Среднероссийские уровни были превышены на территории 12 регионов в диапазоне от 1,64 до 13,8 раза. К приоритетным территориям по количеству ассоциированных с качеством атмосферного воздуха случаев заболеваний астмой детского населения относятся Ямало-Ненецкий автономный округ, Псковская область, Красноярский край, Забайкальский край, Республика Бурятия (от 29,9 до 64,0 дополнительных случаев на 100 тыс. детского населения) (рис. 1.147).



Рис. 1.147. Распределение субъектов Российской Федерации по уровню ассоциированной с качеством атмосферного воздуха заболеваемости детей (0–14 лет) астмой и астматическим статусом в 2025 г.

У взрослого населения трудоспособного возраста количество дополнительных случаев заболеваний астмой и астматическим статусом, вероятно связанных с загрязнением атмосферного воздуха, составило в 2025 году 1,59 случая на 100 тыс. населения соответствующего возраста. В динамике с 2016 г. отмечено снижение – в 2,54 раза, в сопоставлении с 2024 годом – в 1,01 раза.

В 2025 году на территории 43 субъектов Российской Федерации загрязнение атмосферного воздуха формировало от 0,01 до 11,9 дополнительных случаев заболеваемости астмой и астматическим статусом на 100 тыс. взрослого населения

трудоспособного возраста и среднероссийские уровни были превышены на территории 12 регионов в диапазоне от 1,32 до 7,53 раза, в том числе в Свердловской области, Кемеровской области, Алтайском крае, Московской области, Забайкальском крае (3,66–11,9 дополнительных случаев на 100 тыс. взрослого населения трудоспособного возраста).

Снижение количества дополнительных случаев заболеваемости астмой и астматическим статусом как детского, так и взрослого населения за десятилетний период вероятно связано в основном со снижением доли проб воздуха, не соответствующих гигиеническим нормативам содержания в атмосферном воздухе таких химических веществ как: фтористые газообразные соединения, гидроксibenзол, дигидросульфид, гидрофторид в диапазоне от 1,4 до 10,5 раз.

Загрязнение атмосферного воздуха вероятно формировало дополнительные случаи заболеваемости бронхитом хроническим и неуточненным, эмфиземой среди всего населения: число которых составило – 6,01 сл. на 100 тыс. населения. В динамике с 2016 г. отмечается снижение показателя в 2,9 раза, с 2024 г. – в 1,5 раза. Формирование дополнительных случаев заболеваний бронхитом хроническим и неуточненным, эмфиземой вероятно ассоциировано с превышением гигиенических нормативов содержания в атмосферном воздухе таких веществ как: азота диоксид, взвешенные вещества, гидроксibenзол, ароматические углеводороды, диметилбензол, метилбензол, этилацетат, формальдегид, сера диоксид и прочих химических примесей.

В 2025 году ассоциированные с качеством атмосферного воздуха случаи заболеваемости бронхитом хроническим и неуточненным, эмфиземой среди всего населения вероятно формировались на территориях 58 субъектов Российской Федерации на уровне от 0,01 (Астраханская область) до 103,6 (Алтайский край) случаев на 100 тыс. населения. Среднероссийские уровни были превышены на территориях 12 регионов в диапазоне от 1,9 до 17,2 раз (рис. 1.148).



Рис. 1.148. Распределение субъектов Российской Федерации по уровню ассоциированной с качеством атмосферного воздуха заболеваемости всего населения бронхитом хроническим и неуточненным, эмфиземой в 2025 г.

Наибольшие уровни отмечены в Пермском крае, Ямало-Ненецком автономном округе, Свердловской области, Забайкальском и Алтайском краях (диапазон – 30,8–103,6 сл. на 100 тыс. населения).

Снижение количества дополнительных случаев заболеваемости всего населения бронхитом хроническим и неуточненным, эмфиземой за десятилетний период вероятно связано со снижением доли проб воздуха не соответствующих гигиеническим нормативам содержания в атмосферном воздухе таких химических веществ как: азота диоксид, гидроксибензол, формальдегид, взвешенные вещества, гидрохлорид, сера диоксид в диапазоне от 1,2 до 2,5 раз.

Количество случаев заболеваний системы кровообращения всего населения, вероятно ассоциированных с загрязнением атмосферного воздуха, составило в 2025 г. – 27,3 сл. на 100 тыс. населения. В динамике с 2016 годом отмечено снижение в 2,26 раза, с 2024 г. – в 1,65 раза. Качество атмосферного воздуха, не соответствующее гигиеническим нормативам по содержанию углерода оксида, взвешенных веществ, формальдегида и других химических примесей, вероятно, способствовало формированию на территориях 33 субъектов Российской Федерации от 0,29 (г. Москва) до 779,6 (Алтайский край) дополнительных случаев заболеваний на 100 тыс. всего населения. Среднероссийские уровни были превышены на территориях 10 регионов в диапазоне от 2,47 до 28,6 раз. Приоритетными территориями по количеству ассоциированных с аэрогенным фактором среды обитания заболеваний системы кровообращения всего населения являлись Республика Хакасия, Курская область, Саратовская область, Забайкальский край, Алтайский край (от 118,9 до 779,6 дополнительных случаев на 100 тыс. населения).

В 2025 году число дополнительных случаев заболеваний органов пищеварения среди всего населения, вероятно связанных с качеством атмосферного воздуха, составило 20,9 случая на 100 тыс. населения. По сравнению с 2016 годом зафиксировано снижение данного показателя в 3,2 раза, с 2024 г. – в 1,73 раза. Среднероссийские уровни были превышены на территориях 12 регионов в диапазоне от 1,69 до 20,5 раза. Приоритетными территориями по количеству ассоциированных с аэрогенным фактором среды обитания заболеваний органов пищеварения всего населения являлись Челябинская и Свердловская области, Пермский край, Ямало-Ненецкий автономный округ, Алтайский край (от 105,7 до 427,8 дополнительных случаев на 100 тыс. населения). Формирование дополнительных случаев заболеваний органов пищеварения вероятно ассоциировано с превышением гигиенических нормативов содержания в атмосферном воздухе таких веществ как: диметилбензол, пропан-2-он, гидроксибензол, ароматические углеводороды и прочие химические примеси.

В 2025 году число дополнительных случаев болезней крови, кроветворных органов и отдельных нарушений, вовлекающих иммунный механизм среди всего населения, вероятно ассоциированных с качеством атмосферного воздуха, составило 10,3 случая на 100 тыс. населения. По сравнению с 2016 годом зафиксировано снижение данного показателя в 2,34 раза, с 2024 г. – в 2,25 раза. Загрязнение атмосферного воздуха вероятно формировало дополнительную заболеваемость на территории 49 субъектов Российской Федерации от 0,01 (Нижегородская область) до 276,6 (Алтайский край).

Среднероссийские уровни были превышены на территориях 10 регионов в диапазоне от 3,0 до 26,7 раза. Приоритетными территориями по числу случаев болезней крови, кроветворных органов и отдельных нарушений, вовлекающих иммунный механизм среди всего населения, вероятно связанных с аэрогенным воздействием факторов среды обитания, являлись Республика Хакасия, Курская область, Ямало-Ненецкий автономный округ, Забайкальский край и Алтайский край (от 47,7 до 276,6 случая на 100 тыс. населения). Снижение дополнительных случаев в данном классе

заболеваний обусловлено улучшением качества атмосферного воздуха и уменьшением доли проб, не соответствующих гигиеническим нормативам по содержанию в атмосферном воздухе таких загрязняющих веществ как: азота диоксид, азот (II) оксид, углерода оксид и формальдегид в диапазоне от 1,2 до 2,5 раза.

В 2025 году число дополнительных случаев заболеваний нервной системы среди всего населения, вероятно ассоциированных с качеством атмосферного воздуха, составило 8,56 случая на 100 тыс. населения. По сравнению с 2016 годом зафиксировано снижение данного показателя в 4,44 раза, с 2024 г. – в 2,8 раза. На территориях 45 субъектов Российской Федерации загрязнение атмосферного воздуха вероятно формировало от 0,17 (Кировская область) до 170,9 (Алтайский край) дополнительных случаев заболеваний нервной системы на 100 тыс. всего населения. Среднероссийские уровни были превышены на территориях 11 регионов в диапазоне от 2,1 до 20,0 раза. К приоритетным территориям по количеству ассоциированных с качеством атмосферного воздуха заболеваний нервной системы относились Республика Татарстан, Красноярский край, Курская область, Забайкальский край, Алтайский край (от 32,5 до 170,9 дополнительных случаев на 100 тыс. населения).

Влияние питьевой воды на здоровье населения

С ненормативным качеством питьевого водоснабжения в 2025 году было ассоциировано 8,47 дополнительных случаев смертности на 100 тысяч всего населения Российской Федерации, что составляет 0,70 % от фактического уровня общей смертности. Показатель ассоциированной с качеством питьевого водоснабжения смертности снизился на 34,3 % относительно 2016 года. В 2025 году смертность всего населения, связанная с питьевой водой ненормативного качества, выше среднероссийского значения формировалась в диапазоне от 12,8 до 37,7 сл. на 100 тыс. всего населения на территории 23 субъектов Российской Федерации.

В структуре смертности, ассоциированной с качеством питьевого водоснабжения, наибольший вклад вносили болезни органов пищеварения – 4,77 сл. на 100 тыс. всего населения (6,44 % от фактического уровня смертности по данной причине). В 22 субъектах Российской Федерации (Тверская, Новгородская, Амурская, Калининградская области, Республика Карелия и др.) уровни смертности по данной причине превышали среднероссийский показатель, находясь в диапазоне от 20,7 до 27,1 случая на 100 тыс. населения соответственно.

Болезни системы кровообращения занимали второе место в структуре причин смертности населения Российской Федерации, ассоциированных с питьевой водой ненормативного качества, которые формировали в среднем по Российской Федерации 2,07 сл. на 100 тыс. населения (0,37 % от фактической смертности по данной причине). Установлено, что на территории 29 субъектов Российской Федерации (Томская, Курганская, Новгородская области, Республики Мордовия, Калмыкия и др.) значения смертности по данной причине находились выше среднероссийского уровня в диапазоне от 5,54 до 8,86 сл. на 100 тыс. всего населения соответственно.

Смертность по причине злокачественных новообразований, ассоциированных с питьевой водой ненормативного качества, в 2025 году составила 1,46 случая смерти на 100 тыс. населения (0,75 % от фактической смертности по данной причине). На территории 29 субъектов Российской Федерации значения смертности по данной причине находились выше среднероссийского уровня (Томская, Курганская, Новгородская области, Республики Мордовия, Калмыкия и др.) в диапазоне от 3,9 до 6,3 сл. на 100 тыс. населения соответственно.

Заболеваемость, ассоциированная с питьевой водой ненормативного качества, в 2025 году формировалась в 85 субъектах Российской Федерации в диапазоне от 23,4 до 3346,4 дополнительных случаев на 100 тыс. всего населения (рис. 1.149). Территориями,

на которых фиксировалась наибольшая дополнительная заболеваемость, являлись: Республики Калмыкия, Дагестан, Томская, Курганская, Новгородская области (от 2488,8 до 3346,4 случая на 100 тыс. населения).



Рис. 1.149. Распределение субъектов Российской Федерации по уровням общей заболеваемости всего населения, ассоциированной с неудовлетворительным качеством питьевой воды в 2025 году, случаев на 100 тыс. всего населения

В структуре заболеваемости всего населения Российской Федерации, ассоциированной с неудовлетворительным качеством питьевого водоснабжения, в 2025 году приоритетные позиции занимали: болезни органов пищеварения – 22,9 % (335,8 тыс. сл.); болезни мочеполовой системы – 22,2 % (325,5 тыс. сл.); болезни кожи и подкожной клетчатки – 16,3 % (239,1 тыс. сл.); болезни системы кровообращения – 13,02 % (190,7 тыс. сл.); болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм – 7,2 % (105,2 тыс. сл.) (рис. 1.150).

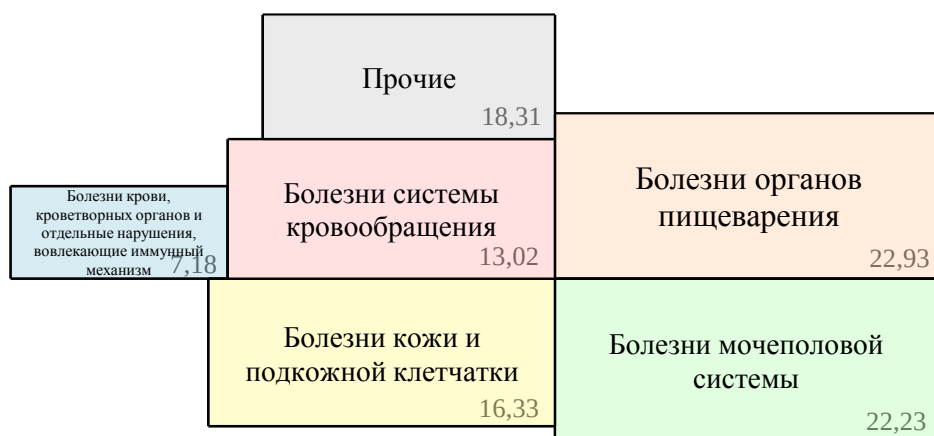


Рис. 1.150. Структура случаев заболеваемости всего населения Российской Федерации, ассоциированной с неудовлетворительным качеством воды систем централизованного хозяйственно-питьевого водоснабжения в 2025 году, %

Дополнительная заболеваемость в классе заболеваний органов пищеварения всего населения, связанная с ненормативным качеством питьевой воды по санитарно-химическим показателям, в т. ч. по содержанию железа, хлора, хлороформа, фториды, веществ I–II классов опасности в 2025 году вероятностно формировалась на территории 85 субъектов Российской Федерации. Факторы, обуславливающие ненадлежащее качество питьевой воды, вероятностно формировали от 2,03 (Камчатский край) до 804,8 (Красноярский край) дополнительных случая на 100 тыс. населения по данному классу заболеваний (рис. 1.151). Наибольшие значения дополнительных случаев заболеваемости наблюдались в Красноярском крае, Иркутской, Томской, Ленинградской областях, Республике Дагестан где показатели варьировались от 597,4 до 804,8 дополнительных случая на 100 тыс. населения.



Рис. 1.151. Распределение субъектов Российской Федерации по уровням заболеваемости болезнями органов пищеварения всего населения, ассоциированной с неудовлетворительным качеством питьевой воды в 2025 году, случаев на 100 тыс. всего населения

Заболеваемость всего населения в 2025 году болезнями мочеполовой системы, ассоциированной с ненормативным качеством питьевой воды по санитарно-химическим показателям, в том числе по содержанию хлороформа, алюминия, веществ I–II класса опасности, а также по показателю общей минерализации, формировалась в 85 субъектах Российской Федерации в диапазоне от 4,6 (Камчатский край) до 989,03 (Новгородская область) случая на 100 тыс. всего населения. Наиболее высокие значения дополнительной заболеваемости по данному классу формировались в Новгородской, Томской, Курганской областях, Республиках Калмыкия и Карелия (от 649,7 до 998,03 дополнительных случая на 100 тыс. населения).

Дополнительная заболеваемость всего населения по причине болезней кожи и подкожной клетчатки, ассоциированная с питьевой водой ненормативного качества по санитарно-химическим показателям, в т. ч. по аммиаку, марганцу в 2025 году формировалась на территории 85 субъектов Российской Федерации в диапазоне от 3,2 (Камчатский край) до 747,0 (Томская область) случаев на 100 тыс. населения. К приоритетным территориям Российской Федерации, где наблюдались наибольшие значения дополнительных случаев заболеваемости, относятся Томская, Новгородская,

Курганская, Амурская области, Республика Калмыкия (от 464,1 до 747,0 дополнительных случаев на 100 тыс. населения).

На территории 85 субъектов Российской Федерации в 2025 году формировалась дополнительная заболеваемость всего населения в классе болезней системы кровообращения, связанная с неудовлетворительным качеством питьевой воды по санитарно-химическим показателям, вероятно в диапазоне от 0,3 (Камчатский край) до 871,5 (Ростовская область) случаев на 100 тыс. населения. Наиболее высокие значения дополнительной заболеваемости в данном классе формировались в Ростовской, Самарской областях, Республиках Калмыкия, Ингушетия, Крым (от 459,2 до 871,5 дополнительных случаев на 100 тыс. населения).

Заболеваемость всего населения болезнями крови, кроветворных органов и отдельными нарушениями, вовлекающими иммунный механизм, ассоциированная с ненормативным качеством питьевой воды по санитарно-химическим показателям, в т. ч. по хлору, нитритам (NO_2^-), веществам I и III класса опасности, в 2025 году формировалась в 85 субъектах Российской Федерации от 1,9 (Камчатский край) до 434,8 (Республика Дагестан) случаев на 100 тыс. населения. К приоритетным территориям Российской Федерации, где наблюдались наибольшие значения дополнительных случаев заболеваемости, относятся Республики Дагестан, Ингушетия, Калмыкия, Карелия и Омская область (от 193,4 до 434,8 дополнительных случаев на 100 тыс. населения).

Дополнительная заболеваемость болезнями эндокринной системы, расстройствами питания и нарушениями обмена веществ в 2025 году также формировалась на территории 85 субъектов Российской Федерации в диапазоне от 1,3 (Камчатский край) до 219,9 (Томская область) случаев на 100 тыс. населения. Дополнительные случаи заболеваемости в данном классе обусловлены ненормативным качеством питьевой воды по санитарно-химическим показателям, в т. ч. по содержанию веществ I класса опасности. Наиболее высокие значения дополнительной заболеваемости в данном классе формировались в Томской, Новгородской, Курганской областях, Республиках Калмыкия и Мордовия (от 151,2 до 219,9 дополнительных случаев на 100 тыс. населения).

Ассоциированная заболеваемость всего населения Российской Федерации болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани, обусловленная ненормативным качеством питьевой воды по санитарно-химическим показателям формировалась в 85 субъектах Российской Федерации. Ненадлежащее качество питьевой воды, связанное с нестандартными пробами по содержанию фторидов, вероятно формировало от 1,02 (Камчатский край) до 173,1 (Томская область) случаев заболеваемости на 100 тыс. населения по данному классу заболеваний. Наибольшие значения дополнительных случаев заболеваемости наблюдались в Томской, Новгородской, Курганской областях, Республиках Калмыкия и Мордовия (от 119,6 до 173,1 дополнительных случаев на 100 тыс. населения).

В 2025 году дополнительная заболеваемость всего населения Российской Федерации инфекционными и паразитарными болезнями, ассоциированная с ненормативным качеством питьевой воды по содержанию микробиологических агентов в т. ч. наличием *Escherichia coli* (*E. coli*) и возбудителями кишечных инфекций бактериальной природы, формировалась в 85 субъектах Российской Федерации в диапазоне от 1,2 (г. Санкт-Петербург) до 263,1 (Еврейская автономная область) случаев на 100 тыс. населения. Наиболее высокие значения дополнительной заболеваемости в данном классе формировались в Еврейской автономной области, Республиках Дагестан,

Тыва, Хабаровском крае, Карачаево-Черкесской Республике (от 182,4 до 263,1 дополнительных случая на 100 тыс. населения).

В 2025 году на территории 85 субъектов Российской Федерации формировалась дополнительная заболеваемость новообразованиями в диапазоне от 0,7 (Камчатский край) до 110,8 (Томская область) случая на 100 тыс. населения. Дополнительные случаи заболеваемости обуславливались превышением гигиенических нормативов по санитарно-химическим показателям. Наиболее высокие значения дополнительной заболеваемости в данном классе формировались в Томской, Новгородской, Курганской областях, Республиках Калмыкия и Мордовия (от 73,8 до 110,8 дополнительных случаев на 100 тыс. населения).

В структуре заболеваемости детского населения, ассоциированной с ненормативным качеством питьевой воды, приоритетные позиции в 2025 году по количеству абсолютных случаев занимали: болезни кожи и подкожной клетчатки – 31,2 % (124,9 тыс. сл.); болезни органов пищеварения – 23,1 % (92,5 тыс. сл.); болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм – 19,1 % (76,6 тыс. сл.); болезни мочеполовой системы – 11,0 % (43,9 тыс. сл.); болезни нервной системы – 5,6 % (22,4 тыс. сл.) (рис. 1.152).

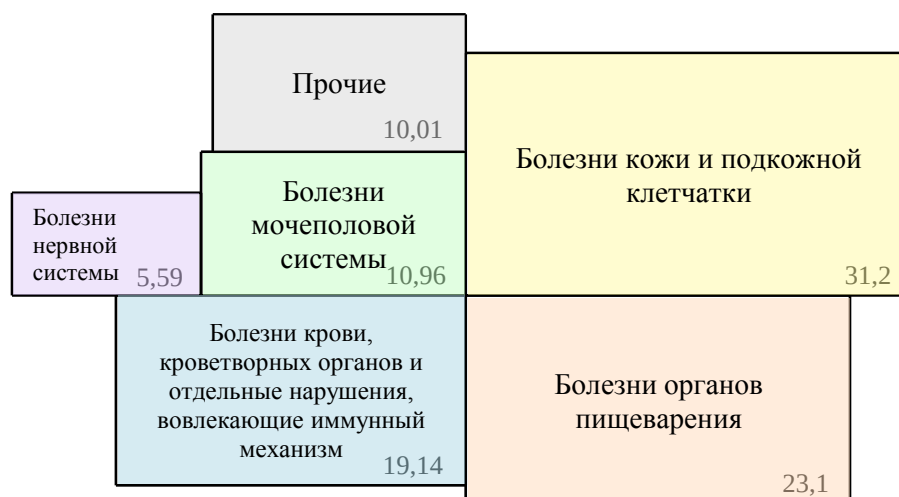


Рис. 1.152. Структура случаев заболеваемости детского населения Российской Федерации, ассоциированной с неудовлетворительным качеством воды системы централизованного хозяйственно-питьевого водоснабжения в 2025 году, %

На территории 85 субъектов Российской Федерации установлены дополнительные случаи заболеваемости детского населения, связанные с неудовлетворительным качеством хозяйственно-питьевого водоснабжения. Диапазон ассоциированных случаев заболеваемости детского населения варьировался от 28,9 (Камчатский край) до 5664,4 (Новгородская область) случая дополнительной заболеваемости на 100 тыс. детского населения (рис. 1.153). Приоритетными территориями по данному фактору являлись Новгородская, Томская, Амурская, Архангельская области, Республика Карелия (от 3697,3 до 5664,4 случая на 100 тыс. детского населения).



Рис. 1.153. Распределение субъектов Российской Федерации по уровням общей заболеваемости детского населения, ассоциированной с неудовлетворительным качеством питьевой воды в 2025 году, случаев на 100 тыс. детского населения

Число дополнительных случаев заболеваний, ассоциированных с неудовлетворительным качеством питьевой воды в 2025 г., вероятно составило 1002,0 случаев на 100 тыс. (1464,4 тыс. сл.) всего населения и 1491,2 случая на 100 тыс. (400,3 тыс. сл.) детского населения, что составляет соответственно 1,2 % и 0,9 % от всей фактической первичной заболеваемости населения соответствующих возрастов. Анализ динамики дополнительных случаев заболеваемости показал, что относительно 2016 г. соответствующая заболеваемость снизилась на 1,2 % у всего населения и на 17,9 % у детского населения.

Наибольший вклад в формирование дополнительных случаев заболеваемости всего населения в 2025 году, ассоциированной с неудовлетворительным качеством воды системы централизованного хозяйственно-питьевого водоснабжения, вносили факторы ненормативного качества питьевой воды по санитарно-химическим показателям, в том числе по хлору, хлороформу, нитритам, аммиаку, фторидам, железу, алюминию, марганцу, другим веществам I–III классов опасности, показателям общей минерализации, а также наличием *Escherichia coli* (*E. coli*) и возбудителей кишечных инфекций бактериальной природы.

Влияние почвы селитебных территорий на здоровье населения

Микробиологическое и паразитарное загрязнение почвы селитебных территорий энтерококками, ОКБ, жизнеспособными яйцами и личинками гельминтов, цистами (ооцистами) патогенных кишечных простейших вероятно обуславливало дополнительные случаи заболеваний населения некоторыми инфекционными и паразитарными болезнями. В целом по Российской Федерации в динамике с 2016 года наблюдается снижение данного показателя на 7,4 % у всего населения и увеличение на 1,5 % у детского населения.

В среднем по Российской Федерации в 2025 г. формировалось порядка 837,6 дополнительных случаев заболеваний на 100 тыс. детского населения в классе «некоторые инфекционные и паразитарные заболевания», ассоциированных с

загрязнением почвы или около 12,9 % фактической заболеваемости по указанной причине.

К приоритетным регионам, где микробное и паразитарное загрязнение почв населенных мест в наибольшей степени повышало уровень заболеваемости детского населения, ассоциированной с микробным и паразитарным загрязнением почв населенных мест, относятся Еврейская автономная область, Хабаровский край, Новгородская, Нижегородская области, Республика Коми (2486,6–5852,6 сл. на 100 тыс. населения соответствующего возраста) (рис. 1.154).



Рис. 1.154. Пространственное распределение субъектов Российской Федерации по уровню заболеваемости детского населения некоторыми инфекционными и паразитарными заболеваниями, обусловленных микробным и паразитарным загрязнением почв селитебных территорий в 2025 году, случаев на 100 тыс. детского населения

Среди детского населения Республики Крым, Марий Эл и Ханты-Мансийского автономного округа зафиксированы наиболее высокие темпы прироста (более чем в 5 раз) числа дополнительных случаев некоторых инфекционных и паразитарных заболеваний, вероятно связанных с высокой долей проб почв, не соответствующих санитарным нормам и правилам по микробиологическим и паразитологическим показателям, по сравнению с 2016 годом.

Влияние небезопасной пищевой продукции на здоровье населения

Наличие в обороте небезопасных пищевых продуктов может обуславливать развитие различных нарушений здоровья населения, включая инфекционные заболевания, аллергические реакции, а также хронические патологии по различным классам болезней. Кроме того, не исключается вредное воздействие такой продукции на репродуктивное здоровье и здоровье будущих поколений.

Несоответствие пищевой продукции по микробиологическим показателям, включая патогенные микроорганизмы, вероятно формирует дополнительную заболеваемость населения некоторыми инфекционными и паразитарными болезнями. Так, с учетом результатов контроля и мониторинга продукции в 2025 г., товары из группы «птицы и птицеводческие продукты» вследствие несоблюдения нормативов по содержанию микробиологических агентов, в том числе патогенов, вероятно

сформировали 18,74 случая инфекционных и паразитарных болезней на 100 тыс. населения. Несоответствие мяса и мясных продуктов по этим же показателям – 14,67 случая на 100 тыс. населения, безалкогольных напитков – 8,04 случая на 100 тыс. населения, продукция предприятий общественного питания – 5,23 случая на 100 тыс. населения. В целом наибольшие потери сформировались в тех регионах, где уровни несоблюдения требований к микробной безопасности продукции были самыми высокими, превышая среднероссийские показатели. Так, в целом инфекционная заболеваемость всего населения, связанная с факторами риска продукции, на уровне выше 150 случаев на 100 тысяч человек (при среднероссийском показателе 99,8 сл./100 тысяч), была отмечена в Новгородской области, где процент проб пищевой продукции, не соответствующих гигиеническим требованиям по микробиологическим показателям, составил 10,6 %, Хабаровском крае (8,63 % проб продукции с нарушением требований по микробиологическим показателям), Республике Тыва (8,3 % проб), Свердловской области (7,72 % проб), Архангельской области (6,36 % проб). В целом по Российской Федерации нарушения обязательных требований к микробиологической безопасности продукции определили 4,1 % всей заболеваемости населения болезнями класса «инфекционные и паразитарные заболевания».

Несоблюдение требований по содержанию в пищевой продукции (в рыбе и рыбных продуктах, мясе и мясных продуктах, кондитерских изделиях и пр.) токсичных элементов (таких как кадмий, ртуть, свинец, мышьяк) в среднем за последние 5 лет (2021–2025) формировало порядка 37,0 сл. заболеваний / 100 тыс. человек всего населения. Это существенно ниже, чем за предыдущий период (2016–2020 гг.), когда данный показатель составлял 69,0 сл./100 тыс. населения. Вместе с тем, сохранение самого факта наличия нарушений здоровья вследствие присутствия токсичных веществ в продуктах питания продолжает оставаться проблемой, вызывающей опасения.

Наиболее чувствительной группой остается детское население. Так, ненормативное содержание токсичных элементов в кондитерской продукции вероятно обуславливает дополнительные случаи заболеваний костно-мышечной системы на уровне 3,5 случая на 100 тыс. и болезней эндокринной системы, расстройств питания и нарушения обмена веществ на уровне 3,1 случая на 100 тыс. детского населения.

Острой остается проблема заболеваний, ассоциированных с наличием в продукции антибиотиков, в том числе на уровнях выше максимально допустимых. При незначительной доле выявленных нарушений, установлена достоверная причинно-следственная связь между ненормативными содержаниями антибиотиков в птице и птицеводческой продукции и дополнительной заболеваемостью детского населения по классу болезней кожи и подкожной клетчатки (порядка 46,6 случая на 100 тыс. детского населения) и по классу болезней органов пищеварения (15,2 случая на 100 тыс. детского населения). Присутствие антибиотиков в пищевой продукции выше нормативных величин формирует и дополнительную заболеваемость взрослого населения трудоспособного возраста на уровне – 2,1 сл. на 100 тыс. населения.

Ненормативное содержание в плодоовощной продукции пестицидов вероятно формирует дополнительные случаи болезней системы кровообращения у взрослого населения старше трудоспособного возраста на уровне 15,5 сл. на 100 тыс. населения соответствующего возраста, болезней нервной системы – 5,1 сл. на 100 тыс. взрослого населения старше трудоспособного возраста.

В целом только по исследованным факторам нарушения санитарно-эпидемиологических требований к качеству и безопасности продукции формируют на каждые 100 тысяч всего населения порядка 76,7 случая болезней сердечно-сосудистой системы; 65,5 случая – болезней органов пищеварения; 61,0 случай – болезней кожи и подкожной клетчатки; 55,2 случая – болезней крови и кроветворных органов; 38,4 случая – отравлений; 22,8 случая – болезней костно-мышечной системы, а также с меньшей

частотой – заболевания нервной, мочеполовой системы, поражений органов чувств, новообразования.

Уровни и динамика заболеваемости населения, ассоциированной с небезопасной пищевой продукцией, различна по регионам. Однако наибольшие медико-демографические потери несут те субъекты федерации, где частота нарушений требований безопасности наибольшая по разным показателям и видам продукции. К таким регионам, например, относятся: Республика Хакасия (дополнительная заболеваемость составляет – 2457,6 сл. на 100 тысяч всего населения при 1,7 % проб с превышением гигиенических нормативов по санитарно-химическим показателям, 8,62 % проб – с выявленными показателями фальсификации, 4,3 % проб – с превышением гигиенических нормативов по микробному фактору и т. п.), Свердловская область (1627,3 сл. на 100 тысяч всего населения при 0,8 % проб с превышением гигиенических нормативов по санитарно-химическим показателям, почти 19 % проб – с выявленными показателями фальсификации, 7,7 % проб – с превышением гигиенических нормативов по микробному фактору и т. п.), Калужская область (1475,6 сл. на 100 тыс. всего населения) и Новгородская область (1315,4 сл. на 100 тысяч всего населения) (рис. 1.155).



Рис. 1.155. Распределение субъектов Российской Федерации по уровню дополнительных случаев заболеваний, ассоциированных с потреблением небезопасных, некачественных пищевых продуктов, всего населения в 2025 год

Риск-ориентированный подход при осуществлении государственного контроля (надзора) и профилактические мероприятия, проводимые Роспотребнадзором, имеют основной целью минимизацию нарушений обязательных требований к безопасности потребительской продукции и удаление из оборота продукции, которая может нанести вред здоровью населения.

Влияние нерационального питания на здоровье населения

Высокий уровень хронических неинфекционных заболеваний во многом объясняется нерациональным несбалансированным питанием населения. Анализ взаимосвязи между фактическим потреблением разных групп продуктов и показателями здоровья позволяет говорить об устойчивой тенденции к снижению заболеваемости, ассоциированной с нерациональным несбалансированным питанием. Число

дополнительных случаев заболеваний, вероятно обусловленных нерациональным потреблением пищевых продуктов, составило в 2025 году 1966,9 случая на 100 тыс. всего населения (или 2,4 % от всей первичной заболеваемости) (рис. 1.156). За период с 2016 года число заболеваний, ассоциированных с нерациональным питанием, сократилось на 29,6 %. При этом темпы снижения значительно ускорились в течение последних пяти лет, соответствующих реализации национального проекта «Демография» федерального проекта «Укрепление общественного здоровья».

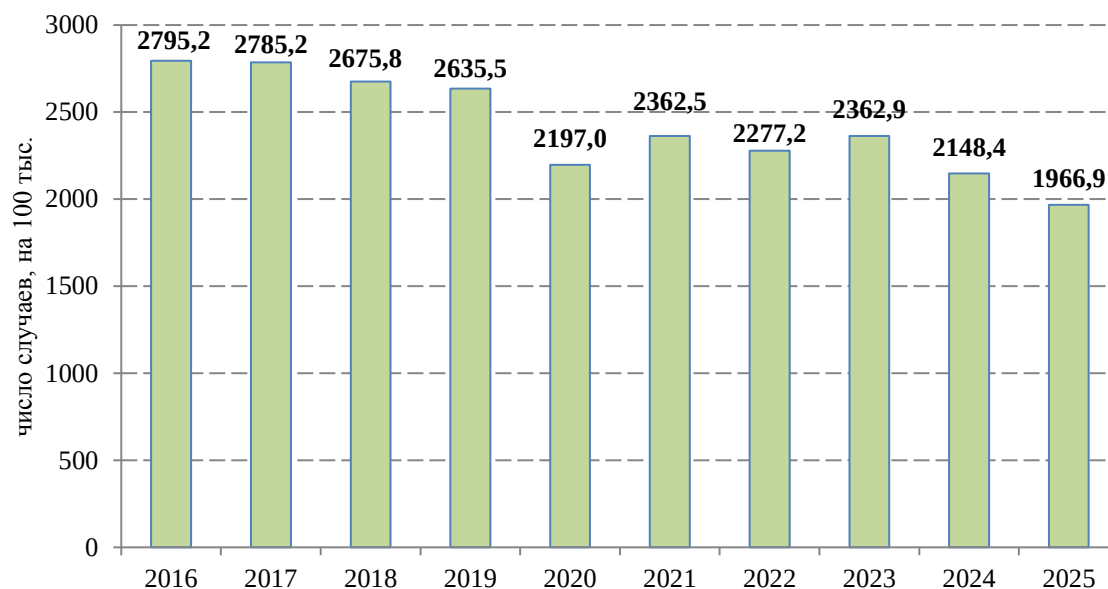


Рис. 1.156. Динамика дополнительной заболеваемости, вероятно обусловленной нерациональным питанием, всего населения Российской Федерации, на 100 тыс.

В структуре дополнительных случаев заболеваний, связанных с нерациональным питанием, более 80 % приходится на основные пять классов болезней. Наибольшую нагрузку формируют болезни кожи и подкожной клетчатки (25,5 %), костно-мышечной системы (17,0 %), а также мочеполовой системы (14,2 %), органов пищеварения (14,0 %), болезни глаза и его придаточного аппарата (11,4 %). Значимым является вклад алиментарного фактора в развитие болезней системы кровообращения (6,5 %), нервной системы (4,2 %), крови, кроветворных органов и отдельных нарушений, вовлекающие иммунный механизм (4,1 %) и болезней эндокринной системы (3,2 %).

Дополнительная ассоциированная заболеваемость в классе болезней кожи и подкожной клетчатки в течение 10 лет остается приоритетной и составляет в настоящее время 534,6 случая на 100 тыс. населения (или 13,9 % от первичной заболеваемости по данному классу). Факторы риска: недостаточное потребление овощей и масла растительного. На отдельных территориях уровень заболеваемости превышает среднероссийский показатель в 2,0–2,7 раза. К числу территорий с наиболее высоким уровнем дополнительных случаев заболеваний в данном классе относятся Чукотский автономный округ, Камчатский край, Самарская область, Ненецкий автономный округ, Республика Алтай и др. (до 1442,6 сл. на 100 тыс. населения) (рис. 1.157).



Рис. 1.157. Распределение субъектов Российской Федерации по уровню дополнительных случаев болезней кожи и подкожной клетчатки, ассоциированных с нерациональным потреблением пищевых продуктов, 2025 г.

Ассоциированная заболеваемость болезнями костно-мышечной системы составляет 356,2 сл. на 100 тыс. населения, что соответствует 10,9 % от первичной заболеваемости по данному классу болезней, и вероятно обусловлена недостаточным потреблением овощей, а также избыточным потреблением сахара и кондитерских изделий. К числу территорий с высоким уровнем дополнительных случаев заболеваний по классу болезней костно-мышечной системы, превышающим среднероссийский показатель в 1,5–1,7 раза, относятся Республика Марий Эл, Республика Башкортостан, Карачаево-Черкесская Республика, Архангельская область и др. (до 614,5 сл. на 100 тыс. населения) (рис. 1.158).



Рис. 1.158. Распределение субъектов Российской Федерации по уровню дополнительных случаев болезней костно-мышечной системы, ассоциированных с нерациональным потреблением пищевых продуктов, 2025 г.

Число дополнительных случаев болезней мочеполовой системы составило 297,6 на 100 тыс. всего населения (или 7,6 % от первичной заболеваемости по указанному классу). Формирование данной патологии вероятно обусловлено также недостаточным потреблением овощей.

Число дополнительных случаев болезней системы пищеварения составило 293,5 на 100 тыс. всего населения (или 10,3 % от первичной заболеваемости по указанному классу). Формирование таких болезней вероятно обусловлено недостаточным потреблением фруктов, избыточным содержанием в рационе сахара и кондитерских изделий, а также хлеба и хлебобулочных изделий. На отдельных территориях превышение среднероссийского уровня дополнительных случаев заболеваний по данному классу болезней составляет 2,5–4,0 раза. К числу таких субъектов относятся Республика Ингушетия, Республика Башкортостан, Забайкальский край, Карачаево-Черкесская Республика, Чеченская Республика и др. (до 1190,9 сл. на 100 тыс. населения) (рис. 1.159).



Рис. 1.159. Распределение субъектов Российской Федерации по уровню дополнительных случаев болезней органов пищеварения, ассоциированных с нерациональным потреблением пищевых продуктов, 2024 г.

Для формирования болезней системы кровообращения (135,5 случаев на 100 тыс. населения, или 3,5 % от первичной заболеваемости соответствующего класса) имеет значение превышение рекомендуемых уровней потребления сахара и кондитерских изделий, а также хлеба и хлебобулочных продуктов.

Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, не занимая лидирующих позиций по уровню дополнительных случаев заболеваний, обусловленных нерациональной структурой продуктового набора, в течение 10 лет сохраняются на одном уровне и в настоящее время формируют 67,5 случая на 100 тыс. населения, или 4,1 % от первичной заболеваемости по данному классу. Их развитие в большей степени обусловлено недостаточным потреблением овощей и фруктов. Вместе с тем, отмечается выраженная региональная вариабельность уровня ассоциированной заболеваемости данного класса: более чем в половине субъектов число дополнительных случаев превышает среднероссийский показатель в 2,0–4,5 раза.

Отмеченные тенденции динамики заболеваемости, вероятно обусловленной нерациональным питанием, включая структурные характеристики по классам болезней и региональные особенности, целесообразно учитывать при реализации национальных проектов, что позволит снизить бремя хронических неинфекционных заболеваний, связанных с модифицируемыми факторами риска.

Оценка риска негативного воздействия объектов накопленного вреда на здоровье населения и продолжительность жизни граждан

Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека во исполнение перечня поручений Президента Российской Федерации от 24.10.2020 № Пр-1726ГС, поручения Правительства Российской Федерации, паспорта федерального проекта «Генеральная уборка» национального проекта «Экологическое благополучие» (далее – ФП «Генеральная уборка») за 2025 год осуществлена оценка воздействия 125 объектов, обладающих признаками объектов накопленного вреда окружающей среде (далее – ОНВОС) на здоровье граждан и продолжительность их жизни.

По итогам проведенного анализа 125 заключений по оценке влияния ОНВОС на здоровье граждан и продолжительность их жизни, представленных подведомственными организациями Роспотребнадзора в 27 субъектах Российской Федерации, отмечается, что «чрезвычайно высокий риск» и «низкий риск» не установлены ни от одного ОНВОС; «высокий риск» установлен от 10 ОНВОС (8 %) в 7 субъектах Российской Федерации (Самарская область – 3, Чеченская Республика – 2, Алтайский край – 1, Кемеровская область – Кузбасс – 1, Нижегородская область – 1, Республика Бурятия – 1, Свердловская область – 1); «средний риск» установлен от 89 ОНВОС (71 %) в 19 субъектах Российской Федерации, «умеренный риск» установлен от 26 ОНВОС (21 %) в 10 субъектах Российской Федерации.

1.2.2. Анализ состояния здоровья работающего населения и профессиональной заболеваемости

Условия труда работающих

Число объектов надзора в сфере промышленности и сельского хозяйства находящихся на государственном контроле (надзоре) в 2025 г., составило 167 120, что на 23,87 % меньше, чем в 2016 г. (219 516 объектов) и на 6,4 % меньше, чем в 2024 г. (178 543 объекта).

За период с 2016 по 2025 г. число производственных объектов, на которых проведены контрольные (надзорные) мероприятия (КНМ), снизилось на 51,33 % относительно 2016 г. (17 553) и увеличилось на 28,10 % относительно 2024 г. (6427) и составило в 2025 г. – 8543 (5,11 % от общего числа объектов надзора в сфере промышленности и сельского хозяйства) (2016 г. – 17 553 (8,0 %), 2024 г. – 6427 (4,61 %)). Доля проведенных контрольных (надзорных) мероприятий с использованием лабораторных и инструментальных методов исследования выросла в 1,2 раза с 60,90 % (2016 г.) до 74,7 % (2025 г.), и снизилась относительно 2024 г. (91,47 %) в 1,2 раза (табл. 1.41).

Таблица 1.41

Сведения о федеральном государственном санитарно-эпидемиологическом контроле (надзоре) территориальными органами Роспотребнадзора за период 2016–2024 гг., абс. и %

Показатели	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Темп прироста показателя к 2016 г., %
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Число объектов надзора в сфере промышленности и сельского хозяйства	219516	222229	226543	226723	228904	223350	184881	173425	178543	167120	–23,87

Продолжение табл. 1.41

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Удельный вес производственных объектов, на которых проводились контрольные (надзорные) мероприятия (КНМ), %	8,00	8,08	7,67	9,70	4,28	6,20	1,73	3,71	4,61	5,11	–36,13
Удельный вес КНМ с использованием лабораторных и инструментальных методов исследования, %*	60,90	62,80	62,50	67,30	40,00	67,30	59,96	89,52	91,47	74,70	22,66
* Показатель до 2021 г. – Удельный вес обследований объектов с применением лабораторных и инструментальных методов исследования, %											

По данным Росстата на конец 2024 г. в Российской Федерации численность занятых в возрасте 15–72 лет составила 74 061,0 тыс. человек (2015 г. – 72 495,3 тыс. человек), из них 36 228 тыс. – женщины (2015 г. – 35 299,0 тыс. женщин). Среднесписочная численность работников (без внешних совместителей) по полному кругу организаций за 2025 г. составила 43 586 662,1 человек. Списочная численность работников в Российской Федерации (без внешних совместителей) в организациях, не относящихся к субъектам малого предпринимательства по основным видам ОКВЭД на конец 2024 г. составила 13 830 835 человек (2015 г. – 12 967 067 человек), из них на работах с вредными и (или) опасными условиями труда занято – 4 827 816 человек (34,90 %) (2015 – 5 069 358 человек (39,10 %)), при этом каждый работающий в данном случае учитывается только один раз независимо от количества действующих на него опасных и вредных производственных факторов (рис. 1.160).

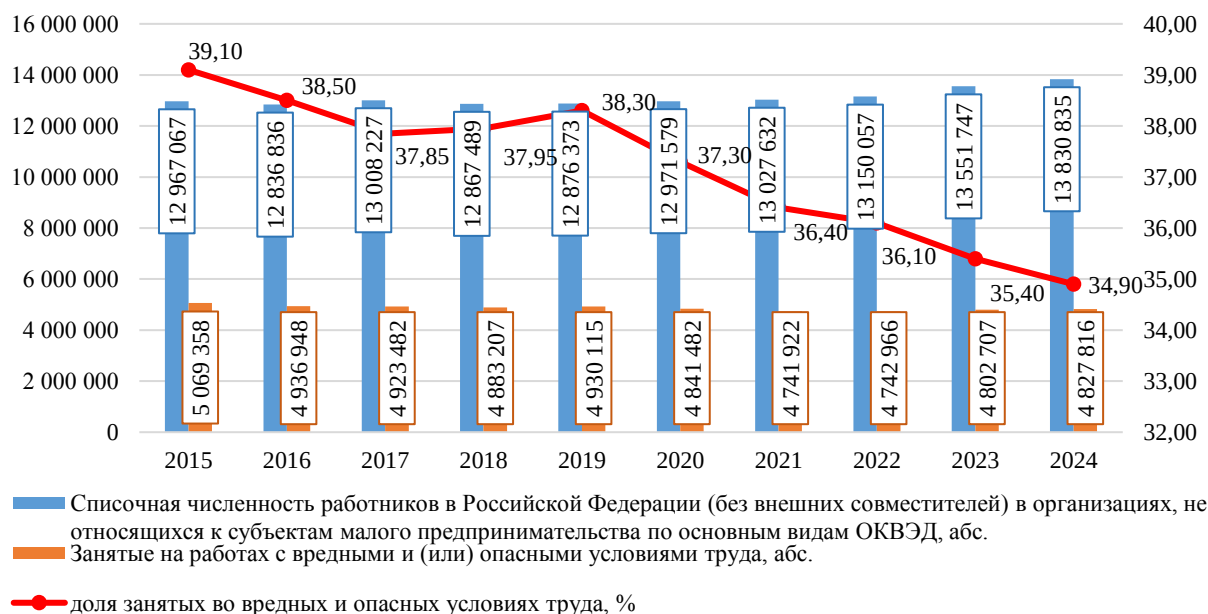


Рис. 1.160. Списочная численность работников в Российской Федерации (без внешних совместителей) в организациях, не относящихся к субъектам малого предпринимательства по основным видам ОКВЭД, в том числе занятым на работах с вредными и (или) опасными условиями труда за период 2015–2024 гг.
(по данным <https://rosstat.gov.ru>)

Под воздействием повышенного уровня шума, ультра- и инфразвука на конец 2024 г. работало – 18,9 % работающих; химического фактора – 7,3 %; вибрации (общей и локальной) – 4,6 %; биологического фактора – 0,3 %; аэрозолей преимущественно фиброгенного действия – 4,5 %; неионизирующего излучения – 1,3 %, параметров микроклимата – 3,3 %, световой среды – 1,3 %, тяжести трудового процесса – 19,9 %, напряженности трудового процесса – 3,4 %. В данном случае один и тот же работник, условия труда которого отнесены к вредным и (или) опасным условиям труда по нескольким факторам, учитывается по всем этим факторам.

Результаты лабораторных исследований условий труда

Число исследованных проб на «Пары и газы» в воздухе закрытых помещений и воздухе рабочей зоны промышленных предприятий в 2025 г. составило 147 417, за период 2016–2025 гг. отмечается снижение их количества в 3,1 раза относительно 2016 г. (453 039) и в 1,2 раза относительно 2024 г. (180 626). Доля превышающих ПДК проб воздуха на пары и газы в 2025 г. составила 0,95 %, что в 1,81 раза ниже СМУ за период 2015–2024 гг. (СМУ – 1,72 %), в 1,3 раза ниже показателя в 2024 г. (1,27 %). Динамика изменений удельного веса проб с превышением ПДК на вещества 1 и 2 класса опасности в парах и газах, за период с 2016 по 2025 г. имеет тенденцию к снижению (рис. 1.161).

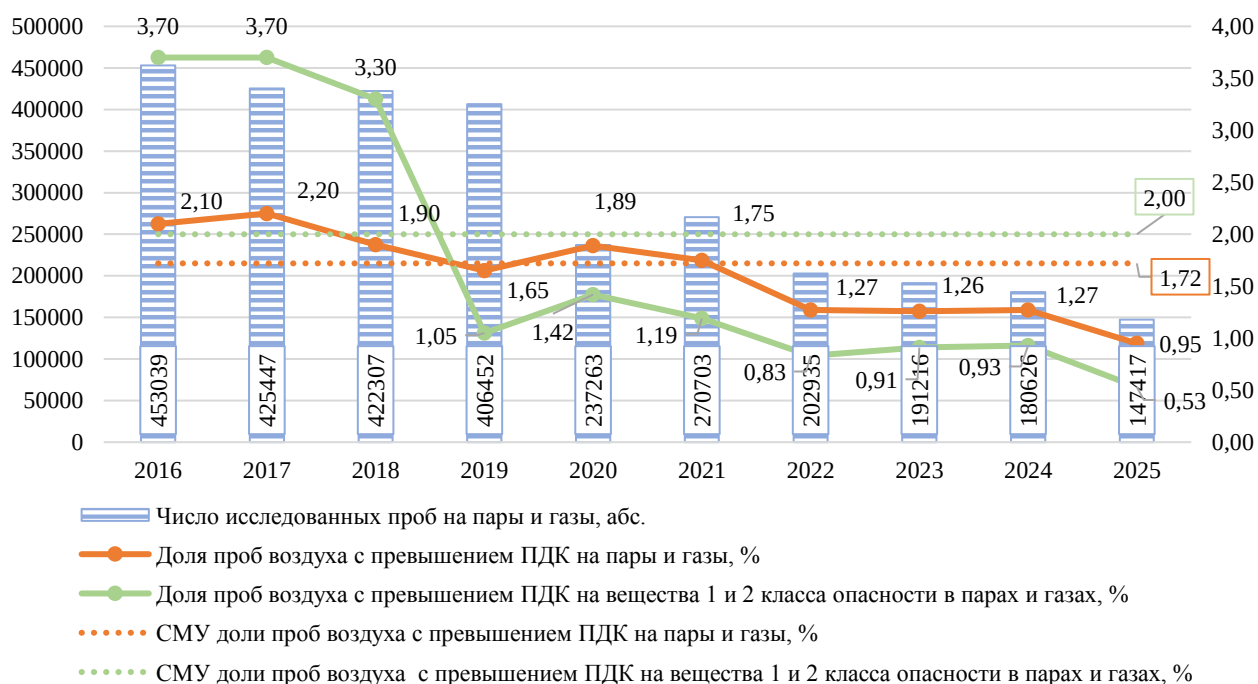


Рис. 1.161. Результаты исследования проб воздушной среды закрытых помещений и воздуха рабочей зоны промышленных предприятий Российской Федерации на «Пары и газы» за период 2016–2025 гг.

Число исследованных проб на «Пыль и аэрозоли» в воздухе закрытых помещений и воздухе рабочей зоны сократилось в 2,3 раза относительно 2016 г. (277 016) и в 1,02 раза относительно 2024 г. (121 279) и в 2025 г. составило 118 671 проб. Доля проб воздуха, превышающих ПДК на пыль и аэрозоли в 2025 г. составила 1,91 %, что в 2,1 раза ниже СМУ (4,09 %) и в 1,2 раза ниже относительно 2024 г. (2,37 %). Динамика изменений удельного веса проб с превышением ПДК на вещества 1 и 2 класса опасности в пыли и аэрозолях за период с 2016 по 2025 г. имеет тенденцию к снижению (рис. 1.162).

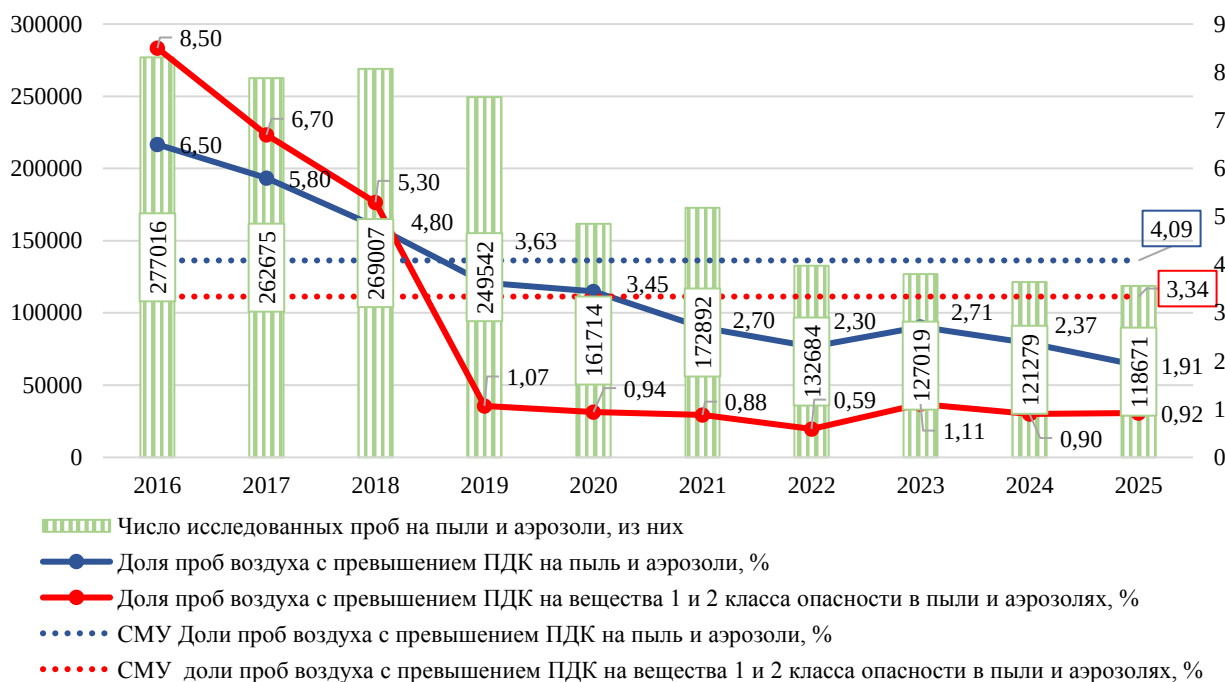


Рис. 1.162. Результаты исследования проб воздушной среды закрытых помещений и воздуха рабочей зоны промышленных предприятий Российской Федерации на «Пыль и аэрозоли» за период 2016–2025 гг.

Число рабочих мест, обследованных по фактору «Шум», за период 2016–2025 гг. снизилось в 2,6 раза относительно 2016 г. (88 839) и в 1,1 раза относительно 2024 г. (36 727), составив в 2025 г. — 34 739 рабочих мест. Доля рабочих мест, не соответствующих гигиеническим нормативам по шуму, в 2025 г. составила 16,7 %, на 1,9 % ниже СМУ (17,03 %) и в 1,04 раза ниже в сравнении с 2024 г. (17,34 %) (рис. 1.163).

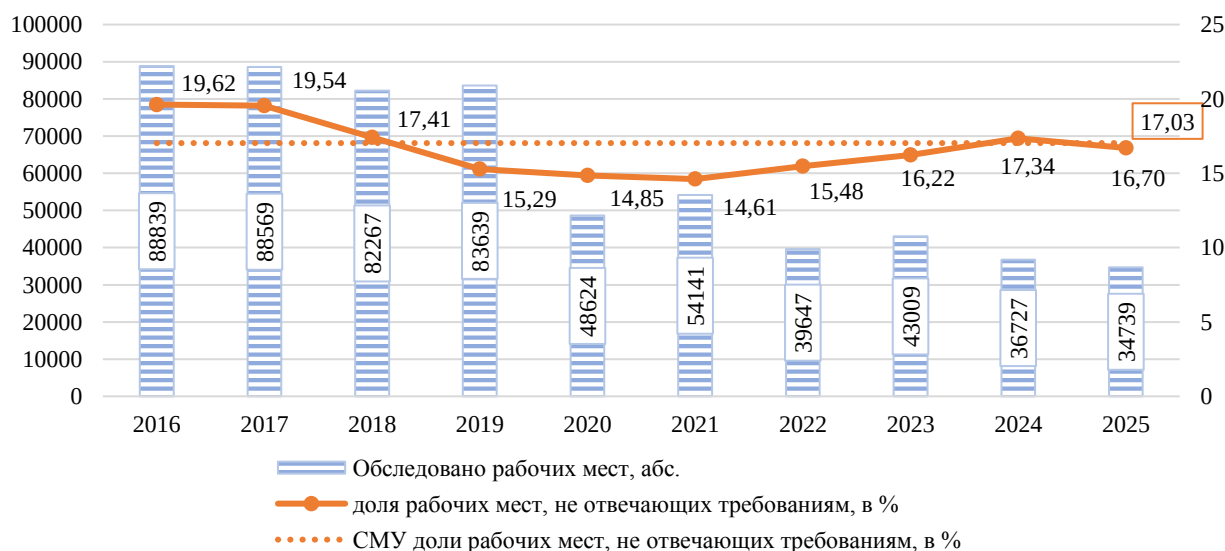


Рис. 1.163. Динамика обследованных рабочих мест на промышленных предприятиях Российской Федерации по фактору «Шум» за период 2016–2025 гг.

Число рабочих мест, обследованных по фактору «Вибрация (общая и локальная)» в 2025 г. составило 17 272, за период 2016–2025 гг. число снизилось в 2,5 раза относительно 2016 г. (42 835) и сохранило объем 2024 г. — 17 304. Удельный вес рабочих мест, не соответствующих гигиеническим нормативам по вибрации, в 2025 г. имеет

тенденцию к снижению (6,54 %) в 1,23 раза относительно СМУ (8,05 %) и увеличению на 0,29 % относительно 2024 г. (6,25 %) (рис. 1.164).

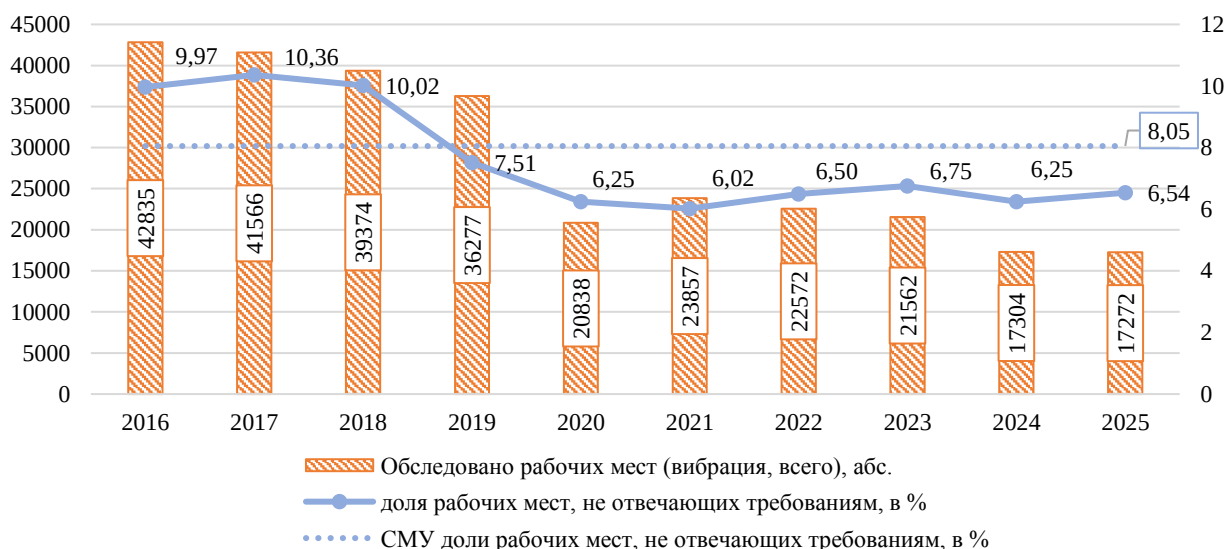


Рис. 1.164. Динамика обследованных рабочих мест на промышленных предприятиях Российской Федерации по фактору «Вибрация» за период 2016–2025 гг.

Число рабочих мест, обследованных по фактору «ЭМП», за период 2016–2025 гг. снизилось в 9,2 раза относительно 2016 г. (116 114) и в 1,4 раза относительно 2024 г. (17 887) и в 2025 г. составило 12 671. Удельный вес рабочих мест, не соответствующих гигиеническим нормативам по ЭМП в 2025 г. составил 0,55 %, что ниже в 6,7 раза относительно СМУ (3,71 %) и в 1,7 раза ниже относительно 2024 г. (0,91 %) (рис. 1.165).

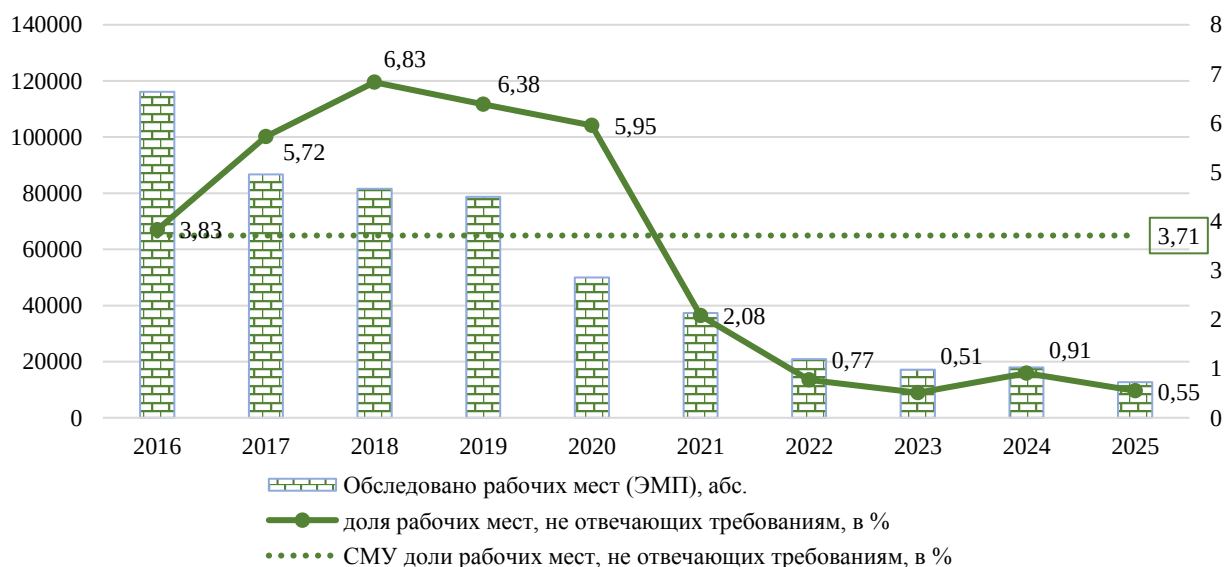


Рис. 1.165. Динамика обследованных рабочих мест на промышленных предприятиях Российской Федерации по фактору «ЭМП» за период 2016–2025 гг.

Число рабочих мест, обследованных по фактору «Микроклимат», за период 2016–2025 гг. снизилось в 2,5 раза относительно 2016 г. (174 057) и в 2025 г. составило 69 690 (2024 г. – 71 313). Удельный вес рабочих мест, не соответствующих гигиеническим нормативам по параметрам микроклимата в 2025 г. составил 2,92 %, что в 1,4 раза ниже относительно СМУ (4,07 %) и в 1,3 раза ниже относительно 2024 г. (3,74 %) (рис. 1.166).



Рис. 1.166. Динамика обследованных рабочих мест на промышленных предприятиях Российской Федерации по фактору «Микроклимат» за период 2016–2025 гг.

Число рабочих мест, обследованных по фактору «Освещенность» в 2025 г. составило 69 205, за период 2016–2025 гг. снизилось в 2,6 раза относительно 2016 г. (179 664) и в 1,1 раза относительно 2024 г. (73 268). Удельный вес рабочих мест, не соответствующих гигиеническим нормативам, в 2025 г. составил 7,67 %, что в 1,47 раз ниже СМУ (11,28 %) и в 1,1 раза ниже показателя 2024 г. (8,78 %) (рис. 1.167).

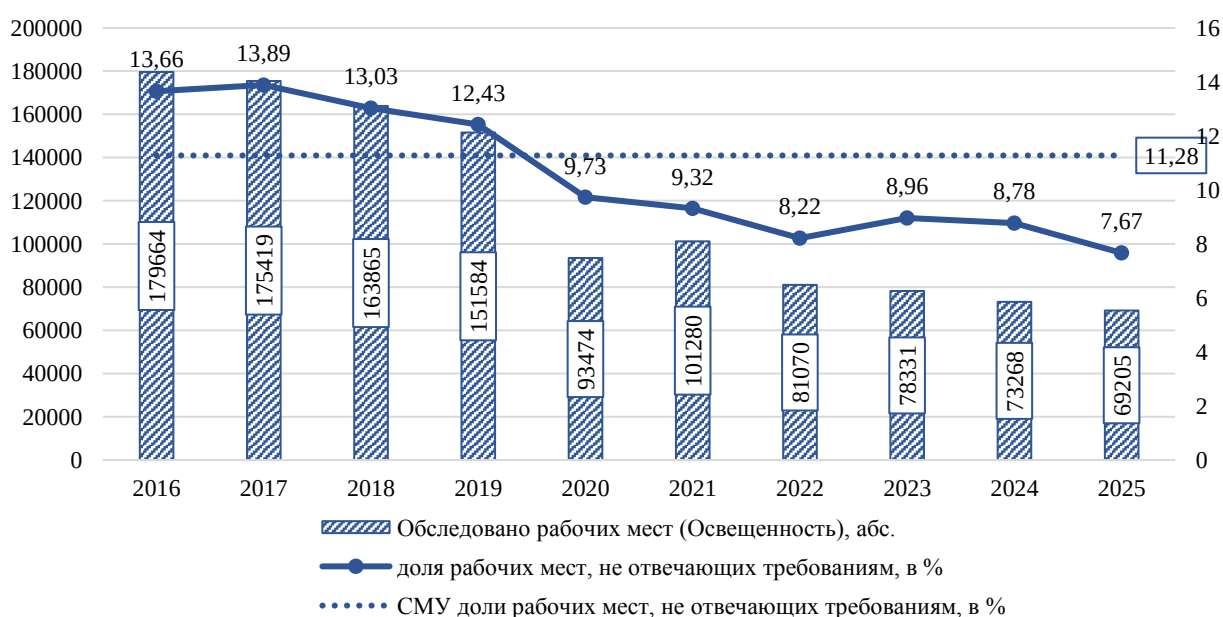


Рис. 1.167. Динамика обследованных рабочих мест на промышленных предприятиях Российской Федерации по фактору «Освещенность» за период 2016–2025 гг.

Анализ профессиональной заболеваемости

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 5 июля 2022 г. № 1206 «О порядке расследования и учета случаев профессиональных заболеваний работников» по результатам расследования

профессиональных заболеваний осуществляет их учет в субъектах Российской Федерации и проводит углубленный анализ профессиональной заболеваемости среди работников.

В 2025 г. было установлено 3439 случаев профессиональных заболеваний у 2865 человек (в 2016 г. – 6545 случаев у 5520 человек). За период 2016–2025 гг. в Российской Федерации абсолютное число случаев с впервые установленным диагнозом профессионального заболевания (отравления) снизилось на 47,46 %.

Уровень профессиональной заболеваемости в Российской Федерации в 2025 г. составил 0,79 случая на 10 000 работников, что на 30,70 % ниже по сравнению со среднегодовым уровнем (далее – СМУ) (1,14 на 10 000 работников) и на 11,24 % ниже по сравнению с показателем 2024 г. (0,89 на 10 000 работников) (рис. 1.168).

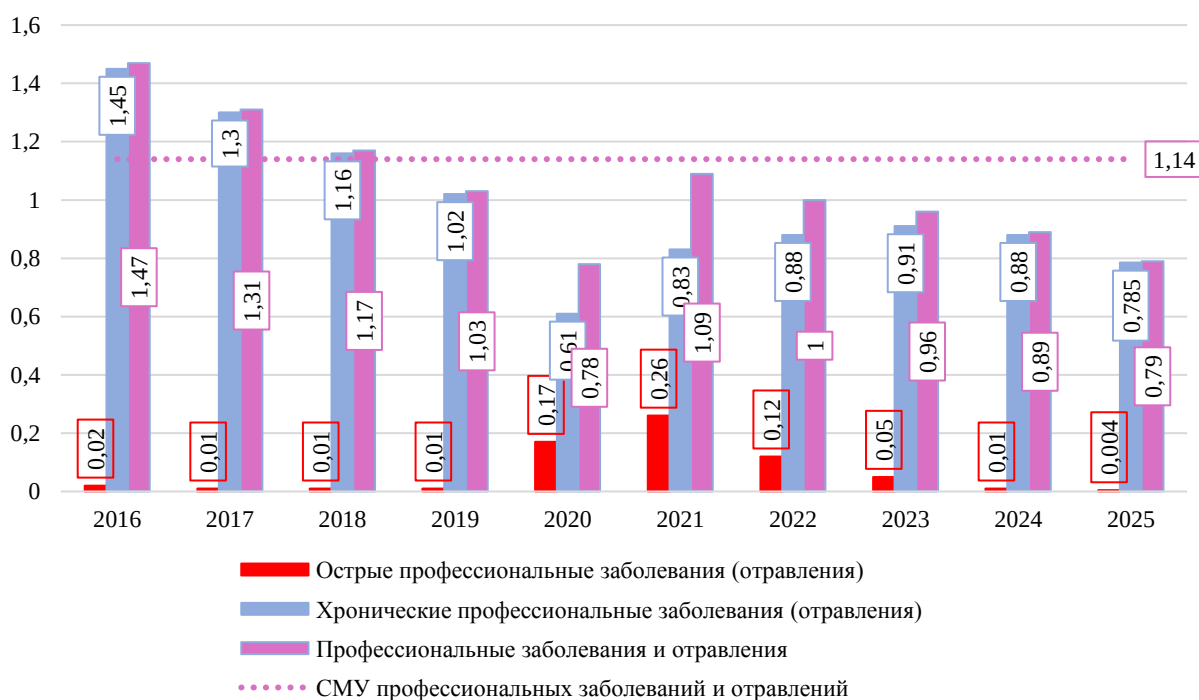


Рис. 1.168. Показатели профессиональной заболеваемости за период 2016–2025 гг. в случаях на 10 тыс. работающего населения

В 2025 г. **не зарегистрированы** случаи профессиональных заболеваний (отравлений) в **16** субъектах Российской Федерации: Владимирской, Калужской, Костромской, Орловской, Калининградской, Новгородской, Псковской областях, Ненецком автономном округе, республиках Дагестан, Ингушетия, Северная Осетия – Алания, Марий Эл, г. Севастополе, Карачаево-Черкесской, Кабардино-Балкарской, Чеченской республиках.

Из **69** субъектов Российской Федерации в которых установлены случаи профессиональных заболеваний в **25** субъектах уровень профессиональной заболеваемости **превышает показатель** по Российской Федерации (0,79 случая на 10 тысяч работающего населения) и в 10 субъектах Российской Федерации установлено превышение СМУ (1,14 на 10 000 работающих) (рис. 1.169, табл. 1.42).

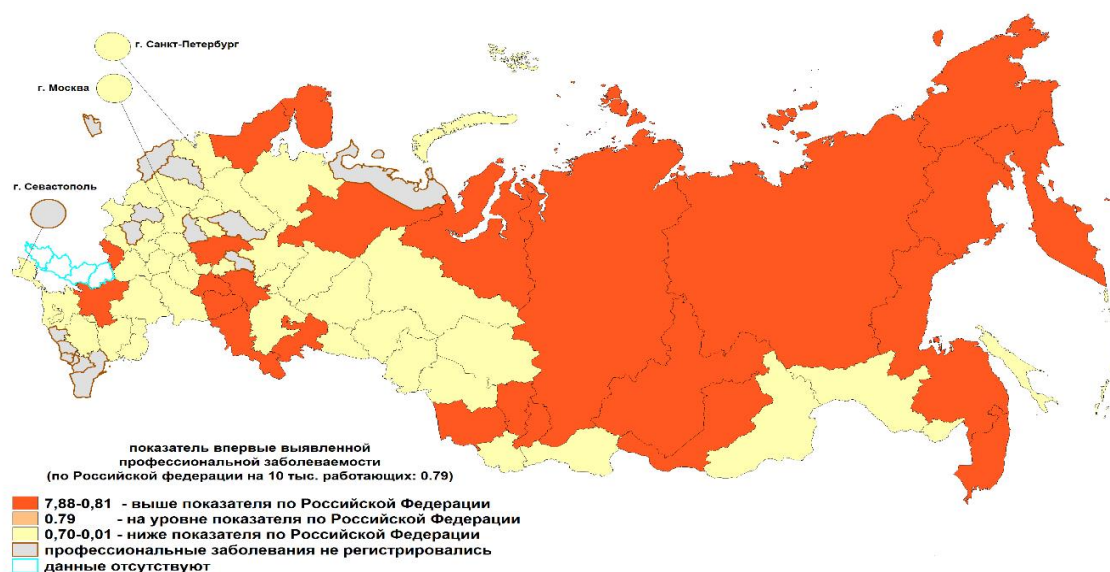


Рис. 1.169. Профессиональная заболеваемость в Российской Федерации в 2025 г., в случаях на 10 тысяч работающих

Таблица 1.42

Профессиональная заболеваемость в субъектах Российской Федерации, где уровень профессиональной заболеваемости в 2025 г. выше показателя по Российской Федерации (0,79 на 10 000 работающих)

№	Субъекты Российской Федерации	Показатель на 10 тыс. работников										Темп прироста к 2016 г., %	СМУ (2015-2024 гг.)	Темп прироста относительно СМУ, %
		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
	Российская Федерация	1,47	1,31	1,17	1,03	0,78	1,09	1,00	0,96	0,89	0,79	-46,26	1,14	-30,70
1	Кемеровская область – Кузбасс	13,24	10,93	9,96	8,64	6,75	7,1	7,37	7,35	7,09	7,88	-40,48	9,17	-14,10
2	Республика Коми	10,64	13,12	9,32	6,43	4,51	5,7	5,32	7,93	5,59	6,51	-38,82	7,87	-17,24
3	Республика Хакасия	12,14	9,9	11,53	12,35	7,21	8,5	9,01	6,27	6,33	5,15	-57,58	9,99	-48,47
4	Мурманская область	5,93	6,61	8,45	8,56	2,96	7,5	5,49	11,21	12,21	4,88	-17,71	7,73	-36,87
5	Республика Бурятия	3,53	3,33	3,8	3,35	0,82	2,3	3,21	2,58	3,73	4,11	16,43	3,00	37,23
6	Республика Саха (Якутия)	9,58	10,02	10,1	9,25	1,32	6,7	10,77	5,79	4,85	3,55	-62,94	7,74	-54,14
7	Чукотский автономный округ	6,84	2,13	5,11	12,44	2,78	4,1	3,36	3,94	3,53	3,14	-54,09	5,77	-45,61
8	Магаданская область	2,42	1,05	2,38	1,04	1,03	1,47	2,26	2,19	0,76	2,7	11,57	1,64	64,84
9	Иркутская область	3,43	1,91	2,4	2,72	2,11	2,7	2,84	3,04	2,87	2,59	-24,49	2,79	-7,14
10	Республика Татарстан	1,32	1,88	1,67	1,49	0,91	1,7	1,74	2,1	2,48	2,52	90,91	1,71	47,37

Продолжение табл. 1.42

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
11	Белгородская область	1,5	1,49	1,22	1,33	0,86	1,3	1,9	1,69	1,36	2,02	34,67	1,36	48,09
12	Алтайский край	1,29	0,9	0,77	1,49	0,47	1,58	1,83	3,06	1,82	1,99	54,29	1,47	35,19
13	Хабаровский край	2,11	2,3	2,47	2,31	1,97	2,59	1,6	0,97	0,59	1,87	-11,37	1,92	-2,35
14	Оренбургская область	1,67	2,12	1,58	1,24	1,42	1,6	1,74	1,92	1,35	1,72	2,99	1,62	6,37
15	Камчатский край	0,32	0,25	0,74	0,41	0,49	0,65	0,66	1,0	1,86	1,68	рост в 5,25 раза	0,69	рост в 2,45 раза
16	Красноярский край	2,99	3,57	3	2,3	3,3	2,3	1,78	1,33	1,52	1,40	-53,18	2,56	-45,36
17	Приморский край	1,48	1,04	1,05	0,8	0,39	0,56	1,13	1,22	1,0	1,19	-19,59	1,00	19,00
18	Нижегородская область	0,88	0,89	0,63	0,52	0,68	0,99	0,85	0,53	0,7	1,18	34,09	0,79	49,75
19	Самарская область	3,37	2,25	2,1	1,27	1,09	1,42	1,08	0,86	0,84	1,18	-64,99	1,77	-33,22
20	Ростовская область	2,8	2,2	2,29	1,57	1,06	1,4	1,88	3,0	3,26	1,10	-60,71	2,29	-52,01
21	Ульяновская область	5,56	2,96	1,59	1,47	1,21	1,33	0,99	2,9	0,73	1,02	-81,65	2,49	-59,02
22	Республика Карелия	2,67	1,19	1,62	1,55	1,29	1,5	2,12	1,82	1,96	0,98	-63,30	1,70	-42,49
23	Челябинская область	2,21	2,22	2,3	1,9	1,2	1,8	1,37	1,52	1,38	0,94	-57,47	1,80	-47,72
24	Республика Тыва	1,15	0,88	0,3	0,59	0,88	2,05	0,73	1,9	1,16	0,86	-25,22	1,05	-18,10
25	Ярославская область	0,91	0,52	0,65	0,85	0,86	1,13	0,66	0,41	0,65	0,81	-10,99	0,76	6,30

Одной из основных причин снижения профессиональной заболеваемости может является недовыявление на периодических медицинских осмотрах ранних признаков профессиональной патологии, подозрений на сформировавшиеся профессиональные заболевания, в том числе в связи с несовершенством **системы контроля** полноты и качества ПМО.

В 2025 г. случаи профессиональных заболеваний (отравлений) зарегистрированы у **674 работодателей** (2024 г. – 722, 2023 г. – 804, 2022 г. – 1190).

В 2025 г. в сравнении с 2024 г. по **44 контролируемым объектам отмечается рост числа случаев профессиональных заболеваний от 1 до 10 раз** в следующих субъектах Российской Федерации: Иркутской области, Оренбургской области, Республике Татарстан, Республике Бурятия, Республике Башкортостан, Кемеровской области, Ярославской области, Красноярскому краю, Белгородской области.

За период 2016–2025 гг. уровни профессиональной заболеваемости по основным видам ОКВЭД имеют тенденцию к снижению при этом в 2025 г. показатель профессиональной заболеваемости по разделу «Сельское, лесное хозяйство, охота, рыболовство и рыбоводство» составил 1,48 на 10 000 работающих, что на 14,11 % превышает СМУ (табл. 1.43).

Таблица 1.43

**Показатели профессиональной заболеваемости
по основным видам экономической деятельности за период 2016–2025 гг.
в Российской Федерации (на 10 тыс. работающих)**

Виды экономической деятельности	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Темп прироста к 2016 г., %	СМУ (2015-2024 гг.)	Темп прироста к СМУ, %
Российская Федерация	1,47	1,30	1,17	1,03	0,78	1,09	1,00	0,96	0,89	0,79	-46,26	1,14	-30,70
«Добыча полезных ископаемых»	29,89	26,87	25,01	21,15	15,20	18,36	16,44	17,60	16,25	13,50	-54,83	21,82	-38,13
«Обрабатывающие производства»	2,61	2,37	2,16	2,18	1,38	1,57	1,83	1,77	1,74	1,72	-34,10	2,08	-17,47
«Транспорт и связь»/ «Транспортировка и хранение»*	2,57	2,24	1,69	1,66	1,06	1,08	1,27	0,90	0,90	0,78	-69,65	1,59	-51,07
«Сельское хозяйство, охота и лесное хозяйство»/ «Сельское, лесное хозяйство, охота, рыболовство и рыбоводство»*	1,66	1,84	1,43	1,09	0,80	0,62	0,76	1,00	1,46	1,48	-10,84	1,30	14,11
«Деятельность в области здравоохранения и социальных услуг»	0,55	0,30	0,27	0,27	1,90	3,00	1,52	0,78	0,27	0,20	-63,64	0,94	-78,72
*ОКВЭД 2 ОК 029-2014 (КДЕС Ред.2)													

В 2025 г. удельный вес случаев профессиональной патологии у работников предприятий по добыче полезных ископаемых составил 43,04 %; обрабатывающих производств – 36,67 %; предприятий транспортировки и хранения – 7,47 %, предприятий сельского, лесного хозяйства, охоты, рыболовства и рыбоводства – 5,15 %, строительства – 2,38 %. На долю профессиональной патологии работников предприятий, деятельность которых связана с здравоохранением и оказанием социальных услуг, приходится 2,44 % (рис. 1.170).

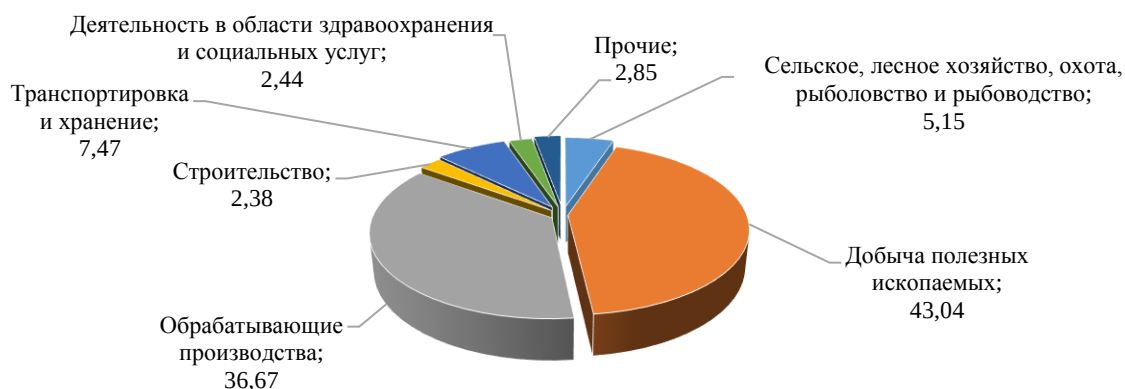


Рис. 1.170. Структура профессиональной заболеваемости по основным видам экономической деятельности по Российской Федерации за 2025 г., %

Структура профессиональной заболеваемости в зависимости от классов условий труда работников на протяжении последних 10 лет (2016–2025 гг.) стабильная: основная доля работников, которым установлены профессиональные заболевания в 2025 г., работала в условиях труда, характеризующихся «вредными» класс 3.2 – 41,17 %; класс 3.1 – 27,71 %; класс 3.3 – 18,58 %; класс 3.4 – 4,65 %, «опасными» – 2,76 %. Доля случаев профессиональных заболеваний у работников, на рабочих местах которых класс условий труда «допустимый» – 1,40 %. Не установлен класс условий труда (не указан в Карточке пострадавшего) – 3,72 %.

Основная доля случаев профессиональных заболеваний (отравлений) в 2025 г. имеют хроническую форму течения, показатель находится на уровне 2016 года и составляет 99,53 %. Доля случаев острых профессиональных заболеваний (отравлений) в 2025 году аналогична показателю 2016 г. (0,47 %) (рис. 1.171).

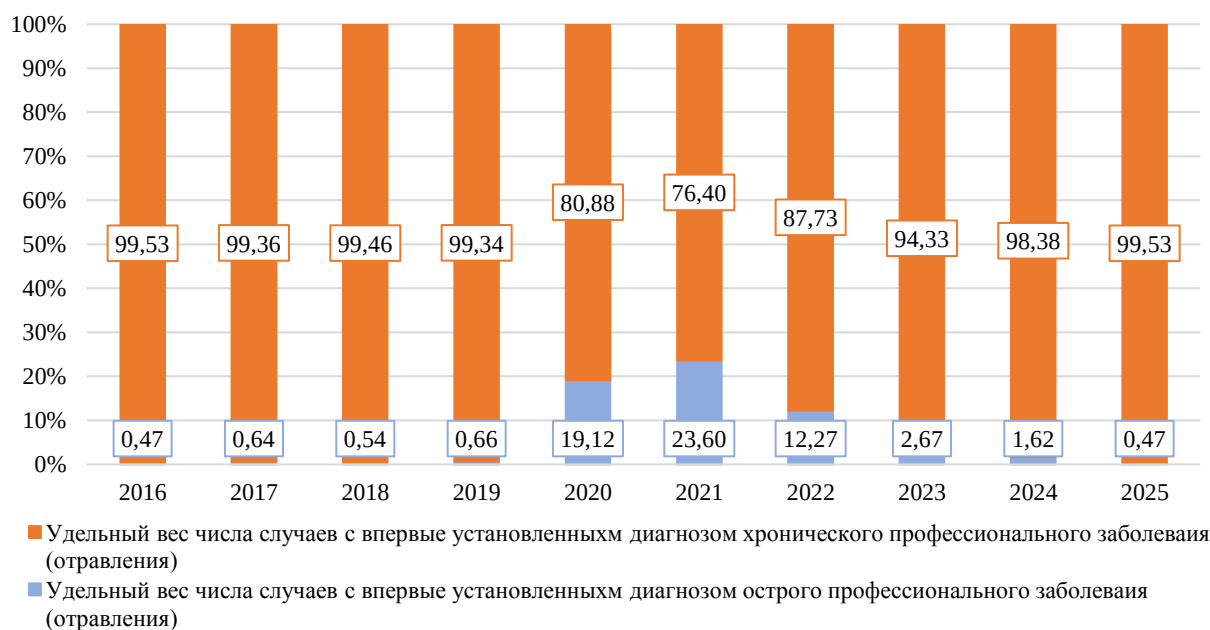


Рис. 1.171. Структура профессиональных заболеваний (отравлений) в Российской Федерации в зависимости формы течения заболевания за период 2016–2025 гг., %

Число случаев острых профессиональных заболеваний (отравлений) в Российской Федерации в 2025 г. относительно 2016 г. снизилось на 48,39 % (с 31 до 16), число смертельных исходов острой профессиональной патологии – на 50 % (с 2 до 1). Число случаев хронической профессиональной патологии снизилось на 47,45 % (с 6514 до 3423) (табл. 1.44).

Таблица 1.44

Сведения о числе случаев и числе лиц с впервые установленными профессиональными заболеваниями (отравлениями) в Российской Федерации за период 2016–2025 гг., абс.

№	Показатели	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Темп прироста к 2016 г., %
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	Число лиц с впервые установленным профессиональным заболеванием (отравлением) в отчетном году	5520	4756	4148	3651	3408	3998	3530	3364	3101	2865	–48,10

Продолжение табл. 1.44

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
2	Число случаев с впервые установленным профессиональным заболеванием (отравлением), всего	6545	5786	5161	4532	3813	4695	4286	4125	3832	3439	–47,46
3	Число случаев с впервые установленным диагнозом острого профессионального заболевания (отравления), из строки 2	31	37	28	30	729	1108	526	234	62	16	–48,39
4	– из них со смертельным исходом, из строки 3	2	9	5	9	606	972	450	15	12	1	–50,0
5	Число случаев с впервые установленным диагнозом хронического профессионального заболевания (отравления)	6514	5749	5133	4502	3084	3587	3760	3891	3770	3423	–47,45

Доля лиц с двумя и более зарегистрированными профессиональными заболеваниями (отравлениями) в общей структуре лиц с впервые зарегистрированными профессиональными заболеваниями (отравлениями) по Российской Федерации за 2025 г. составила 15,99 % (458 человек), что на 0,79 % выше аналогичного показателя 2016 г. (15,2 %, 841 человек) (табл. 1.45).

Таблица 1.45

Структура лиц с впервые выявленными профессиональными заболеваниями (отравлениями) в зависимости от количества зарегистрированных у пострадавшего диагнозов профессионального заболевания (отравления) по Российской Федерации за период 2016–2025 гг., абс.

№	Показатели	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Темп прироста к 2016 г., %
1	Число лиц с одним зарегистрированным профессиональным заболеванием (отравлением)	4679	3947	3363	3000	2971	3445	2993	2773	2531	2407	–48,56
2	Доля лиц с одним зарегистрированным профессиональным заболеванием (отравлением)	84,80	83,00	81,08	82,17	87,18	86,17	84,79	82,43	81,62	84,01	–0,93
3	Число лиц с двумя и более зарегистрированными профессиональными заболеваниями (отравлениями)	841	809	785	651	437	553	537	591	570	458	–45,54
4	Доля лиц с двумя и более зарегистрированными профессиональными заболеваниями (отравлениями)	15,20	17,00	18,92	17,83	12,82	13,83	15,21	17,57	18,38	15,99	5,20

Число лиц с впервые установленной инвалидностью вследствие профессионального заболевания (отравления) в целом по Российской Федерации за 2025 г. в сравнении с 2016 г. снизилось на 87,38 % и составило 101 человек (2016 г. – 800 человек).

Структура инвалидности в 2025 г. по группам следующая: 1 группа инвалидности – 5,94 %, 2 группа – 5,94 %, 3 группа – 88,12 %. Снижение числа случаев инвалидности у больных с профпатологией за период 2016–2025 гг. отмечается за счет снижения числа случаев установления больным с профпатологией инвалидности 2 и 3 группы, т. е. на стадии развития заболевания, сопровождающихся меньшими органическими и функциональными изменениями (табл. 1.46).

Таблица 1.46

**Число лиц с впервые установленной инвалидностью
вследствие профессионального заболевания (отравления) в целом
по Российской Федерации за период 2016–2025 гг., абс.**

№	Показатели	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Темп прироста к 2016 г., %
1	Число лиц с впервые установленной инвалидностью вследствие профессионального заболевания (отравления), в том числе:	800	625	559	252	209	222	221	291	238	101	–87,38
2	1 группа	2	2	2	0	1	3	9	3	2	6	рост в 3 раза
3	2 группа	55	10	20	13	11	27	19	14	12	6	–89,09
4	3 группа	743	613	537	239	197	192	193	274	224	89	–88,02

В 2025 г. в Российской Федерации число *женщин* с впервые установленным профессиональным заболеванием (отравлением) составляет 333 человека (465 случаев). За период 2016–2025 гг. сохраняется тенденция к снижению абсолютного показателя на 53,16 % по числу лиц и на 45,29 % по числу случаев среди женщин.

На долю острых случаев профессиональных заболеваний у женщин в 2025 г. приходится 1,72 % (8 случаев). Удельный вес смертельных исходов острых профессиональных заболеваний среди женщин 12,50 % (1 случай). Среди мужчин случаев профессиональных заболеваний (отравлений) со смертельным исходом не зарегистрировано.

Хронические случаи профессиональных заболеваний (отравлений) у женщин в 2025 г. зарегистрированы в 98,28 % случаев (457 случаев) (в целом по Российской Федерации – 99,50 %) (табл. 1.47).

Таблица 1.47

**Сведения о числе женщин с впервые установленными профессиональными
заболеваниями (отравлениями) в Российской Федерации
за период 2016–2025 гг., абс.**

№	Показатели	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Темп прироста к 2016 г., %
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	Число лиц с впервые установленным профессиональным заболеванием (отравлением) в отчетном году	711	626	508	431	718	1041	731	542	358	333	–53,16

Продолжение табл. 1.47

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
2	Число случаев с впервые установленным профессиональным заболеванием (отравлением) в отчетном году, всего	850	833	641	556	739	1117	815	639	475	465	–45,29
3	Число случаев с впервые установленным диагнозом острого профессионального заболевания (отравления)	17	9	5	5	431	708	383	192	31	8	–52,94
4	– из них со смертельным исходом	1	1	0	0	348	622	334	10	5	1	0,00
5	Число случаев с впервые установленным диагнозом хронического профессионального заболевания (отравления)	833	824	636	551	308	409	432	447	444	457	–45,14

За период 2016–2025 гг. число женщин с впервые установленной инвалидностью вследствие профессионального заболевания (отравления) в целом по Российской Федерации снизилось на 92,00 % и в 2025 г. составило 6 человек (2016 г. – 75). Структура инвалидности среди женщин в 2025 г. следующая: 1 группа инвалидности – не зарегистрировано случаев, 2 группа – 16,67 % (2016 г. – 9,33 %), 3 группа – 83,33 % (2016 г. – 90,67 %) (табл. 1.48).

Таблица 1.48

Сведения о числе женщин с впервые установленными профзаболеваниями (отравлениями), получивших инвалидность за период 2016–2025 гг. в РФ, абс.

№	Показатели	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Темп прироста к 2016 г., %
1	Число женщин с впервые установленным профессиональным заболеванием (отравлением) в отчетном году, получивших инвалидность	75	54	27	18	32	38	32	29	11	6	–92,00
2	1 группа	0	1	0	0	1	1	6	2	0	0	–
3	2 группа	7	4	3	5	7	18	6	6	2	1	–85,71
4	3 группа	68	49	24	13	24	19	20	21	9	5	–92,65

В структуре профессиональной патологии в Российской Федерации в зависимости от действующего вредного производственного фактора на первом месте профессиональные заболевания, их последствия, связанные с воздействием производственных физических факторов (51,38 %), на втором – заболевания, связанные с физическими перегрузками и функциональным перенапряжением отдельных органов и

систем (25,41 %), на третьем месте – заболевания, связанные с воздействием производственных химических факторов (20,53 %), на четвертом месте – заболевания, связанные с воздействием производственных биологических факторов (2,68 %) (рис. 1.172).

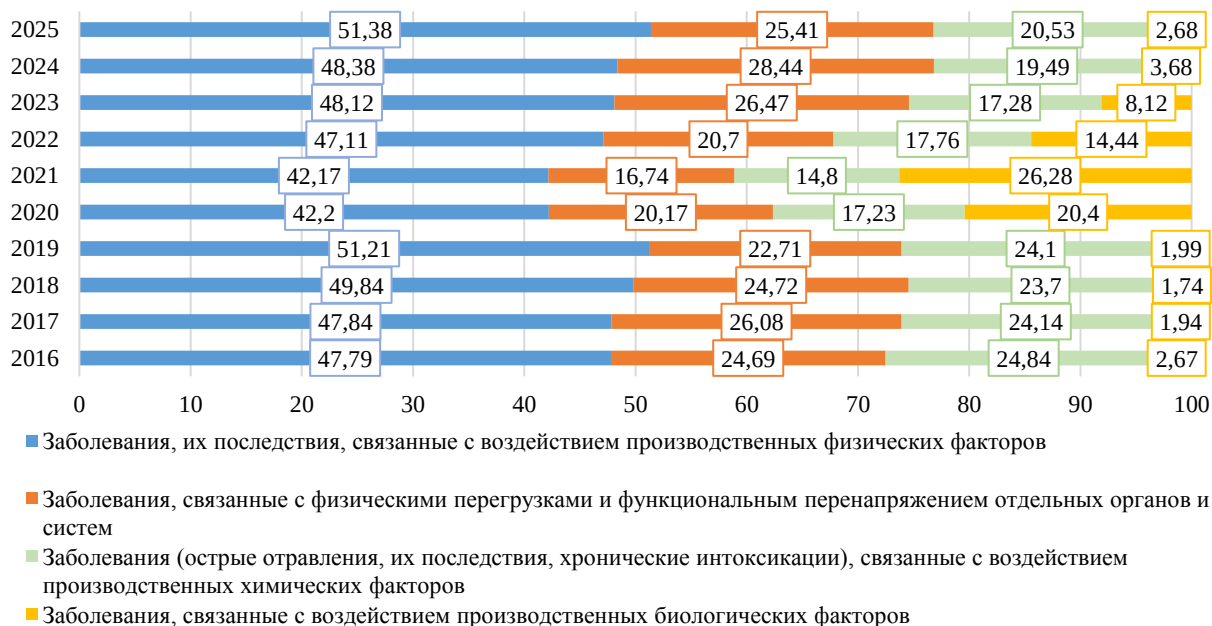


Рис. 1.172. Структура профессиональной патологии в зависимости от воздействующих факторов производственной среды и трудового процесса в Российской Федерации за период 2016–2025 гг., %

В 2025 г. в группе профессиональных заболеваний, связанных с воздействием производственных физических факторов, на долю заболеваний, связанных с воздействием производственного шума, приходится 52,97 %, на долю заболеваний, связанных с воздействием вибрации – 46,92 %; прочей патологии – 0,11 % (рис. 1.173).

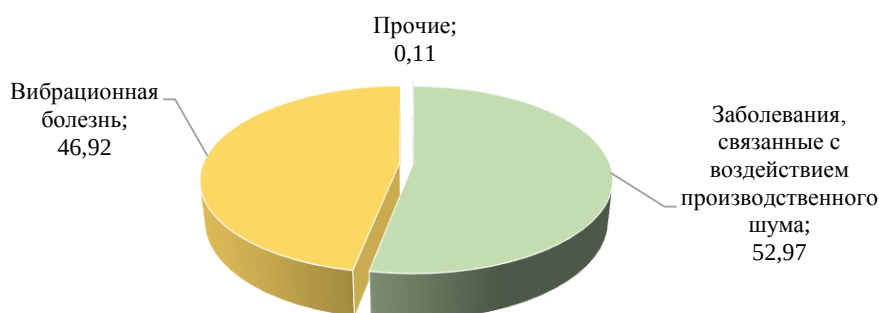


Рис. 1.173. Структура основных нозологических форм профессиональных заболеваний, связанных с воздействием производственных физических факторов в Российской Федерации в 2025 г., %

В структуре профессиональной патологии вследствие физических перегрузок и перенапряжения отдельных органов и систем в 2025 г. доля радикулопатии шейного и пояснично-крестцового уровня составила 41,42 %, мышечно-тонического синдрома шейного и пояснично-крестцового уровня – 26,77 %, моно- и полинейропатий – 19,11 %, болезней мягких тканей, связанных с функциональным перенапряжением – 6,86 %, остеоартрозы суставов с нарушением функций – 5,84 % (рис. 1.174).

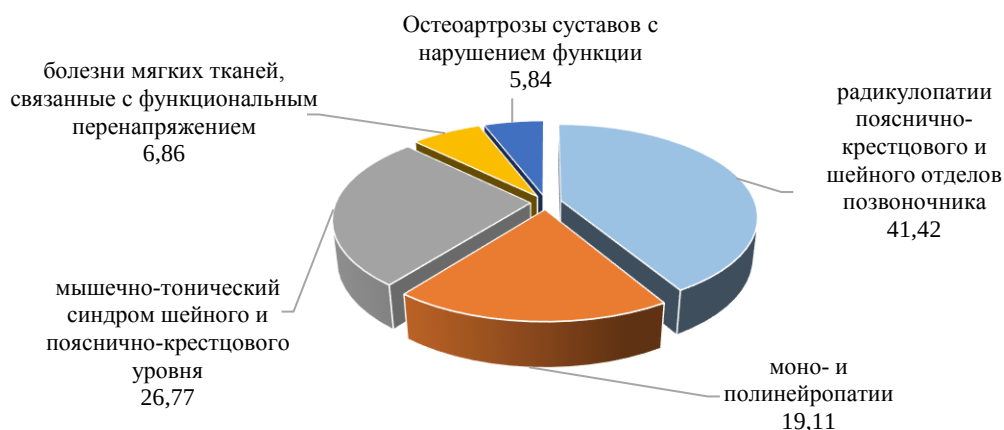


Рис. 1.174. Структура основных нозологических форм профессиональных заболеваний, связанных с воздействием физических перегрузок и перенапряжения отдельных органов и систем в 2025 г. в Российской Федерации, %

В структуре профессиональной патологии профессиональных заболеваний, связанных с воздействием производственных химических факторов, в 2025 г. в Российской Федерации на долю пневмокониозов приходится 32,15 %, на хронические обструктивные болезни легких – 21,82 %, хронические бронхиты – 15,44 %, интоксикации – 10,34 %, заболевания верхних дыхательных путей – 5,52 %, профессиональную бронхиальную астму – 8,07 %, злокачественные новообразования – 4,11 %, прочую патологию – 2,55 % (рис. 1.175).

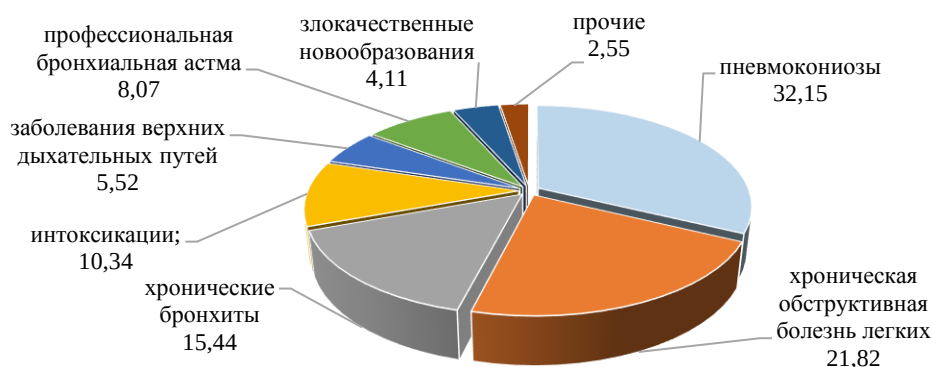


Рис. 1.175. Структура основных нозологических форм профессиональных заболеваний, связанных с воздействием химических веществ по Российской Федерации за 2025 г., %

В структуре профессиональных заболеваний, обусловленных воздействием биологических факторов, в 2025 г. на долю туберкулеза приходится 55,43 %, бруцеллез – 34,78 %, на заболевания, вызванные новой коронавирусной инфекцией – 6,52 %, на группу «прочие» – 3,27 % (рис. 1.176).

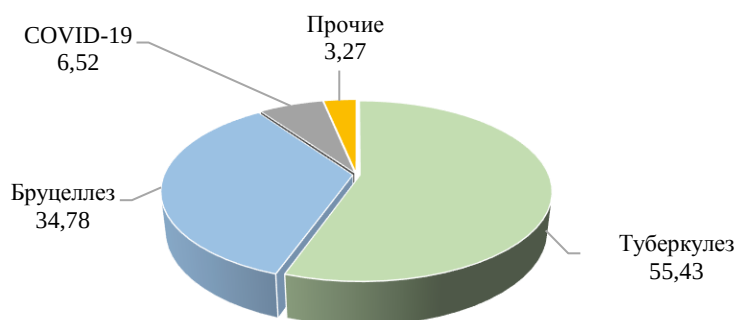


Рис. 1.176. Структура основных нозологических форм профессиональных заболеваний, связанных с воздействием производственных биологических факторов в 2025 г. в Российской Федерации, %

В 2025 г. показатель впервые выявленных злокачественных профессиональных заболеваний в Российской Федерации аналогичен таковому в 2016 г. и в 2024 г. и составил 0,007 на 10 тысяч работающих, что в сравнении с СМУ (0,0051 на 10 тысяч работающих) выше в 1,4 раза.

В 2025 г. зарегистрировано 30 случаев заболеваний (0,87 % от общего числа случаев профессиональных заболеваний) (рис. 1.177).

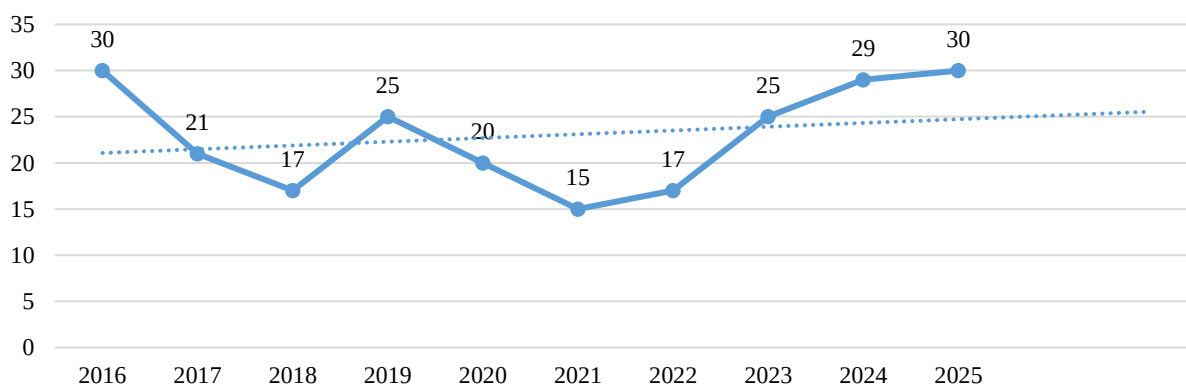


Рис. 1.177. Динамика числа случаев злокачественных новообразований, связанных с воздействием производственных факторов по Российской Федерации за период 2016–2025 гг., абс.

В 2025 г. в Российской Федерации злокачественные новообразования в 96,67 % случаев обусловлены воздействием химических производственных факторов, в 3,33 % случаев – физических факторов. Доля пострадавших мужчин составила 96,67 %, женщин – 3,33 %.

Случаи злокачественных профессиональных заболеваний в 2025 г. установлены в 16 субъектах Российской Федерации: Свердловская область (7 случаев), Оренбургская область (4), Красноярский край (4), Самарская область (2), Вологодская область (2), Иркутская, Кемеровская, Ленинградская, Мурманская, Новосибирская, Челябинская, Тульская области (по 1), республики Саха (Якутия) и Татарстан (по 1), Приморский и Забайкальские края (по 1).

В структуре по видам экономической деятельности на обрабатывающих производствах зарегистрировано 63,33 % случаев злокачественных профессиональных заболеваний, в добыче полезных ископаемых – 30,00 %, на предприятиях по обеспечению электрической энергией, газом и паром, кондиционирование воздуха и в строительстве – по 3,33 %.

Структура нозологических форм злокачественных профессиональных заболеваний следующая: злокачественные новообразования бронхов и легкого – 70,01 %, злокачественные новообразования кожи – 10,01 %, злокачественные новообразования мочевого пузыря, почки, гортани, ротоглотки, лейкоз, вторичные злокачественные новообразования – по 3,33 % соответственно (рис. 1.178).

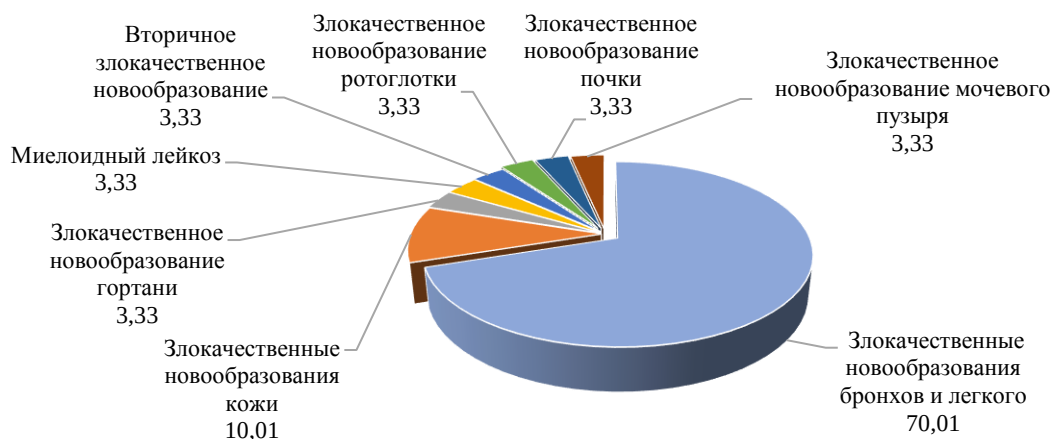


Рис. 1.178. Структура основных нозологических форм злокачественных новообразований, связанных с воздействием производственных факторов, в Российской Федерации в 2025 г., %

В 2025 г. максимальное число случаев профессиональных заболеваний зарегистрировано в возрастной группе пострадавших 50–59 лет – 44,90 %, доля больных в возрастной группе 40–49 лет – 26,93 %, в возрастной группе более 60 лет – 21,66 %, 30–39 лет – 6,11 %, менее 30 лет – 0,41 %. Пострадавших в возрасте до 18 лет с впервые установленными профессиональными заболеваниями (отравлениями) в 2025 г., как и в 2024 г., не зарегистрировано (рис. 1.179).

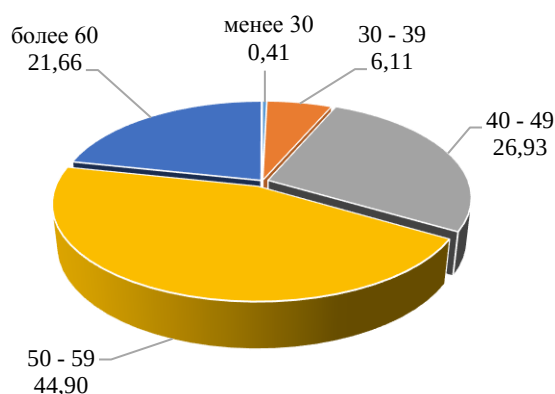


Рис. 1.179. Возрастная структура профессиональных заболеваний и отравлений по Российской Федерации в 2025 г., %

Структура профессиональных заболеваний (отравлений) по Российской Федерации в 2025 г. в зависимости от стажа работы в контакте с вредным производственным фактором следующая: 10–19 лет – 26,90 %, стаж 20–29 лет – 36,20 %, 30–39 лет – 26,58 % (рис. 1.180).

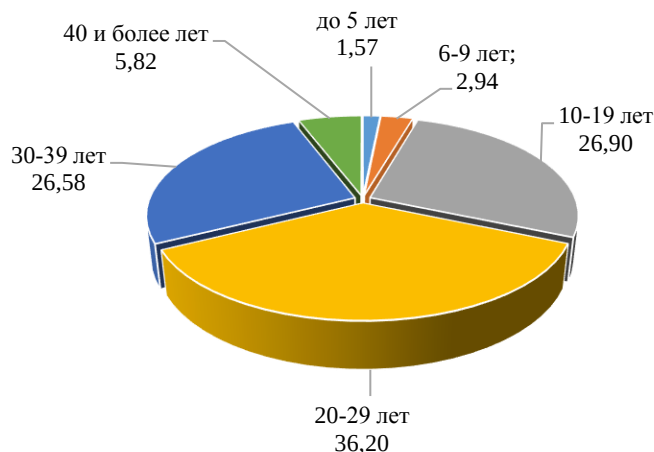


Рис. 1.180. Структура профессиональных заболеваний и отравлений в зависимости от стажа в контакте с вредным производственным фактором по Российской Федерации за 2025 г., %

В 2025 г. среди мужчин наиболее часто профессиональные заболевания регистрировались в следующих профессиональных группах: проходчики – 10,89 %, сборщики-клепальщики – 7,06 %, горнорабочие очистного забоя – 5,65 %, водители автомобиля – 5,01 %, машинисты горных выемочных машин – 4,03 %, электрослесари подземные и машинисты экскаватора – по 3,93 %; среди женщин: дояры – 18,28 %, машинисты крана (крановщики) – 11,18 %, стерженщики машинной формовки – 5,81 %, медицинские сестры – 4,30 %, машинисты крана металлургического производства, животноводы, рабочие по уходу за животными – по 1,94 % соответственно.

В 2025 г. зарегистрирован 1 групповой случай профессионального отравления с числом одновременно пострадавших 4 человека в Белгородской области. Все пострадавшие – мужчины, смертельные случаи не зарегистрированы. Причиной группового отравления явился химический производственный фактор – дигидросульфид (сероводород).

Абсолютный показатель числа групповых случаев профессиональных заболеваний за период 2016–2025 гг. снизился в 2 раза (с 2 в 2016 г. до 1 в 2025 г.), число пострадавших сократилось в 2,5 раза (с 10 в 2016 г. до 4 в 2025 г.) (рис. 1.181).



Рис. 1.181. Групповые профессиональные отравления и исходы в Российской Федерации за период 2016–2025 гг., абс.

По результатам расследований случаев профессиональных заболеваний в 2025 г. установлено, что основными причинами развития *острых* профессиональных заболеваний (отравлений) являются профессиональный контакт с инфекционным агентом (50,00 %), неисправность машин, механизмов, оборудования, приспособлений и

инструментов (25,00 %), неприменение СИЗ (7,25 %), нарушение правил техники безопасности (6,25 %), прочие причины (8,00 %) (табл. 1.49).

Таблица 1.49

**Структура основных обстоятельств и условий возникновения
острых профессиональных заболеваний в Российской Федерации
за период 2016–2025 гг., %**

Показатель	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Неисправность машин, механизмов, оборудования, приспособлений и инструментов	–	–	–	–	–	–	–	0,9	6,45	25,00
Несовершенство СИЗ	3,21	2,70	0,00	0,00	11,96	6,68	2,28	3,00	1,61	3,50
Неприменение СИЗ	9,68	10,81	25,00	16,67	0,00	0,45	0,19	0,40	3,23	7,25
Нарушение правил техники безопасности	32,26	21,62	10,71	26,67	0,15	0,18	0,0	0,00	6,45	6,25
Авария	6,45	0,00	0,00	3,33	0,15	0,36	0,57	0,00	4,84	–
Профессиональный контакт с инфекционным агентом	3,23	10,81	17,86	16,67	76,08	84,39	91,25	88,90	69,36	50,00
Отсутствие СИЗ	–	–	–	–	–	–	–	1,3	1,61	–
Прочие	3,23	2,70	10,71	3,33	6,28	5,69	5,13	6,8	6,45	8,00

В 2025 г. основной причиной развития *хронической* профессиональной патологии являлись: длительный стаж работы с производственным фактором (46,60 %), несовершенство технологических процессов (27,78 %), конструктивные недостатки машин (19,49 %) (табл. 1.50).

Таблица 1.50

**Структура основных обстоятельств и условий возникновения хронических
профессиональных заболеваний за период 2016–2025 гг.
в Российской Федерации, %**

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Несовершенство технологических процессов	47,19	49,24	52,04	51,00	45,40	52,86	22,03	30,99	30,19	27,78
Длительный стаж работы с производственным фактором	–	–	–	–	–	–	46,36	43,69	48,59	46,60
Конструктивные недостатки машин	36,23	39,38	38,22	41,43	45,17	36,21	11,32	18,04	14,54	19,49
Несовершенство рабочих мест	6,05	5,24	3,43	2,67	2,00	1,70	2,19	2,03	0,66	0,88
Несовершенство санитарно-технических установок	1,11	2,02	2,05	1,09	1,69	2,15	1,21	0,28	0,74	1,66
Профессиональный контакт с инфекционным агентом	2,03	1,46	1,23	1,38	2,58	3,32	13,32	2,08	1,75	1,66
Прочие	7,4	2,7	3,0	2,4	3,2	3,8	3,6	2,9	3,53	1,93

В 2025 г. доля впервые выявленных *хронических профессиональных заболеваний* в период проведения ПМО в сравнении с 2016 г. снизилась на 23,51 % (2025 г. – 47,09 %, 2016 г. – 70,60 %).

2016 г. – 61,56 %). Доля впервые выявленных хронических профессиональных заболеваний при обращении за медицинской помощью к аналогичному показателю 2016 г. выросла в 1,38 раза и составила 52,91 % (2016 г. – 38,44 %) (рис. 1.182).

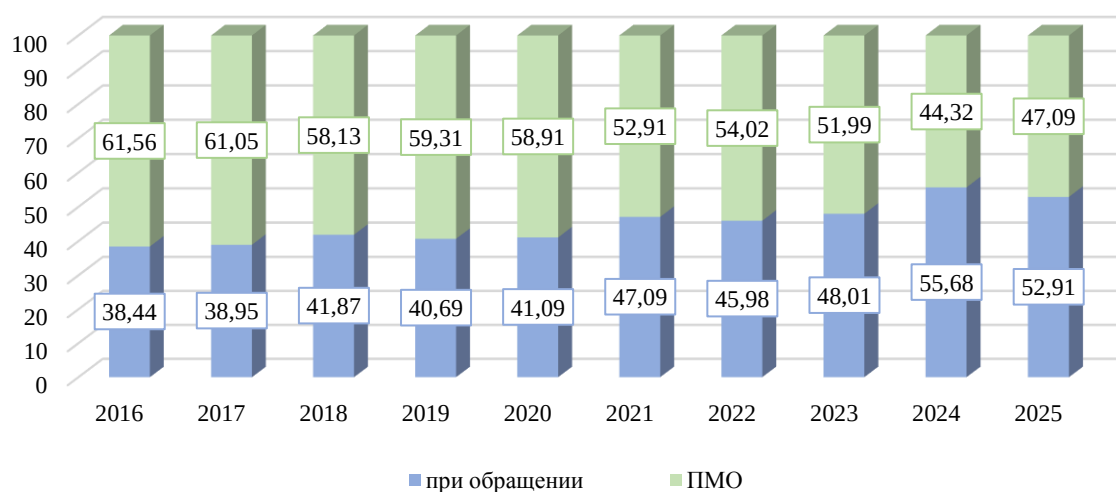


Рис. 1.182. Удельный вес хронической профессиональной патологии по условиям выявления по Российской Федерации за период 2016–2025 гг., %

Структура выявляемости *хронической профессиональной патологии* в зависимости от типа медицинских учреждений и их специализации в 2025 г. следующая: в Центрах профпатологии установлено – 63,25 %, в научно-исследовательских учреждениях (в т. ч. учреждениях Роспотребнадзора) – 34,47 % случаев хронической профессиональной патологии, в медицинских организациях – 2,28 % (рис. 1.183).

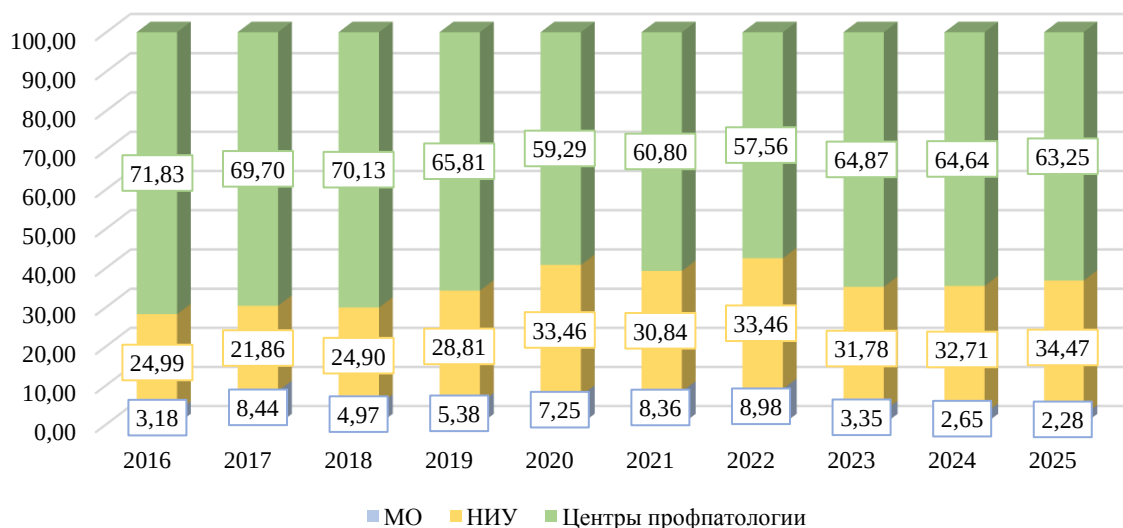


Рис. 1.183. Удельный вес хронической профессиональной патологии по месту выявления за период 2016–2025 гг. в Российской Федерации, %

Примером эффективного применения проектного управления для достижения цели сохранения здоровья работающих и их трудового долголетия является созданная и эффективно функционирующая в Свердловской области многоуровневая организация медико-профилактических мероприятий для работающих в ведущих отраслях

промышленности с учетом новой расстановки приоритетов в оценке условий труда и состояния здоровья.

Гигиенический блок объединяет процессы идентификации вредных факторов производственной среды и трудового процесса, проведение экспертизы списков контингентов и поименных списков лиц, подлежащих медицинским осмотрам, санитарно-гигиенических характеристик условий труда. Медицинский блок включает оценку состояния здоровья работающих по данным профессиональной заболеваемости и инвалидности вследствие ее, общесоматической заболеваемости по результатам ПМО, диспансеризации, дообследования в условиях стационара центра профессиональной патологии. При необходимости выполняются дополнительные исследования условий труда и состояния здоровья.

По результатам оценки состояния здоровья и условий труда формируется группа повышенного риска развития профессиональных и производственно обусловленных заболеваний. Реализация различных элементов медицинской профилактики профессиональной и производственно обусловленной патологии проводится в зависимости от принадлежности работающих к группе риска в условиях здравпункта, санатория-профилактория предприятия, стационара центра профессиональной патологии или в иных условиях.

Внедрение системы дообследования в условиях стационара центра профессиональной патологии лиц из группы повышенного риска развития профессиональных и производственно обусловленных заболеваний, позволило сократить долю предварительных диагнозов профессиональных заболеваний, не подтвержденных заключительными с 77,7 % до 50,5 %, в 3,9 раза период постановки от предварительного до заключительного диагноза профессиональных заболеваний. Внедрение системы организации медико-профилактических мероприятий для работающих ведущих отраслей промышленности позволило охватить данными мероприятиями до 500 тыс. человек в год, используя технологии дообследования и реабилитации по стандартам, разработанным в ФБУН ЕМНЦ ПОЗРПП Роспотребнадзора, сохранить трудоспособность более 18 000 человек из группы повышенного риска развития профессиональных и производственно обусловленных заболеваний.

В качестве примера оценка экономической эффективности реализации медико-профилактических мероприятий системы «Медицина труда» в Свердловской области по показателю ежегодного предотвращенного экономического ущерба здоровью работающих во вредных и (или) опасных условиях труда составила 538,7 млн руб.

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности

По данным Федеральной службы государственной статистики трудовые потери от заболеваемости с временной утратой трудоспособности (далее – ЗВУТ) в 2025 году в Российской Федерации составили 0,91 млн календарных человеко-лет (без учета статистической информации по Донецкой Народной Республике, Луганской Народной Республике, Запорожской и Херсонской областям).

Уровень ЗВУТ по числу случаев временной нетрудоспособности (далее – ВН) на 100 работающих в 2025 году снизился на 3,0 % к уровню 2024 года. Уровень ЗВУТ по числу дней ВН на 100 работающих в 2025 году снизился на 5,0 % к уровню 2024 года. Средняя длительность 1 случая ВН снизилась на 2,3 % к уровню 2024 года (рис. 1.184).

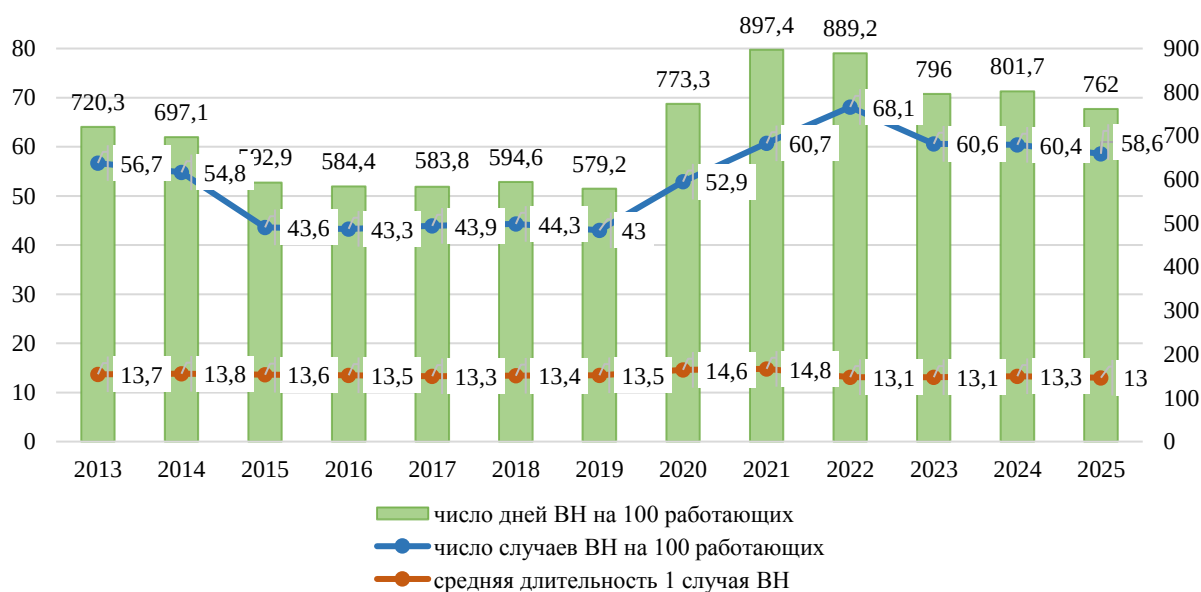


Рис. 1.184. Динамика изменения показателей, характеризующих заболеваемость с временной утратой трудоспособности в Российской Федерации, 2013–2025 годы

Уровень ЗВУТ в 2025 году по числу случаев ВН на 100 работающих в целом по Российской Федерации на 13,0 % выше СМУ за период 2013–2019, 2022–2024 годов (51,9 случая ВН). По числу дней ВН на 100 работающих в 2025 году темп прироста составил 11,4 % к СМУ (683,9 дня ВН). Средняя длительность 1 случая ВН снизилась на 3,2 % к СМУ (13,4 дня ВН).

Рост ЗВУТ по числу случаев ВН на 100 работающих в 2025 г. по отношению к СМУ отмечается в 66 субъектах Российской Федерации. Максимальный рост выявлен в Республике Дагестан (на 70,5 %), Алтайском крае (на 49,7 %), Оренбургской области (на 47,0 %), Республике Башкортостан (на 45,8 %), Тульской области (на 44,9 %).

В 19 регионах отмечается снижение числа случаев ВН на 100 работающих, в том числе, в Республике Калмыкия (–44,6 %), Чукотском АО (–29,7 %), Чеченской Республике (–24,9 %), Республике Алтай (–24,2 %), Тверской области (–16,6 %).

В 47 субъектах СМУ по числу случаев ВН на 100 работающих выше, чем в целом по Российской Федерации (от 52,0 до 73,2 случая ВН). В 37 субъектах уровень СМУ ниже, чем в целом по Российской Федерации (от 16,2 до 51,6 случая ВН).

В 62 регионах отмечается рост числа дней ВН на 100 работающих по отношению к среднемуголетнему уровню, в том числе в Республике Дагестан (на 90,3 %), Новосибирской (на 50,3 %), Пензенской (на 43,8 %), Оренбургской областях (на 43,2 %), Республике Башкортостан (на 38,6 %).

Снижение числа дней ВН на 100 работающих по отношению к СМУ зафиксировано в 23 субъектах Российской Федерации, в том числе в Республике Калмыкия (–38,9 %), Чукотском АО (–34,9 %), Республике Алтай (–25,8 %), Сахалинской области (–20,4 %), Чеченской Республике (–19,3 %).

В 50 субъектах СМУ по числу дней ВН на 100 работающих выше, чем в целом по Российской Федерации (от 684,2 до 1051,5 дня ВН). В 40 субъектах уровень СМУ ниже, чем в целом по Российской Федерации (от 227,1 до 677,5 дня ВН).

В 2025 г. в 28 субъектах Российской Федерации зафиксирован рост средней длительности одного случая ВН по отношению к СМУ, в том числе, в Тверской (на 24,9 %), Новосибирской областях (на 20,0 %), Республике Дагестан (на 13,7 %), Еврейской АО (на 9,1 %), Псковской области (на 8,6 %).

Снижение средней длительности 1 случая ВН зафиксировано в 56 субъектах, в том числе в Алтайском крае (–23,3 %), Республике Северная Осетия – Алания

(–22,4 %), Карачаево-Черкесской Республике (–15,6 %), Республике Бурятия (–14,9 %), Калужской области (–14,3 %).

В 49 субъектах СМУ средней длительности одного случая ВН выше, чем в целом по Российской Федерации (от 13,5 до 17,1 дня ВН). В 33 субъектах этот показатель ниже, чем в целом по Российской Федерации (от 11,4 до 13,3 дня ВН).

Ведущая причина ВН в 2025 году – болезни органов дыхания (45,1 % случаев и 30,2 % дней ВН, в 2024 г., соответственно, 45,0 % случаев и 30,7 % дней ВН). На втором месте находятся болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (17,0 % случаев и 20,1 % дней ВН, в 2024 г., соответственно, 16,5 % случаев и 19,6 % дней, в 2024 г.) На третьем месте по числу случаев ВН с долей 7,4 % болезни системы кровообращения и травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (в 2024 г., соответственно, 4 место с долей 7,3 % и 3 место с долей 7,6 %). По числу дней ВН на третьем месте травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (14,3 %, в 2024 г., соответственно, 14,5 %) (рис. 1.185, 1.186).

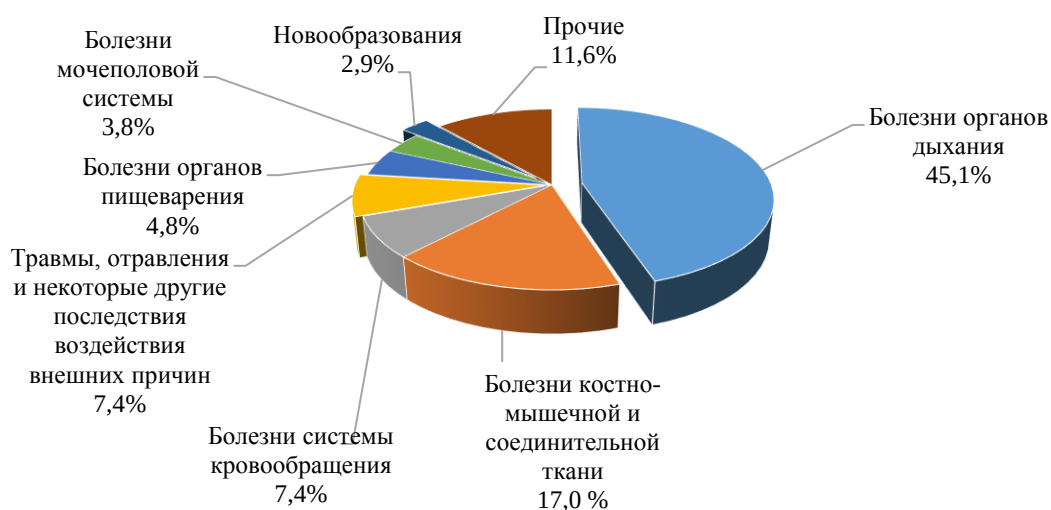


Рис. 1.185. Структура причин временной нетрудоспособности в 2025 году (в случаях ВН, %)

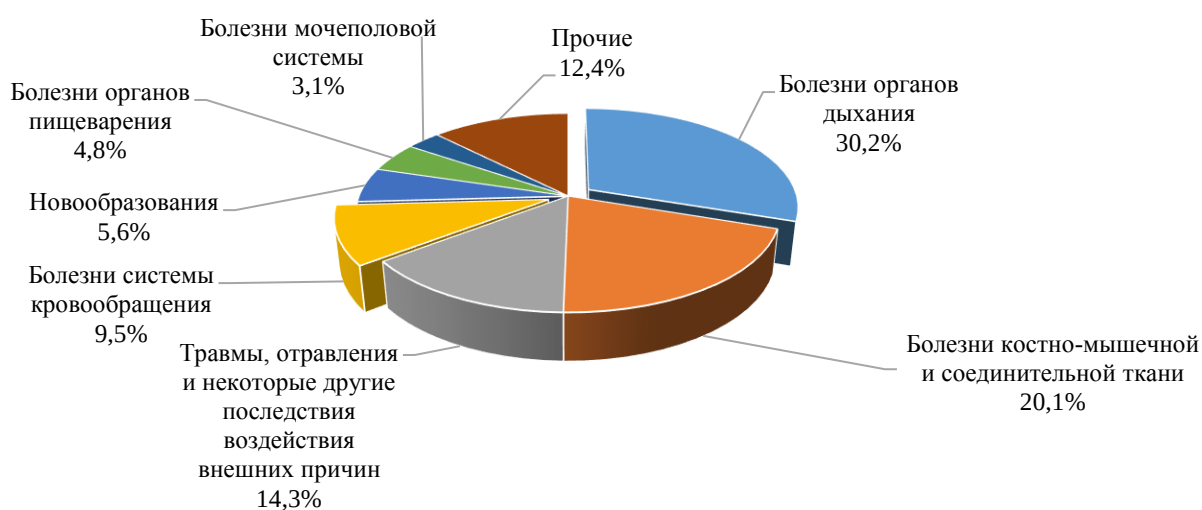


Рис. 1.186. Структура причин временной нетрудоспособности в 2025 году (в днях ВН, %)

Отмечается стабильный высокий уровень доли случаев ВН по причине болезней органов дыхания в структуре ЗВУТ (45,0 % в 2024 г. и 45,1 % в 2025 г.). Доля этого класса

болезней по числу дней ВН снизилась с 30,7 % в 2024 г. до 30,2 % в 2025 г. Средняя длительность 1 случая ВН сохраняется на самом низком уровне за пять лет (в 2021 г. 11,4 дня, в 2022 г. – 9,7 дня, в 2023 г. – 9,1 дня, в 2024 г. – 9,1 дня, в 2025 г. – 8,7 дня).

В 2025 году в отдельных классах МКБ-10 зафиксирован значительный рост абсолютного числа случаев и дней ВН относительно 2024 года.

Продолжается рост числа случаев ВН в классе I (A00-B99) «Некоторые инфекционные и паразитарные болезни». В 2025 г. темп прироста составил 8,2 % после прироста в 2024 г. на 16,4 % к уровню 2023 г.

Значительный темп прироста числа случаев ВН в 2025 г. выявлен в классах XVII (Q00-Q99) «Врожденные аномалии [пороки развития], деформации и хромосомные нарушения» (+6,7 %) и классе II (C00-D48) «Новообразования» (+5,0 %). Значительное снижение числа случаев ВН выявлено в классе VIII (H60-H95) «Болезни уха и сосцевидного отростка» (–5,7 %).

В 2025 г. в большинстве классов болезней выявлено снижение числа дней ВН. Максимальные темпы снижения отмечаются в классах VIII (H60-H95) «Болезни уха и сосцевидного отростка» (–6,2 %), X (J00-J99) «Болезни органов дыхания» (–5,0 %), XIX (S00-T98) «Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин» (–4,8 %).

Рост числа случаев ВН в 2025 г. выявлен в 4 классах болезней. Максимальные темпы прироста отмечаются в классах XVII (Q00-Q99) «Врожденные аномалии [пороки развития], деформации и хромосомные нарушения» (+6,1 %) и VII (H00-H59) «Болезни глаза и его придаточного аппарата» (+4,5 %).

В 2025 г. число случаев ВН по причине COVID-19 снизилось на 70,3 % относительно 2024 г. и на 97,5 % к уровню 2022 г. Число дней ВН по причине COVID-19 снизилось на 71,6 % относительно 2024 г. и на 98,1 % к уровню 2022 г.

Классы болезней с наибольшей долей дней ВН в структуре причин временной нетрудоспособности и высокими темпами прироста являются приоритетной проблемой в достижении национальной цели снижения суммарной продолжительности ВН по заболеванию работающих граждан.

Самые высокие показатели средней длительности 1 случая ВН отмечаются при новообразованиях (25,4 дня), травмах, отравлениях и некоторых других последствиях воздействия внешних причин (25,2 дня), психических расстройствах и расстройствах поведения (21,6 дня). Самые низкие показатели средней длительности 1 случая ВН, как и 2024 г., отмечаются при болезнях органов дыхания (8,7 дня), болезнях уха и сосцевидного отростка (10,6 дня), болезнях мочеполовой системы (10,7 дня).

Средняя длительность 1 случая ВН по отдельным классам МКБ-10 в 2025 г. не имеет существенных отличий от показателей 2024 года за исключением класса I (A00-B99) «Некоторые инфекционные и паразитарные болезни» (–7,6 %), где четвертый год подряд отмечается значительное снижение: 2022 г. – 19,5 дня ВН, 2023 г. – 16,8 дня ВН, 2024 г. – 14,8 дня, 2025 г. – 13,7 дня ВН.

Указом Президента РФ от 7 мая 2024 года № 309 определена национальная цель снижения к 2030 году суммарной продолжительности временной нетрудоспособности граждан в трудоспособном возрасте на основе формирования здорового образа жизни, создания условий для своевременной профилактики заболеваний и привлечения граждан к систематическим занятиям спортом.

Единым планом по достижению национальных целей развития Российской Федерации до 2030 года и на перспективу до 2036 года утвержден индикатор, характеризующий достижение показателя указанной национальной цели, предусматривающий снижение суммарной продолжительности временной

нетрудоспособности по заболеванию работающих граждан в 2025 году до 96,5 % от уровня 2023 года.

Целевое значение статистического индикатора достигнуто в 2025 году в 40 субъектах (табл. 1.51).

Таблица 1.51

**Суммарная продолжительность временной нетрудоспособности
(дней временной нетрудоспособности)**

№	Субъект Российской Федерации	2023	2025	Уровень 2025 г. от 2023 г., %
1	2	3	4	5
1	Республика Калмыкия	386188	210929	54,6
2	Республика Северная Осетия – Алания	982652	636830	64,8
3	Курганская область	2421692	1954174	80,7
4	Приморский край	3829527	3140378	82,0
5	Костромская область	2437712	2016897	82,7
6	Ульяновская область	2808571	2353472	83,8
7	Карачаево-Черкесская Республика	626136	529817	84,6
8	Томская область	3470435	2954264	85,1
9	Республика Татарстан (Татарстан)	10943045	9379618	85,7
10	Ростовская область	8254616	7255652	87,9
11	Курская область	2216841	1954174	88,2
12	Ленинградская область	5525921	4957615	89,7
13	Смоленская область	2144096	1933039	90,2
14	г. Севастополь	846996	768812	90,8
15	Республика Бурятия	1463158	1329019	90,8
16	Сахалинская область	1048456	952979	90,9
17	Мурманская область	2002036	1824073	91,1
18	Республика Алтай	280542	255884	91,2
19	Республика Марий Эл	1884720	1720093	91,3
20	Ярославская область	3301089	3027033	91,7
21	Ямало-Ненецкий АО	1763674	1636308	92,8
22	Архангельская область	2558409	2390089	93,4
23	Волгоградская область	4453554	4183032	93,9
24	Республика Мордовия	1793767	1691506	94,3
25	Свердловская область	12638218	11937095	94,5
26	Омская область	4899919	4632051	94,5
27	Ханты-Мансийский АО – Югра	6636446	6291236	94,8
28	Республика Карелия	1675107	1593399	95,1
29	Липецкая область	3339146	3177655	95,2
30	Калужская область	2144031	2043726	95,3
31	Чувашская Республика – Чувашия	2476485	2361687	95,4
32	Московская область	23421602	22375265	95,5
33	Брянская область	2837085	2710826	95,5

Продолжение табл. 1.51

1	2	3	4	5
34	г. Москва	20380577	19528476	95,8
35	Республика Башкортостан	12434371	11929076	95,9
36	Кировская область	3076149	2957103	96,1
37	Республика Саха (Якутия)	2294608	2208597	96,3
38	Белгородская область	4945953	4767020	96,4
39	Хабаровский край	3186876	3072686	96,4
40	Тюменская область	4709470	4543214	96,5

Для достижения национальной цели по снижению к 2030 году суммарной продолжительности временной нетрудоспособности граждан, в части создания условий для своевременной профилактики заболеваний, необходимо усиление государственного контроля (надзора) за проведением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на предупреждение вредного воздействия факторов производственной среды и трудового процесса на здоровье работника (п. 3.1 СП 2.2.3670–20 «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям труда»).

1.3. Анализ инфекционной и паразитарной заболеваемости

1.3.1. Инфекционные заболевания

В 2025 году в Российской Федерации был продолжен системный комплекс санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, благодаря которому в стране обеспечена стабильная и контролируемая санитарно-эпидемиологическая обстановка.

В Российской Федерации достигнуто снижение заболеваемости по 59 формам инфекционных и 17 формам паразитарных болезней.

По сравнению со среднемноголетними уровнями заболеваемости за 2013–2019, 2022–2024 гг. (из периода сравнения исключены 2020 и 2021 гг. как период наиболее высокой заболеваемости населения COVID-19) наиболее выраженное снижение заболеваемости наблюдалось по следующим нозоформам: острый гепатит В – в 3,1 раза, бактериальная дизентерия (шигеллез) – в 2,3 раза, в том числе вызванная шигеллами Флекснера – в 3,2 раза, гонококковая инфекция – в 2,4 раза, энтеровирусный менингит – в 2,7 раза, туляремия – в 2,7 раза, псевдотуберкулез – в 2,5 раза, лептоспироз – в 1,8 раза, астраханская пятнистая лихорадка – в 2 раза, вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими и вирусные геморрагические лихорадки – в 1,5 раза, в том числе крымская геморрагическая лихорадка – в 2 раза, ОКИ, вызванные иерсиниями энтероколита – в 2,4 раза, активные формы туберкулеза (впервые выявленного) – в 1,9 раза, в том числе туберкулез органов дыхания – в 1,9 раза.

Превышение среднемноголетнего уровня заболеваемости (далее – СМу) за предшествующий период отмечается в отношении гемофильной инфекции – в 19,3 раза (4,25 против 0,22), краснухи – в 5,6 раза (0,28 против 0,05), кори – в 2,1 раза (4,53 против 2,2), генерализованных форм менингококковой инфекции – в 2,5 раза (1,26 против 0,47), листериоза – в 3,3 раза (0,13 против 0,04), гриппа – в 6 раз (375,97 против 62,17), внебольничной пневмонии – в 1,5 раза (641,53 против 424,67), в том числе вызванной пневмококками – в 2 раза (14,83 против 7,46), лихорадки Ку – в 1,9 раза (0,19 против 0,10), норовирусной инфекции – в 1,8 раза (43,09 против 23,78), энтеровирусных (неполио) инфекций – в 2,4 раза (25,87 против 10,63).

В 2025 году в Российской Федерации зарегистрировано 35 млн 747 тыс. 998 случаев инфекционных и паразитарных заболеваний, что на 9,3 % ниже суммы заболеваний по данным 2024 года (36 млн 130 тыс. 90 случаев) (рис. 1.187).

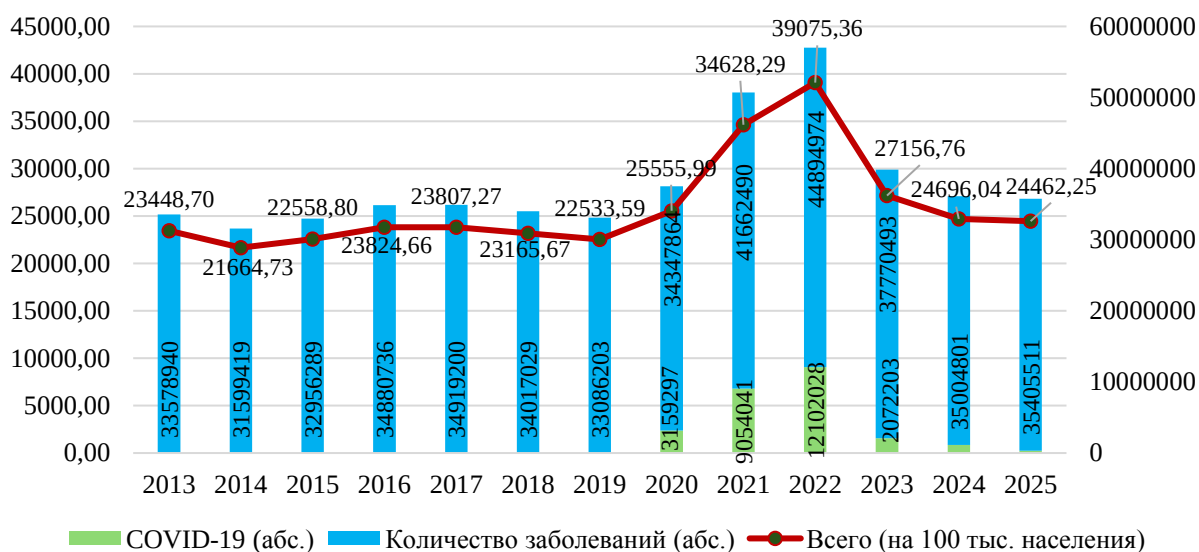


Рис. 1.187. Динамика заболеваемости инфекционными и паразитарными болезнями в Российской Федерации (суммарно), абс. и на 100 тыс. населения, в 2013–2025 гг. и COVID-19, абс., в 2020–2025 гг.

В 2025 году экономический ущерб только от 30 инфекционных болезней (нозологических групп) составил около 1341,7 млрд руб. (табл. 1.52).

Таблица 1.52

Экономическая значимость некоторых инфекционных заболеваний в Российской Федерации в 2025 году (без туберкулеза, ВИЧ-инфекции и хронических вирусных гепатитов)

№ п/п	Нозологическая форма	Ущерб (тыс. руб.)
1	2	3
1	Острые инфекции верхних дыхательных путей множественной и неуточненной локализации	1 166 964 407,4
2	Ветряная оспа	53 653 879,9
3	Острые кишечные инфекции, вызванные неустановленными инфекционными возбудителями, пищевые токсикоинфекции неустановленной этиологии	30 615 979,1
4	Грипп	27 640 330,9
5	Другие острые кишечные инфекции, вызванные установленными бактериальными, вирусными возбудителями, а также пищевые токсикоинфекции установленной этиологии	18 497 052,7
6	COVID-19	14 074 327,1
7	Укусы, ослюнения, оцарапывания животными	9 633 203,6
8	Ротавирусная инфекция	5 264 472,6
9	Инфекционный мононуклеоз	3 312 116,9
10	Другие сальмонеллезные инфекции	3 138 891,0
11	Педикулез	2 674 478,3
12	Скарлатина	1 759 494,0

Продолжение табл. 1.52

1	2	3
13	Корь	811 288,6
14	Вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими и вирусные геморрагические лихорадки	793 394,7
15	Менингококковая инфекция, генерализованные формы	618 331,2
16	Коклюш	572 137,6
17	Клещевой боррелиоз (болезнь Лайма)	457 609,4
18	Острый гепатит А	422 425,0
19	Паротит эпидемический	186 787,0
20	Острый гепатит С	170 087,0
21	Бактериальная дизентерия (шигеллез)	163 913,0
22	Бруцеллез, впервые выявленный	96 318,7
23	Острый гепатит В	55 895,7
24	Заболевания, вызванные иерсиниями энтероколита	52 595,0
25	Краснуха	36 662,7
26	Псевдотуберкулез	27 842,9
27	Лептоспироз	17 608,9
28	Туляремия	7 315,3
29	Столбняк	4 204,8
30	Брюшной тиф	2 178,6
	Итого:	1 341 725 229,7

В 2025 году для острых и впервые выявленных инфекционных заболеваний наибольшая экономическая значимость определена для следующих заболеваний и групп заболеваний: острые инфекции верхних дыхательных путей множественной и неуточненной локализации, ветряная оспа, острые кишечные инфекции, вызванные неустановленными инфекционными возбудителями, грипп, другие острые кишечные инфекции, вызванные установленными бактериальными, вирусными возбудителями, а также пищевые токсикоинфекции. Стоимостная доля для 5 указанных инфекций из 30 включенных в анализ (16,7 %) составила 96,7 % от общей суммы экономического ущерба. Доля оставшихся 25 инфекций (83,3 %) составляет 3,3 %.

В табл. 1.53 представлены результаты рейтингового анализа величин экономического ущерба, нанесенного отдельными инфекционными болезнями в 2013–2025 гг. (без учета таких социально-значимых инфекционных заболеваний как туберкулез, ВИЧ-инфекция, хронические вирусные гепатиты и COVID-19).

Таблица 1.53

**Рейтинговый анализ экономического ущерба от инфекционных болезней
(без туберкулеза, ВИЧ-инфекции, хронических вирусных гепатитов, COVID-19)
в 2013–2025 гг. в Российской Федерации***

№ п/п.	Нозологические формы	Рейтинг (максимальный показатель ущерба =1, минимальный =28)												
		2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	Острые инфекции верхних дыхательных путей множественной и неуточненной локализации	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Продолжение табл. 1.53

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2	Ветряная оспа	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2
3	Острые кишечные инфекции, вызванные неустановленными инфекционными возбудителями, пищевые токсикоинфекции неустановленной этиологии	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3
4	Грипп	8	16	9	7	9	9	10	9	9	7	4	5	4
5	Другие острые кишечные инфекции, вызванные установленными бактериальными, вирусными возбудителями, а также пищевые токсикоинфекции установленной этиологии	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	5	4	5
6	Укусы, ослонения, оцарапывания животными	5	5	5	5	5	6	5	4	5	5	6	6	6
7	Инфекционный мононуклеоз	7	6	6	6	6	5	6	6	6	6	7	7	7
8	Другие сальмонеллезные инфекции	6	7	7	8	7	7	7	8	8	8	9	8	8
9	Педикулез	9	8	8	9	8	8	8	7	7	9	10	11	9
10	Скарлатина	14	11	13	14	13	12	13	12	13	12	13	13	10
11	Корь	20	18	22	25	22	19	17	19	30	25	12	10	11
12	Вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими и вирусные геморрагические лихорадки	10	10	10	11	11	11	9	11	11	11	14	15	12
13	Менингококковая инфекция, генерализованные формы	16	17	18	18	17	16	16	17	17	15	17	18	13
14	Коклюш	19	19	17	17	18	13	12	14	19	16	8	9	14
15	Клещевой боррелиоз (болезнь Лайма)	13	12	11	12	12	10	11	10	10	10	11	12	15
16	Вирусный гепатит А	11	9	12	10	10	14	14	13	12	13	15	14	16
17	Паротит эпидемический	26	25	26	22	19	22	22	23	22	23	23	21	17
18	Острый гепатит С	17	15	16	16	15	17	18	16	15	17	16	17	18
19	Бактериальная дизентерия (шигеллез)	12	13	14	13	14	15	15	15	14	14	19	16	19
20	Бруцеллез, впервые выявленный	22	21	20	20	20	20	21	21	18	18	18	19	20
21	Острый гепатит В	15	14	15	15	16	18	19	18	16	19	20	20	21
22	Заболевания, вызванные иерсиниями энтероколита	21	20	19	19	21	21	20	20	20	20	21	22	22

Продолжение табл. 1.53

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
23	Краснуха	27	27	28	28	28	28	28	28	28	28	28	25	23
24	Псевдотуберкулез	23	22	21	21	23	23	23	22	21	22	24	24	24
25	Лептоспироз	25	23	24	24	25	25	24	25	23	24	25	26	25
26	Туляремия	18	24	23	23	24	24	25	24	24	21	22	23	26
27	Столбняк	28	28	27	27	27	27	27	27	25	26	26	28	27
28	Брюшной тиф	24	26	25	26	26	26	26	26	27	27	27	27	28

*Цветом обозначены рейтинги:

1–5 – 

6–10 – 

11–15 – 

16–20 – 

21–28 – 

В 2025 году значимых изменений рейтинговых значений экономического ущерба среди анализируемых инфекционных болезней не зафиксировано.

Экономический ущерб от социально значимых хронических инфекционных заболеваний

Высокая социальная значимость хронических инфекционных заболеваний, таких как туберкулез, ВИЧ-инфекция и хронические вирусные гепатиты В и С связана со значительной их распространенностью среди населения и серьезными социально-экономическими последствиями, к которым относятся увеличение смертности и инвалидизации среди населения трудоспособного возраста, снижение численности трудоспособного населения, рождаемости и ожидаемой продолжительности жизни граждан.

Прямые медицинские затраты бюджета на борьбу с этими хроническими инфекционными болезнями в 2025 году по оценкам составили 262,0 млрд руб. (табл. 1.54). При проведении оценки были учтены прямые затраты федерального бюджета и бюджетов субъектов Российской Федерации на реализацию мероприятий по массовому обследованию населения, проведению профилактических, противоэпидемических мероприятий и оказанию медицинской помощи россиянам, страдающим туберкулезом, ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами В и С, включая всех больных, живущих с указанными инфекционными заболеваниями в 2025 году (зарегистрированных впервые и диагностированных в предыдущие годы).

Объемы финансирования мер по борьбе с туберкулезом в 2025 году согласно оценочным данным составили 134,5 млрд руб. Значительную долю затрат составляли прямые медицинские затраты, включающие оплату труда медицинских работников, закупку противотуберкулезных препаратов и расходы на содержание противотуберкулезных организаций. Косвенные экономические затраты, связанные с туберкулезом, не оценивались.

Общий объем прямых медицинских расходов федерального бюджета и бюджетов субъектов Российской Федерации на реализацию мер по противодействию распространению ВИЧ-инфекции в 2025 году составил 83,1 млрд руб. (адаптированные данные Аналитического центра при Правительстве Российской Федерации, 2024 г.). Более половины (51,7 %) всех прямых медицинских затрат в 2025 г. приходилось на закупки антиретровирусных препаратов (43,0 млрд руб. по данным мониторинга закупок антиретровирусных препаратов, Экспертная группа «Здравресурс», 2026). Значительную долю составляли затраты на оказание стационарной и амбулаторной медицинской

помощи больным (26,5 %) и расходы на диагностику заболевания. Косвенные экономические затраты, определенные как потери ВВП от преждевременной смертности и инвалидизации населения в связи с ВИЧ-инфекцией, составляли 181,0 млрд руб., а прямые немедицинские затраты (выплаты пособий по инвалидности) в связи с ВИЧ-инфекцией были оценены в 15,2 млрд руб. (адаптированные данные социально-экономического исследования, касающегося государственной политики борьбы с ВИЧ НИФИ Минфина России, 2022). Суммарно экономическое бремя ВИЧ-инфекции в 2025 году в Российской Федерации было оценено в 279,2 млрд руб.

Экономическое бремя хронического вирусного гепатита С в 2025 г. по оценкам составило 92,7 млрд руб. с учетом прямых и косвенных затрат. Прямые медицинские затраты составили около 39,6 млрд руб., при этом наибольшую долю в структуре прямых затрат (61,9 %) занимали закупки лекарственных препаратов для лечения хронического гепатита С, на которые приходилось 24,5 млрд руб. (по данным мониторинга закупок препаратов для лечения гепатита С в России, Экспертная группа «Здравресурс», 2026). По данным АИС «Вирусные гепатиты» на анти-ВГС в 2025 г. было обследовано 27,4 млн человек, на РНК ВГС – 3,6 млн человек. Затраты на лабораторную диагностику гепатита С составили около 9,7 млрд руб. Косвенные экономические затраты в связи ХГС, связанные с потерями ВВП в виде недополученной заработной платы работников и налоговых доходов государства, вследствие инвалидизации и преждевременной смертности населения по оценкам составили 50,2 млрд руб., а прямые немедицинские затраты – 2,9 млрд руб. (данные на основании адаптированных расчетов РАНХиГС, 2022).

Экономическое бремя хронического вирусного гепатита В в 2025 году было наименьшим из числа изученных социально-значимых хронических инфекций, что можно связать с успехами массовой вакцинации населения против этого заболевания. Согласно оценочным данным, прямые медицинские затраты составили около 4,8 млрд руб. По данным АИС «Вирусные гепатиты», расходы на лабораторную диагностику гепатита В в 2025 году составили около 4,3 млрд руб. (на HBsAg обследовано 22,7 млн человек), что составляет наибольшую долю в структуре прямых затрат. В 2025 году было вакцинировано 640 154 взрослых и 1 231 375 детей в возрасте 0–17 лет. По заключенным государственным контрактам на закупку вакцин против гепатита В затрачено 456,8 млн руб. Косвенные экономические затраты, связанные с вирусным гепатитом В, в 2025 году не оценивались.

Таблица 1.54

Общий объем прямых медицинских затрат на борьбу с хроническими инфекционными болезнями (туберкулез, ВИЧ-инфекция, хронические вирусные гепатиты В и С) в Российской Федерации в 2025 году

№ п/п	Наименование заболевания	Прямые медицинские затраты, млрд руб.	Косвенные экономические затраты, млрд руб.	Суммарно экономическое бремя, млрд руб.
1	Туберкулез	134,5	Нет данных	134,5
2	Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), и бессимптомный инфекционный статус, вызванный ВИЧ	83,1	196,1	279,2
3	Хронический вирусный гепатит С	39,6	53,1	92,7
4	Хронический вирусный гепатит В	4,8	Нет данных	4,8
	Итого	262,0	249,3	511,3

Экономический ущерб, нанесенный только четырьмя хроническими инфекционными болезнями (туберкулезом, ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами В и С) в 2025 году, составил 511,3 млрд руб. с учетом прямых и косвенных затрат.

Увеличение прямых инвестиций с целью противодействия указанным заболеваниям может окупиться благодаря снижению высоких косвенных экономических затрат.

Моделирование социально-экономических последствий распространения ВИЧ-инфекции и гепатита С, проведенное в последние годы рядом экспертных организаций, продемонстрировало, что предупреждение заражения этими вирусами и значительное увеличение охвата лечением ВИЧ-инфекции и гепатита С могут существенно ограничить распространение этих заболеваний среди населения репродуктивного и трудоспособного возраста, сохранить сотни тысяч человеческих жизней к 2030 году и сократить в перспективе прямые и косвенные экономические затраты. Процесс распространения ВИЧ-инфекции обладает высокой инерцией, и принимаемые профилактические меры оказывают влияние с заметным запаздыванием. Такие черты характерны и для других социально-значимых хронических инфекционных заболеваний.

Острые инфекции верхних дыхательных путей множественной и неуточненной локализации (ОРВИ), как и в предыдущие годы, продолжают удерживать лидирующую позицию по экономической значимости среди всех острых инфекционных заболеваний в стране.

По итогам 2025 года в Российской Федерации зарегистрировано 31,8 млн случаев ОРВИ, что составляет 21,8 % от всего населения страны (2024 год – 21,5 %). Заболеваемость ОРВИ (21 779,65 на 100 тыс. населения) не превысила среднемноголетнего уровня (СМУ – 21 224,55 на 100 тыс. населения; +2,6 %) и на уровне 2024 года (21 457,88 на 100 тыс. населения; +1,5 %) (рис. 1.188).

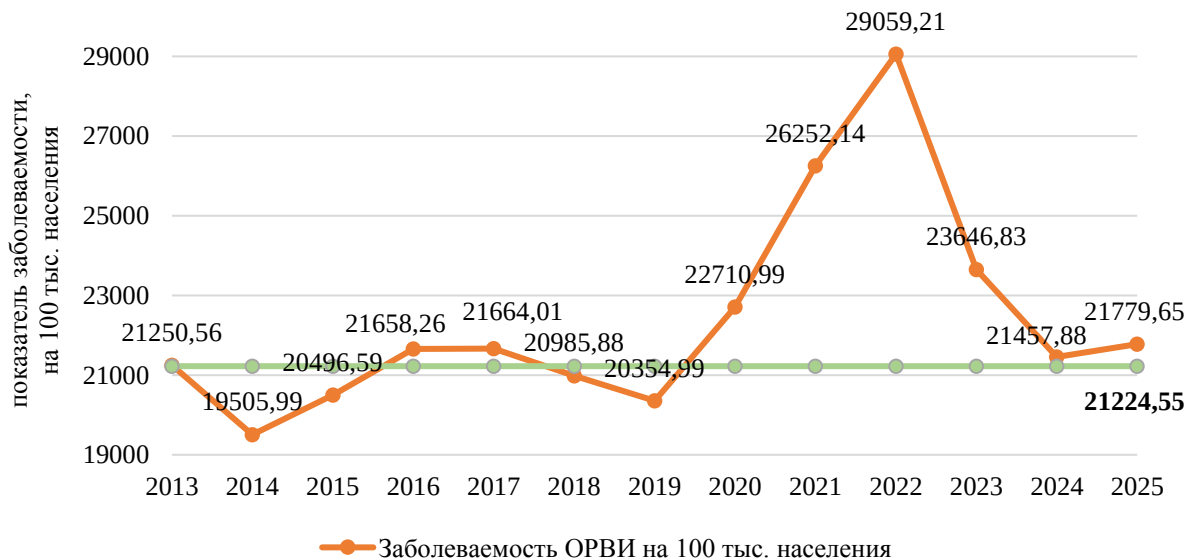


Рис. 1.188. Заболеваемость острыми инфекциями верхних дыхательных путей множественной и неуточненной локализации в Российской Федерации в 2013–2025 гг. (на 100 тыс. населения)

Заболеваемость детей в возрасте до 17 лет вносит основной вклад в заболеваемость совокупного населения (более 18,5 млн случаев). Заболеваемость ОРВИ среди детского населения на уровне показателя заболеваемости прошлого года (2025 г. – 62 091,73 на 100 тыс. населения, 2024 года – 59 711,52 на 100 тыс. населения; +4,0 %).

Среди детского населения наиболее высокая заболеваемость регистрируется в возрастной группе 1–2 года (93 219,57 на 100 тыс. населения).

В разрезе субъектов Российской Федерации заболеваемость ОРВИ варьирует в широком диапазоне – от наименьшего показателя в Чеченской Республике (51,89 на 100 тыс. населения) до наибольшего – в Республике Коми (46 764,72 на 100 тыс. населения). При этом в субъектах Российской Федерации, где зафиксирована наиболее высокая заболеваемость, не отмечено значительного превышения СМУ или наблюдается снижение относительно данного показателя (табл. 1.55).

Таблица 1.55

**Субъекты Российской Федерации с наибольшей заболеваемостью
острыми инфекциями верхних дыхательных путей множественной
и неуточненной локализации в 2025 г.**

№ п/п	Субъекты Российской Федерации	Показатель заболеваемости (на 100 тыс. населения)	СМУ (2013–2019, 2022–2024 гг.)	Рост /снижение относительно СМУ
Российская Федерация		21 779,65	21 224,55	↑2,62 %
1	Республика Коми	46 764,72	43 673,08	↑7,08 %
2	Алтайский край	40 866,45	32 401,87	↑26,12 %
3	Вологодская область	39 506,26	35 104,68	↑12,54 %
4	Ямало-Ненецкий автономный округ	39 354,38	41 125,12	↓4,31 %
5	Республика Карелия	39 195,02	38 599,52	↑1,54 %
6	Тюменская область	37 727,12	34 024,26	↑10,88 %
7	Удмуртская Республика	36 791,67	33 396,01	↑10,17 %
8	Чукотский автономный округ	36 746,41	22 999,09	↑1,6 раза
9	Новосибирская область	35 373,25	28 494,49	↑24,14 %
10	Мурманская область	35 254,27	29 721,27	↑18,62 %

На протяжении почти всего 2025 года среди циркулирующих возбудителей ОРВИ преобладали риновирусы. Кроме того, в структуре возбудителей в порядке убывания долей были представлены SARS-CoV-2, сезонные коронавирусы человека, вирусы парагриппа, респираторно-синцитиальный вирус, аденовирусы, метапневмовирус и бокавирус.

В Российской Федерации в 2025 году, как и прогнозировалось, продолжилось снижение заболеваемости **коронавирусной инфекцией (COVID-19)** (рис. 1.189). Выявлено 342 487 случаев COVID-19 (в 2024 г. – 1 125 289 случаев), показатель заболеваемости составил 234,36 на 100 тыс. населения. По сравнению с 2024 годом заболеваемость снизилась в 3,3 раза. Заболеваемость детского населения (0–17 лет) снизилась по сравнению с 2024 годом в 2,3 раза и составила 223,89 на 100 тыс. детского населения (2024 г. – 522,72).

Наибольшую долю заболевших COVID-19 в 2025 году составили лица в возрасте от 30 до 49 лет – 26,55 % (2024 год – 26 %), 50 до 64 лет – 18,7 % (2024 год – 22 %) и старше 65 лет – 18,39 % (2024 год – 25 %). Удельный вес заболевших в возрасте от 0 до 17 лет составил 20,3 % (2024 год – 14 %), из них 6,64 % – возраст 7–14 лет, 6,01 % – возраст 1–6 лет, 4,94 % – возраст до года и 2,71 % – возраст 15–17 лет.

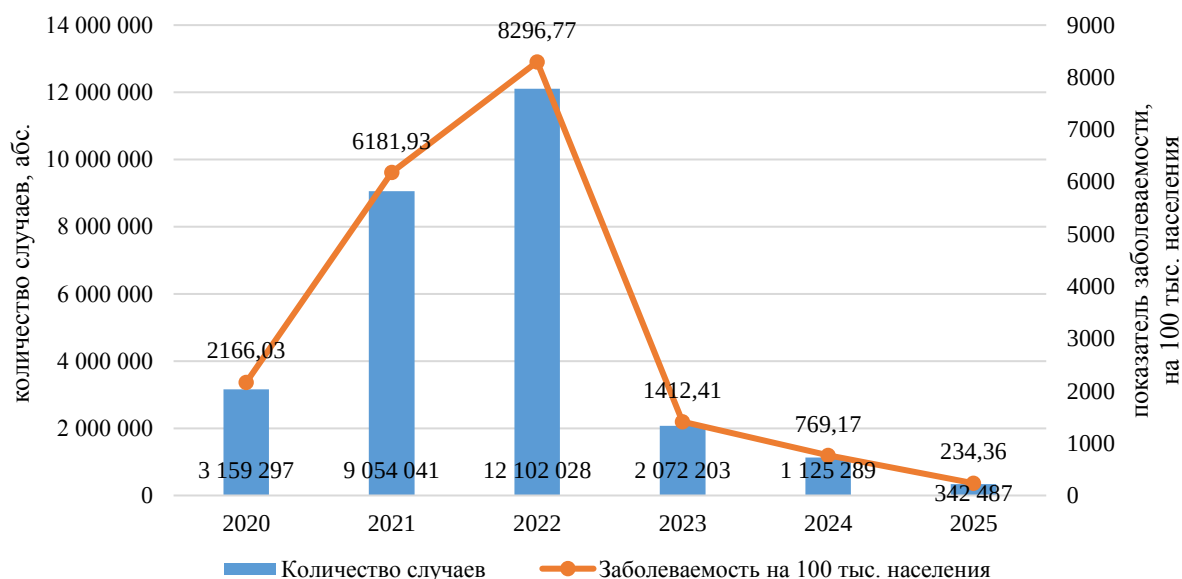


Рис. 1.189. Динамика заболеваемости COVID-19 в Российской Федерации, 2020–2025 г. (на 100 тыс. населения)

По итогам 2025 года в клинической структуре на пневмонии приходилось 3,0 % от всех зарегистрированных случаев COVID-19 (10 329 случаев) (2024 год – 3,2 %), из них в 91,5 % случаев вирус был идентифицирован (9452), что свидетельствует об улучшении лабораторной диагностики заболевания. Для сравнения, в 2024 году доля пневмоний составила 3,2 % (35 679 случаев, из них вирус идентифицирован в 79,2 % случаев). У 9860 человек выявлено носительство вируса SARS-CoV2 (6,75 на 100 тыс. населения).

Внутригодовая динамика уровня заболеваемости COVID-19 на территории страны в 2025 г. была схожа с динамикой 2024 года и соответствовала течению эпидемического процесса сезонных острых респираторных вирусных инфекций (рис. 1.190).

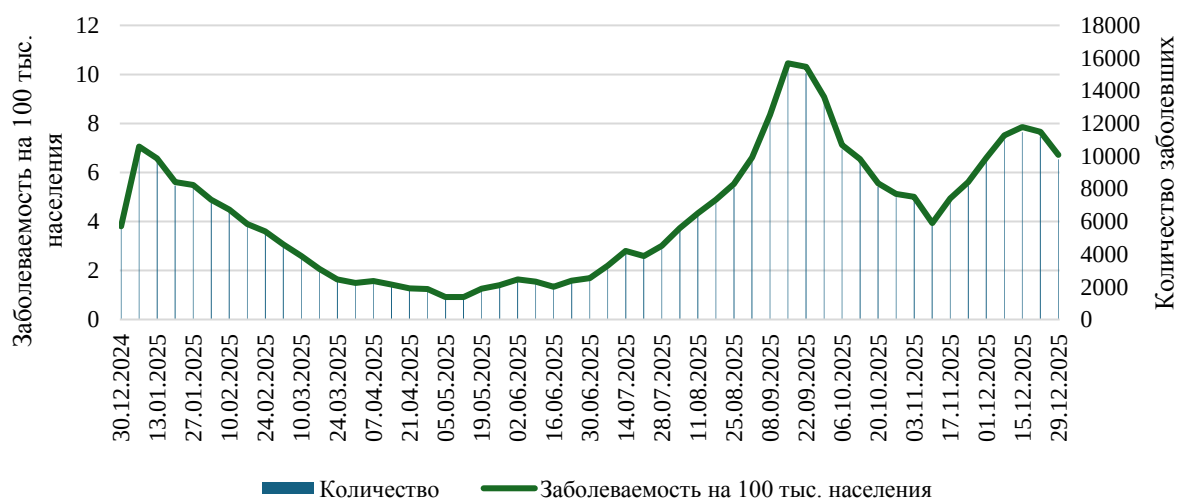


Рис. 1.190. Динамика заболеваемости COVID-19 (на 100 тыс. населения) и число заболевших (абс.) в 2025 г. на территории Российской Федерации

Распределение заболеваемости COVID-19 по субъектам Российской Федерации неравномерное (табл. 1.56). В большинстве регионов отмечалось снижение заболеваемости относительно 2024 года, из них в 80 – в 2 и более раз.

Таблица 1.56

**Субъекты Российской Федерации с максимальными показателями
заболеваемости COVID-19 в 2025 г.**

№ п/п	Субъекты Российской Федерации	Заболеваемость на 100 тыс. населения (2025 г.)	Заболеваемость на 100 тыс. населения (2024 г.)	Рост/снижение, % и раз
	Российская Федерация	234,36	769,17	↓3,28 раза
1	Ненецкий автономный округ	1074,53	1411,35	↓23,87 %
2	Магаданская область	764,37	714,97	↑ 6,91 %
3	г. Санкт-Петербург	628,81	1861,78	↓2,96 раза
4	Ямало-Ненецкий автономный округ	623,44	1432,59	↓2,30 раза
5	Самарская область	599,32	1908,23	↓3,18 раза
6	Астраханская область	539,04	822,99	↓34,50 %
7	г. Москва	474,92	1605,03	↓3,38 раза
8	Орловская область	444,63	1541,11	↓3,47 раза
9	Новгородская область	431,48	827,45	↓1,92 раза
10	Республика Коми	412,43	1079,58	↓2,62 раза

По формам тяжести течения инфекции в 2025 году преобладали легкая и средняя формы тяжести – 66,8 % и 28,23 % соответственно (2024 г. – 35 % и 19 %). На тяжелую форму пришлось 0,73 % (2024 г. – 26 %) от всех зарегистрированных случаев, на бессимптомное течение – 4,24 % (20 %).

Молекулярно-генетические исследования методом секвенирования РНК SARS-CoV-2 установили, что в 2025 году циркулировали различные субварианты геноварианта Омикрон: в первой половине 2025 года преимущественно преобладал вариант LF.7, являющийся потомком JN.1.16.1, во второй половине года – варианты XFG, которые, в свою очередь, представляют собой рекомбинатную форму LF.7 и LP.8.1.2, кроме того, детектировались KS.1, NB.1.8.1, XEC, LP.8.1 и другие (рис. 1.191).

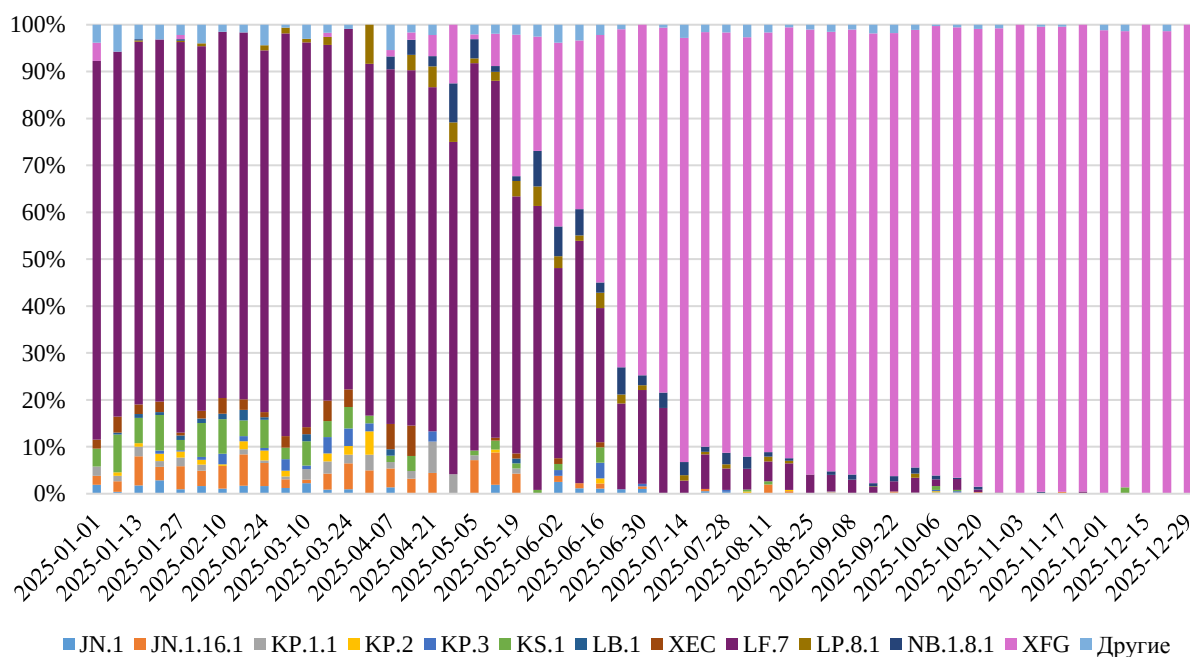


**Рис. 1.191. Динамика циркуляции различных линий SARS-CoV-2
в Российской Федерации в 2025 г.**

По итогам 2025 года в Российской Федерации против COVID-19 иммунизировано 410 448 человек (2024 г. – 801 224 человека). Наибольшее количество лиц привито в Ростовской (46 676), Свердловской (41 400), Липецкой областях (35 000), в г. Санкт-Петербург (34 628), в Московской области (25 766) и в Забайкальском крае (20 402).

С 2021 года на территории Российской Федерации наблюдается тенденция к росту заболеваемости **гриппом**, что обусловлено как увеличением обращаемости населения за медицинской помощью при возникновении симптомов респираторной инфекции, в том числе благодаря системной информационной и разъяснительной работе, так и расширением объемов лабораторного обследования на грипп. Кроме этого, на 2025 год пришлись пики заболеваемости гриппом двух эпидемических сезонов гриппа и ОРВИ: в феврале 2025 года – пик заболеваемости сезона 2024–2025 годов, в декабре 2025 года – пик заболеваемости гриппом сезона 2025–2026 годов, что в совокупности с широким внедрением лабораторной диагностики отразилось на показателях заболеваемости. В 2025 году заболеваемость гриппом увеличилась по сравнению с 2024 годом в 3,1 раза и составила 375,97 на 100 тыс. населения, выше СМУ в 6 раз (62,17 на 100 тыс. населения) (рис. 1.192).

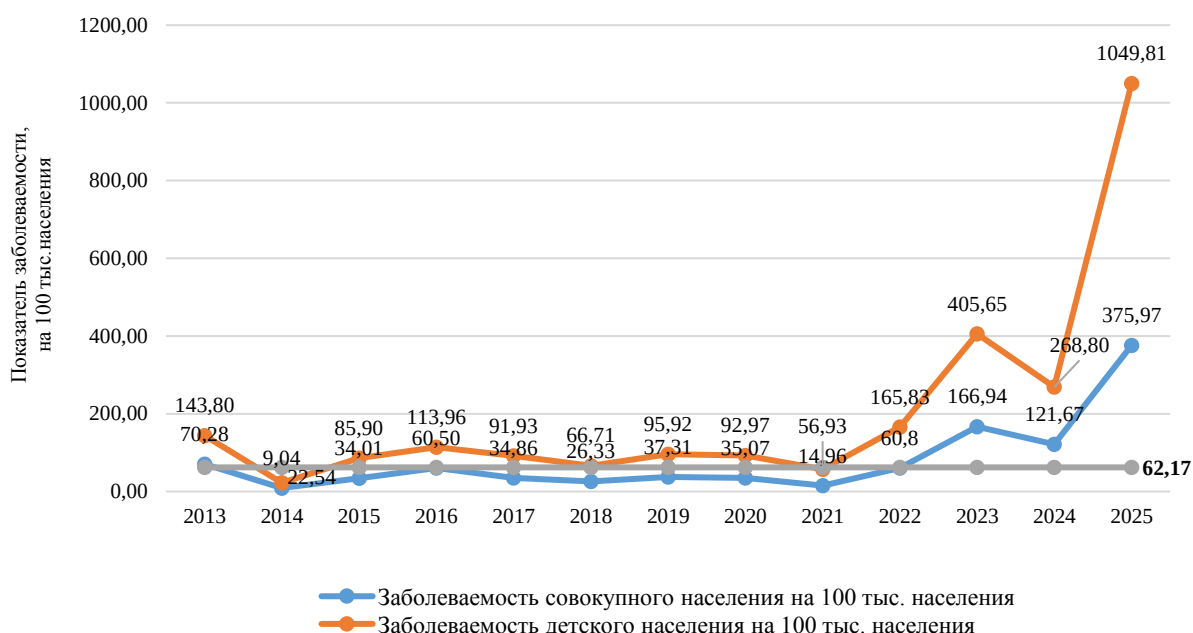


Рис. 1.192. Динамика заболеваемости гриппом в Российской Федерации в 2013–2025 гг. (на 100 тыс. населения)

Заболеваемость гриппом детского населения в 2025 году по сравнению с 2024 годом также увеличилась в 3,9 раза, составив 1049,81 случая на 100 тыс. детского населения. Наибольшие показатели наблюдали в возрастной группе 1–2 года – 1543,93 на 100 тыс. и у детей 3–6 лет – 1322,98 на 100 тыс.

Субъекты Российской Федерации с наибольшей заболеваемостью гриппом, перечислены в табл. 1.57.

Эпидемический сезон гриппа и ОРВИ 2024–2025 гг. в Российской Федерации характеризовался поздним началом эпидемического подъема заболеваемости. В декабре 2024 года показатель заболеваемости гриппом составил всего 2,7 случая на 100 тыс. населения, что меньше СМУ для этого месяца на 82,6 %.

Таблица 1.57

**Субъекты Российской Федерации с наибольшей заболеваемостью гриппом
в 2025 г.**

№ п/п	Субъекты Российской Федерации	Показатель заболеваемости (на 100 тыс. населения)	СМУ (2013–2019, 2022–2024 гг.)	Рост /снижение относительно СМУ
	Российская Федерация	375,97	62,17	↑6,05 раза
1	Ненецкий автономный округ	3023,89	224,31	↑13,48 раза
2	Ямало-Ненецкий автономный округ	1833,38	163,03	↑11,25 раза
3	Орловская область	1732,83	75,11	↑23,07 раза
4	Забайкальский край	1375,24	101,24	↑13,58 раза
5	Камчатский край	1053,46	156,97	↑6,71 раза
6	Республика Коми	1049,61	67,85	↑15,47 раза
7	Республика Алтай	938,08	45,58	↑20,58 раза
8	Еврейская автономная область	920,65	148,06	↑6,22 раза
9	Удмуртская Республика	897,67	168,65	↑5,32 раза
10	Ханты-Мансийский автономный округ – Югра	823,80	102,24	↑8,06 раза

Активный рост заболеваемости гриппом и ОРВИ начался в январе 2025 года, пик заболеваемости зарегистрирован на 10–11 неделях 2025 года, когда показатель недельной заболеваемости в целом по стране составил 79,0–78,7 на 10 тыс. населения, доля вирусов гриппа в спектре циркулирующих респираторных вирусов – 61,8 % – 63,5 %.

В начале эпидемического подъема заболеваемости в спектре циркулирующих вирусов гриппа доминировали вирусы гриппа A(H1N1)pdm09, а с февраля 2025 года доминирующим типом стали вирусы гриппа В (линия Виктория), которые обнаруживались вплоть до начала лета 2025 года.

По данным референс-центров по мониторингу за инфекциями верхних и нижних дыхательных путей (на базе ФБУН ЦНИИЭ Роспотребнадзора) и зоонозным гриппом, вызванным высокопатогенными штаммами (на базе ФБУН ГНЦ ВБ «Вектор» Роспотребнадзора), проводивших углубленные молекулярно-генетические исследования вирусов гриппа в эпидемическом сезоне 2024–2025 годов, все изученные вирусы гриппа соответствовали вакцинным штаммам, изменений, связанных с лекарственной устойчивостью, также не выявлено.

Эпидемический сезон гриппа и ОРВИ 2025–2026 гг. в Российской Федерации, в отличие от предыдущего, имел раннее начало – заболеваемость гриппом уже в ноябре составила 17,63 случаев на 100 тыс. населения, что больше среднегодового уровня на 72,1 %. По данным мониторинговых наблюдений в циркуляции преобладали вирусы гриппа A(H3N2), активность вирусов гриппа A(H1N1)pdm09 и В была низкой.

По данным референс-центров Роспотребнадзора все исследованные в эпидемическом сезоне 2025–2026 годов вирусы гриппа A(H3N2) относятся к группе 2a.3a.1 с преобладанием подгруппы К (98,2 %), гомология с вакцинным штаммом (A/Croatia/10136RV/2023) по гену НА – 98,2–99,3 %.

Все изученные вирусы гриппа A(H1N1)pdm09 относятся к группе 5a.2a.1, гомология с вакцинным штаммом (A/Victoria/4897/2022) по гену НА – 98,5–98,9 %. У

всех изученных вирусов гриппа A(H1N1)pdm09 обнаружена мутация устойчивости к адамантанам, у 7 из 18 – обнаружена мутация S247N в NA, приводящая к снижению чувствительности вирусов к ингибиторам нейраминидазы.

Вирусы гриппа В (линия Виктория) относятся к генетической группе V1A.3a.2 на 99,0 % гомологичны вакцинному штамму (B/Austria/1359417/2021) по гену NA.

Профилактические мероприятия проводились в соответствии с постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 08.07.2025 № 14 «О мероприятиях по профилактике гриппа, острых респираторных вирусных инфекций и новой коронавирусной инфекции (COVID-19) в эпидемическом сезоне 2025–2026 годов». Привито против гриппа 80 881 197 человек (рис. 1.193), охват прививками против гриппа населения страны составил 54,8 %.

По данным исследований, проведенных ФБУН ГНЦ ВБ «Вектор» Роспотребнадзора, вакцины против гриппа, использованные для иммунизации населения при подготовке к эпидемическому сезону 2025–2026 годов, эффективны в отношении циркулирующих в эпидемическом сезоне вирусов гриппа A(H3N2), A(H1N1)pdm09 и В, что также подтверждается уровнем недельной заболеваемости гриппом и ОРВИ.

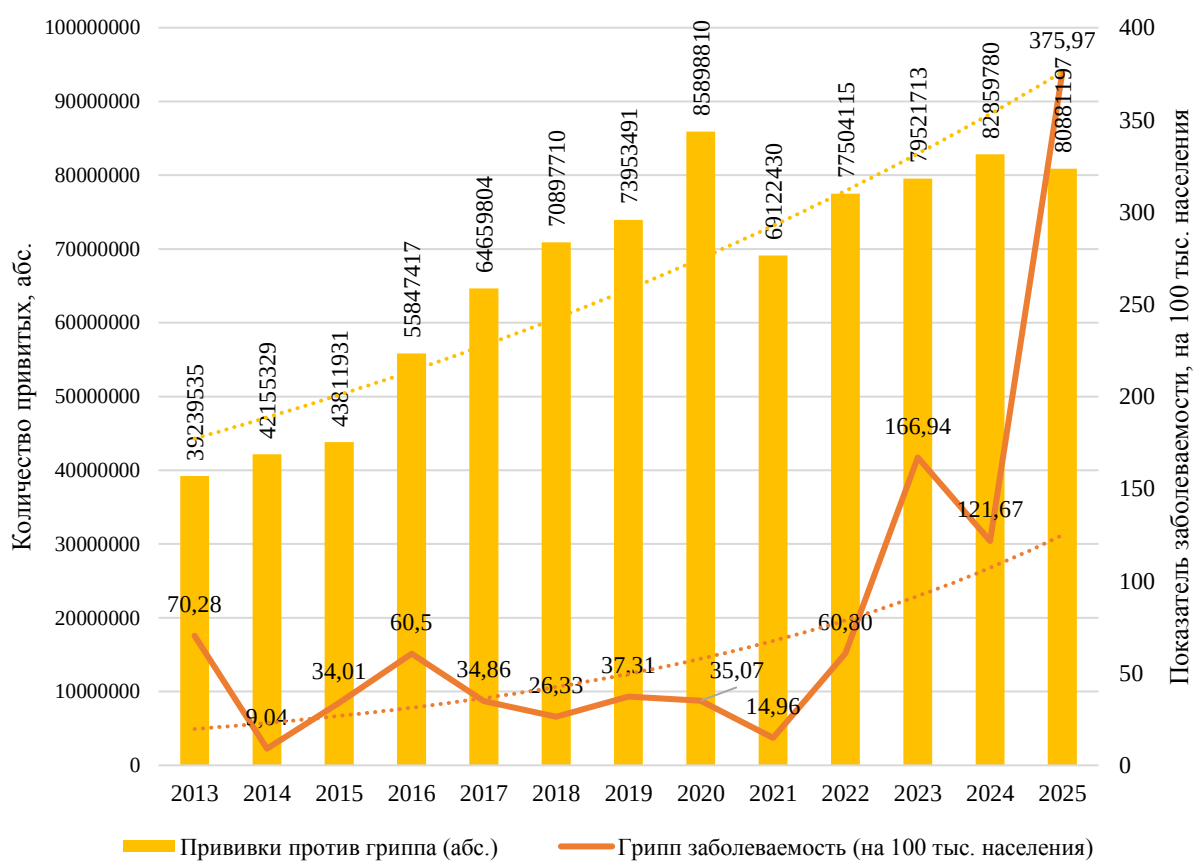


Рис. 1.193. Заболеваемость населения гриппом (на 100 тыс. населения) и охват прививками населения Российской Федерации в 1996–2025 гг.

В 45 субъектах Российской Федерации отмечены более высокие, чем в среднем по стране, показатели охвата населения вакцинацией против гриппа. Показатель 60 % и более был достигнут в 29 субъектах Российской Федерации (табл. 1.58).

Таблица 1.58

**Субъекты Российской Федерации с наиболее высоким уровнем охвата
вакцинацией против гриппа в 2025 году**

№ п/п	Субъект страны	Охват прививками против гриппа, %
	<i>Российская Федерация</i>	54,8
1	г. Севастополь	74,6
2	Калужская область	69,0
3	Республика Крым	66,7
4	Архангельская область	64,8
5	Забайкальский край	64,5
6	Ленинградская область	63,8
7	Республика Тыва	63,4
8	Ханты-Мансийский автономный округ	63,2
9	Московская область	62,9
10	Астраханская область	62,8
11	Пензенская область	62,8
12	Брянская область	62,6
13	Ямало-Ненецкий автономный округ	62,5
14	Костромская область	62,3
15	Омская область	61,6
16	Республика Карелия	61,6
17	Калининградская область	61,3
18	г. Санкт-Петербург	61,3
19	Ярославская область	61,3
20	Республика Башкортостан	61,3
21	Чукотский автономный округ	61,1
22	Ненецкий автономный округ	60,6
23	Самарская область	60,5
24	Волгоградская область	60,3
25	Республика Адыгея	60,3
26	Тюменская область	60,2
27	Краснодарский край	60,0
28	Ивановская область	60,0

В структуре вспышек заболеваний, связанных с аэрозольным механизмом передачи, очаги ОРВИ и гриппа составили 1,9 %. В 2025 году на территории Российской Федерации зарегистрировано 94 групповых очага заболевания ОРВИ и гриппом в организованных коллективах, что в 2 раза больше, чем за 2024 год. Увеличение числа очагов ОРВИ и гриппа обусловлено совершенствованием алгоритмов работы в очагах, активным выявлением, широким внедрением методов лабораторной диагностики гриппа и возбудителей острых респираторных вирусных инфекций не гриппозной этиологии. Все очаги этиологически расшифрованы.

В этиологической структуре групповых очагов ОРВИ и гриппа в организованных коллективах вирус гриппа А(Н3N2) был выявлен в 27 очагах (28,7 %), вирус гриппа

А(Н1N1)pdm09 – в 13 (13,8 %), вирус гриппа А не типированный – в 14 (14,9 %), вирус гриппа В – в 30 очагах (31,9 %), риновирус – в 1 очаге. В 9 очагах (9,6 %) выявлена микст-инфекция, их них в 8 очагах были обнаружены вирусы гриппа.

Территориальными органами Роспотребнадзора организовано и держалось на контроле проведение полного комплекса противоэпидемических мероприятий по локализации и ликвидации всех групповых очагов ОРВИ и гриппа в организованных коллективах.

В связи с подъемом заболеваемости **внебольничными пневмониями (ВП)**, в первую очередь за счет очередного циклического подъема микоплазменных пневмоний в эпидемическом сезоне 2024–2025 годов, Роспотребнадзором организован комплекс дополнительных санитарно-противоэпидемических (профилактических) мер, в том числе:

- изменен и усовершенствован алгоритм работы в очагах ВП,
- создан новый референс-центр по мониторингу за внебольничными пневмониями, вызванными микоплазмой (*Mycoplasma pneumoniae*) на базе ФБУН «Научно-исследовательский институт системной биологии и медицины» Роспотребнадзора,
- внедрен новый алгоритм эпидемиологического генетического мониторинга *Mycoplasma pneumoniae*.

По итогам 2025 года, благодаря организованному комплексу мероприятий отмечено значительное снижение заболеваемости ВП – на 26 % по сравнению с 2024 годом. Показатель заболеваемости ВП в 2025 году составил 641,5 на 100 тыс. населения против 866,6 на 100 тыс. населения в 2024 году. Вместе с тем, за счет сезонного эпидемического подъема в эпидсезоне 2024–2025 гг., заболеваемость ВП по итогам 2025 года превысила СМУ на 51,1 % (424,67 на 100 тыс. населения).

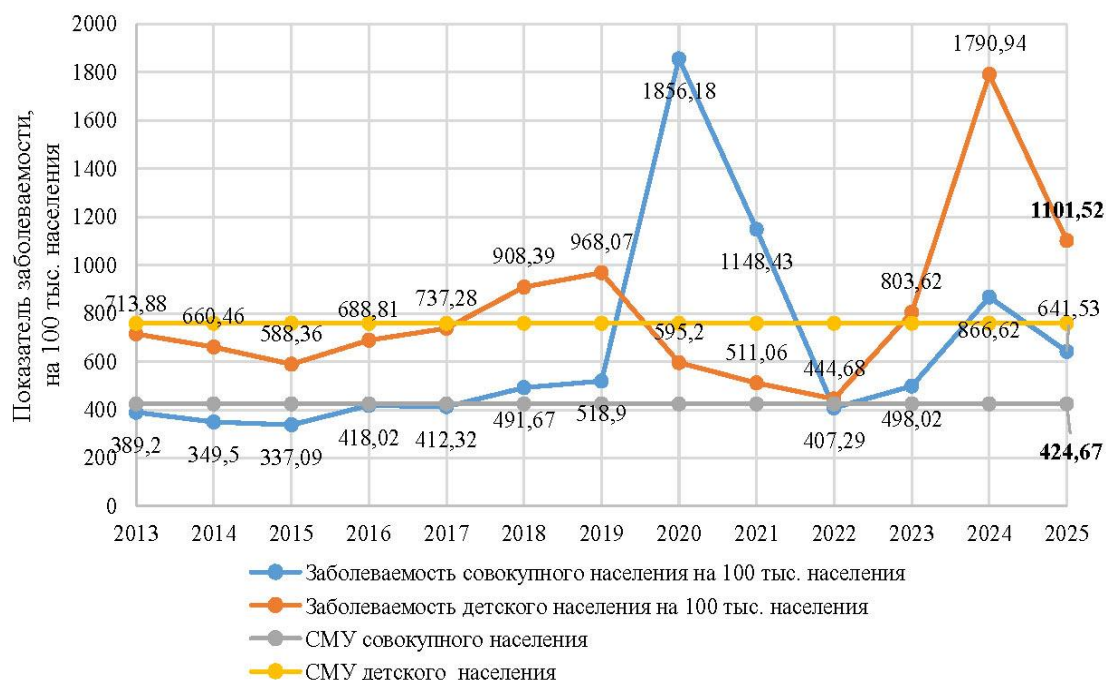


Рис. 1.194. Динамика заболеваемости внебольничными пневмониями в Российской Федерации в 2013–2025 гг. (на 100 тыс. населения)

Заболеваемость внебольничными пневмониями в 2025 году среди детского населения снижена на 38,5 % по сравнению с предыдущим годом (показатель

заболеваемости в 2024 году – 1790,9 на 100 тыс. населения) и составила 1101,5 на 100 тыс. населения. Максимальный показатель заболеваемости ВП, как и в предыдущие годы, наблюдался в возрастной группе детей 1–2 года (2534,11 на 100 тыс. населения данной возрастной группы).

Субъекты Российской Федерации с наибольшим уровнем заболеваемости внебольничными пневмониями в 2025 году представлены в табл. 1.59

Таблица 1.59

Субъекты Российской Федерации с наиболее высоким уровнем заболеваемости внебольничными пневмониями в 2025 г.

№ п/п	Субъекты Российской Федерации	Показатель заболеваемости (на 100 тыс. населения)	СМУ (2013–2019, 2022–2024 гг.)	Рост /снижение относительно СМУ
	Российская Федерация	641,53	424,67	↑1,51 раза
1	Новгородская область	1161,80	717,34	↑1,62 раза
2	Кировская область	1104,19	889,16	↑24,18 %
3	Республика Саха (Якутия)	1030,66	471,63	↑2,19 раза
4	Оренбургская область	1024,97	660,06	↑1,55 раза
5	Удмуртская Республика	1023,75	686,79	↑49,06 %
6	Хабаровский край	1014,65	691,98	↑46,63 %
7	Тюменская область	1008,62	536,26	↑1,88 раза
8	Республика Карелия	998,46	553,5	↑1,80 раза
9	Чувашская Республика	965,78	430,34	↑2,24 раза
10	Ямало-Ненецкий автономный округ	957,01	536,77	↑1,78 раза

При анализе этиологической структуры лабораторно подтвержденных случаев внебольничных пневмоний, как и в предшествующие годы, в 2025 году установлен наибольший вклад в развитие ВП возбудителей бактериальной природы (доля заболеваемости ВП бактериальными пневмониями составила 19,2 %, вирусной – 3,0 %).

При этом в 2025 году наблюдается снижение заболеваемости пневмонией, вызванной бактериальными возбудителями в 1,5 раза (в 2024 году – 178,47 на 100 тыс. населения, в 2025 году – 122,88 на 100 тыс. населения), в том числе заболеваемость ВП, вызванными *Mycoplasma pneumoniae*, снизилась в 2,2 раза (в 2024 году – 67,2 на 100 тыс. населения, в 2025 году – 30,23 на 100 тыс. населения). Заболеваемость вирусными пневмониями снизилась в 1,4 раза (в 2024 году – 28,15 на 100 тыс. населения, в 2025 году – 19,54 на 100 тыс. населения).

В 2025 году отмечен небольшой прирост заболеваемости пневмониями, вызванными пневмококками – на 13 % (в 2024 году – 13,12 на 100 тыс. населения, в 2025 году – 14,83 на 100 тыс. населения), что может быть связано с улучшением качества лабораторной диагностики и внедрением в ряде лабораторий тест-систем для определения пневмококков методом ПЦР.

В Российской Федерации в целях профилактики заболеваний, вызванных пневмококками, в том числе пневмококковой пневмонии, проводится профилактическая иммунизация населения. Охват населения прививками против данной инфекции увеличивается с каждым годом. Охват своевременной иммунизации детей против пневмококковой инфекции в 2025 году в возрасте 12 месяцев составил 96,55 % (2024 год – 95,94 %), а в возрасте 24 месяцев достиг 94,25 % (2024 год – 93,66 %).

В 2025 году зафиксировано 52 очага групповой заболеваемости ВП в 10 субъектах Российской Федерации, что ниже в 4,9 раза уровня 2024 года (254 групповых очага в 39 субъектах Российской Федерации).

В этиологическую структуру вспышек пневмонии наибольший вклад внесла *Mycoplasma pneumoniae*, идентифицированная как этиологический фактор ВП в 26 вспышках (50 %), в 4 вспышках ВП была вызвана *Streptococcus pneumoniae*, в 1 случае возбудителем был метапневмовирус, а также выявлен 21 случай группового заболевания ВП смешанной этиологии (40,4 %).

Одно из лидирующих мест по величине экономического ущерба в 2025 году по-прежнему занимала **ветряная оспа**. Показатель заболеваемости ветряной оспой за последние 2 года вернулся к допандемийным значениям и замедлил темп роста. В 2025 году зарегистрировано более 842 тыс. случаев ветряной оспы, показатель заболеваемости (576,83 на 100 тыс. населения) соответствовал СМУ (554,93 на 100 тыс. населения; +3,9 %) и уровню 2024 года (567,38 на 100 тыс. населения; + 1,7 %) (рис. 1.195).

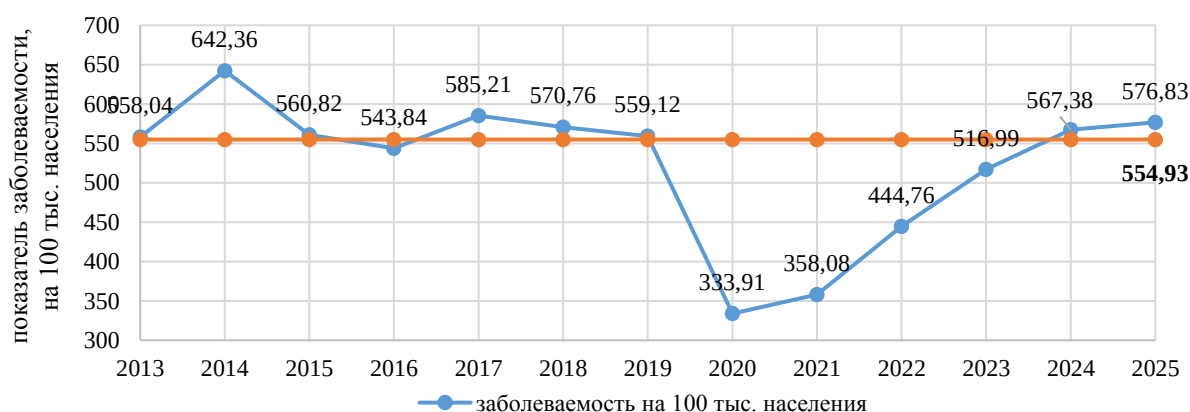


Рис. 1.195. Динамика заболеваемости ветряной оспой в Российской Федерации в 2013–2025 гг. (на 100 тыс. населения)

Показатели заболеваемости ветряной оспой детского населения в десятки раз превышают уровни заболеваемости среди взрослых (заболеваемость детского населения в 2025 году – 2660,03 на 100 тыс. детского населения), что составляет 94 % от всей заболеваемости, при этом большинство случаев заболевания (49,7 %) зарегистрировано среди детей в возрасте 3–6 лет.

Ветряная оспа регистрировалась на территории всех субъектов Российской Федерации, в том числе в 49 из них показатели заболеваемости превысили средний уровень по стране. Наиболее высокие показатели отмечены в субъектах Российской Федерации, перечисленных в табл. 1.60.

Таблица 1.60

**Субъекты Российской Федерации с максимальными показателями
заболеваемости ветряной оспой в 2025 году**

№ п/п	Субъекты Российской Федерации	Показатель заболеваемости (на 100 тыс. населения)	СМУ (2013–2019, 2022–2024 гг.)	Рост /снижение относительно СМУ (% , раз)
1	2	3	4	5
	Российская Федерация	576,83	554,93	↑3,95 %
1	Республика Карелия	1283,27	861,73	↑48,92 раза
2	Республика Калмыкия	1044,24	825,9	↑26,44 раза

Продолжение табл. 1.60

1	2	3	4	5
3	Республика Саха (Якутия)	1031,36	700,77	↑47,18 %
4	Чувашская Республика	974,63	763,25	↑27,69 %
5	Ивановская область	946,80	645,57	↑46,66 %
6	Ульяновская область	887,21	695,77	↑27,51 %
7	Курганская область	878,95	781,39	↑12,49 %
8	Орловская область	876,50	428,73	↑2,04 раза
9	Воронежская область	874,56	507,96	↑1,72 раза
10	Республика Коми	848,69	1035,3	↑18,03 %

Групповые очаги ветряной оспы в организованных коллективах обусловлены высокой контагиозностью возбудителя.

В 2025 году зарегистрировано 4609 групповых очагов ветряной оспы (в 2024 г. – 4497) с общим числом пострадавших 63 539 человек (индекс очаговости – в среднем 13,8 случая на 1 очаг; в 2024 г. – 12,7), из них 3261 вспышка – в дошкольных образовательных организациях, 1330 вспышек – в общеобразовательных организациях, 1 – в организации высшего профессионального образования.

Учитывая напряженную эпидемическую ситуацию по ветряной оспе и высокую медико-социальную значимость данного заболевания в региональные календари профилактических прививок субъектов Российской Федерации активно внедряются прививки против ветряной оспы. В 2025 году вакцинировано более 221 тыс. человек (на уровне предыдущего 2024 г.), из них более 176 тыс. прививок проведено детям.

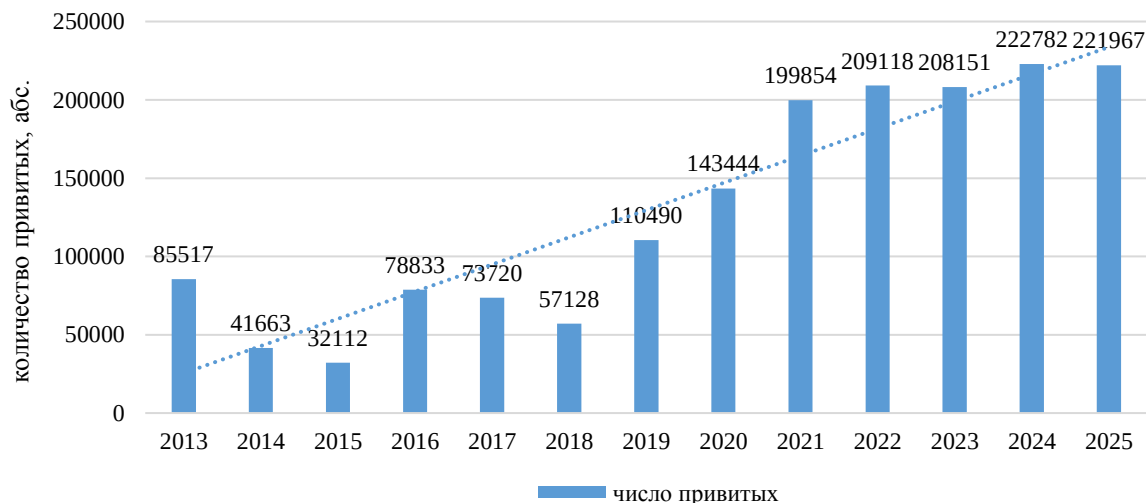


Рис. 1.196. Динамика объемов профилактической иммунизации против ветряной оспы в Российской Федерации в 2013–2025 гг. (абс.)

В соответствии со Стратегией развития иммунопрофилактики инфекционных болезней на период до 2035 года, утвержденной Правительством Российской Федерации запланировано внедрение вакцинации против ветряной оспы в национальный календарь профилактических прививок. В то же время отсутствие отечественной вакцины для профилактики ветряной оспы может стать препятствием для достижения в ближайшие годы целевого показателя охвата иммунизацией (не менее 90 %), который необходим для стабильного улучшения эпидемиологической ситуации в отношении этой инфекции.

Статистическое наблюдение за опоясывающим лишаем (рецидивирующей формой *Varicella-Zoster*-вирусной инфекции) в России осуществляется с 2019 года. С 2022 г. наблюдается тенденция к росту заболеваемости.

В 2025 году зарегистрировано более 26 тыс. случаев заболевания, показатель заболеваемости составил 17,99 на 100 тыс. населения, что на 7,6 % выше уровня 2024 года (16,72 на 100 тыс. населения) (рис. 1.197).

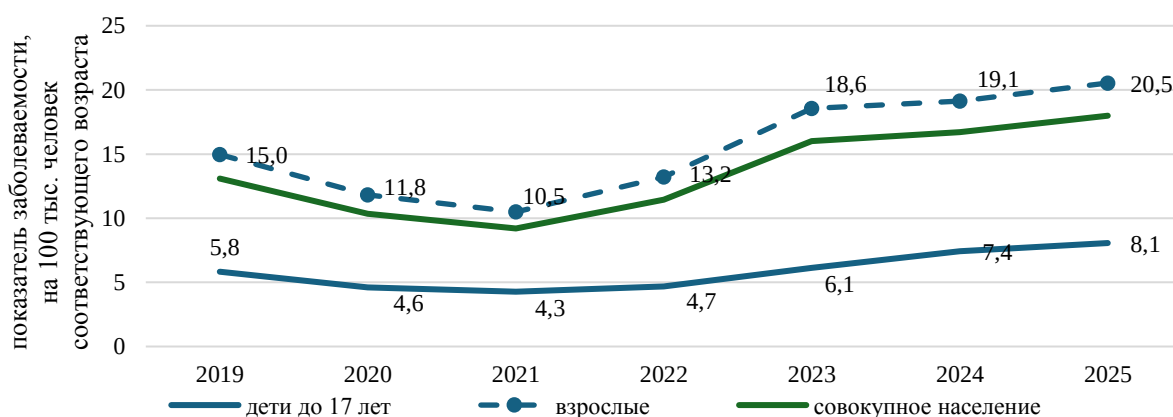


Рис. 1.197. Заболеваемость опоясывающим лишаем взрослого и детского населения Российской Федерации, 2019–2025 гг. (на 100 тыс. населения)

В возрастной структуре больных опоясывающим лишаем 91 % составили взрослые (более 23,5 тыс. случаев), 9 % – дети (2,4 тыс. случаев). Показатели заболеваемости взрослых в 2,5 раза превышали заболеваемость детского населения (рис. 1.196). Темпы роста заболеваемости опоясывающим лишаем детей до 17 лет и взрослых в 2025 году были практически одинаковыми – 8,7 % и 7,5 % соответственно. Вместе с тем, обращают внимание высокие ежегодные темпы роста показателей заболеваемости рецидивирующей формой инфекции среди детей до 1 года: в 2024 г. рост заболеваемости составил 63 % по сравнению с 2023 г., в 2025 г. – на 27 % по сравнению с 2024 г. Это свидетельствует о сохранении риска возникновения врожденных форм *Varicella-Zoster*-инфекции на фоне роста показателей заболеваемости ветряной оспой взрослых.

Опоясывающий лишай регистрировался во всех субъектах Российской Федерации за исключением республик Ингушетия и Тыва. В Республике Тыва опоясывающий лишай не регистрируется с 2019 г. (с момента внедрения его учета в форме федерального статистического наблюдения).

В 33 субъектах Российской Федерации показатели заболеваемости превысили средний уровень по стране. Наиболее высокие показатели отмечены в субъектах Российской Федерации, приведенных в табл. 1.61.

Таблица 1.61

Субъекты Российской Федерации с максимальными показателями заболеваемости опоясывающим лишаем в 2025 году

№ п/п	Субъекты Российской Федерации	Показатель заболеваемости (на 100 тыс. населения)
1	2	3
Российская Федерация		17,99
1	Сахалинская область	67,53
2	г. Севастополь	60,91
3	Курская область	59,70
4	Республика Карелия	56,96

Продолжение табл. 1.61

1	2	3
5	Рязанская область	48,59
6	г. Санкт-Петербург	44,90
7	Иркутская область	44,36
8	Красноярский край	37,23
9	Челябинская область	36,69
10	Липецкая область	35,69

Бремя опоясывающего лишая в разных регионах может различаться в зависимости от демографических показателей, уровня пораженности населения ВИЧ-инфекцией и других факторов.

В Российской Федерации в 2023–2025 годах наблюдался очередной циклический подъем заболеваемости **корью**, который регистрируется каждые 4–6 лет. При этом прерывание циркуляции вируса кори в 2020–2022 годах и накопление когорты восприимчивых лиц в период пандемии новой коронавирусной инфекции (COVID-19) существенно повлияло на рост заболеваемости. Пик заболеваемости пришелся на 2024 год, когда в стране было зарегистрировано более 22,4 тыс. случаев, 2025 год стал первым годом спада заболеваемости.

На территории Российской Федерации в 2025 году зарегистрировано 6627 случаев кори, показатель заболеваемости составил 4,53 на 100 тыс. населения, что в 2,1 раза выше СМУ (2,2 на 100 тыс. населения), но в 3,4 раза ниже по сравнению с уровнем заболеваемости прошлого года (2024 г. – 15,35 на 100 тыс. населения) (рис. 1.198).

Во внутригодовой динамике максимальная заболеваемость коревой инфекцией зарегистрирована в июне 2025 года (1719 лабораторно подтвержденных случаев, показатель заболеваемости – 1,17 на 100 тыс. населения). Благодаря продолжению в 2025 году кампании по подчищающей иммунизации лиц, не привитых против кори и лиц с неизвестным прививочным анамнезом, а также оперативно проводимой вакцинации в очагах инфекции, с июля 2025 года отмечено кратное снижение заболеваемости – в 16 раз до 107 случаев в декабре 2025 года (0,07 на 100 тыс. населения).

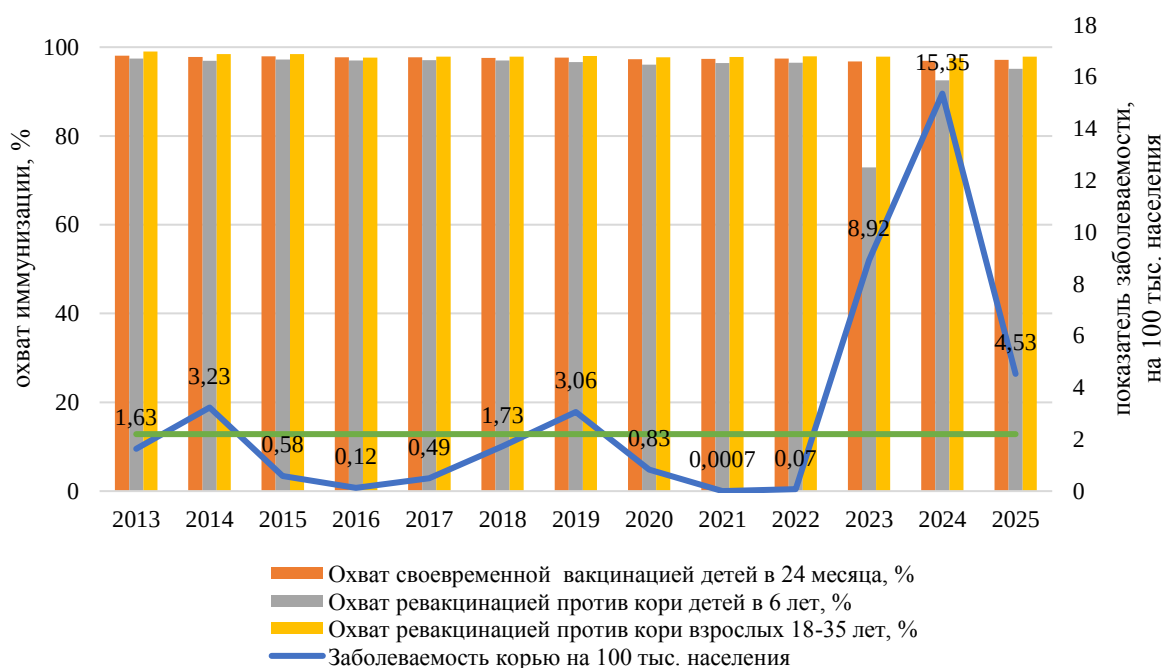


Рис. 1.198. Динамика заболеваемости корью (на 100 тыс. населения) и охваты иммунизацией против кори населения Российской Федерации, 2013–2025 гг., %

В 2025 году случаи кори регистрировались в 78 субъектах Российской Федерации. Наибольшее число случаев заболеваний зарегистрировано в г. Москве – 2810 (21,27 на 100 тыс. населения), что составляет 42 % от общей заболеваемости по стране, а также в Республике Дагестан – 1134 случая (34,93 на 100 тыс. населения) и Московской области – 902 случая кори (10,35 на 100 тыс. населения) (табл. 1.62).

Таблица 1.62

**Субъекты Российской Федерации с наибольшей заболеваемостью
корью в 2025 году**

№ п/п	Субъекты Российской Федерации	Случаи кори (абс.)	Показатель заболеваемости (на 100 тыс. населения)	СМУ (2013–2019, 2022–2024 гг.)	Рост / снижение относительно СМУ
	Российская Федерация	6627	4,53	2,2	↑2,06 раза
1	Республика Дагестан	1134	34,93	15,55	↑2,25 раза
2	г. Москва	2810	21,27	5,47	↑3,89 раза
3	Томская область	135	12,96	0,48	↑27,0 раза
4	Кабардино-Балкарская Республика	104	11,47	1,82	↑6,30 раза
5	Московская область	902	10,35	3,26	↑3,18 раза
6	Ивановская область	72	7,98	0,86	↑9,28 раза
7	Республика Северная Осетия – Алания	42	6,19	4,64	↑1,33 раза
8	Республика Ингушетия	23	4,33	2,98	↑1,45 раза
9	Амурская область	29	3,86	0,52	↑7,42 раза

В 2025 году удельный вес детей среди заболевших корью снизился на 9 % и составил 54,2 % (2024 г. – 63,1). Наибольшие показатели заболеваемости среди детей отмечались в возрастной группе до 1 года (47,40 на 100 тыс. населения), но это значимо меньше чем в 2024 году (в 3,5 раза; 166,19 на 100 тыс. населения).

Эпидемический процесс кори поддерживался за счет не привитых лиц и лиц с неизвестным прививочным анамнезом, на долю которых приходилось 90,8 % заболевших. Однократно и двукратно привитые участвовали в эпидемическом процессе всего лишь в 2,8 % и 6,4 % случаях соответственно, что подтверждает эффективность вакцинопрофилактики.

Охват своевременной иммунизацией детей в возрасте 24 месяца против кори в целом по стране в 2025 году составил 97,14 %. Во всех субъектах страны, кроме Ненецкого автономного округа и Алтайского края, достигнут регламентируемый показатель (не менее 95 %). Охват второй дозой вакцины против кори детей в возрасте 6 лет по стране составил 95,15 %. Не достигнут регламентируемый уровень (95 %) в 10 субъектах Российской Федерации, при этом охват вакцинацией менее 70 % зарегистрирован в 1 субъекте (Оренбургская область), менее 80 % – в 1 субъекте (Челябинской области), менее 90 % – в 4 субъектах (Ставропольском и Алтайском краях, Курской и Саратовской областях) и более 90 %, но менее 95 % отмечен в 4 субъектах страны (республиках Карелия, Хакасия, Красноярском крае, Ненецком автономном округе).

Все территории страны поддерживают охват прививками против кори взрослого населения 18–35 лет на регламентируемом уровне и в целом по Российской Федерации этот показатель составил 98,98 %, а охват второй дозой вакцины – 97,85 %.

Укреплению иммунной прослойки взрослого населения к кори способствовало продолжение в 2025 году кампании по подчищающей иммунизации. По итогам года привито около 1,3 млн человек (95,5 % от численности подлежащих), в том числе около 186 тыс. детей (88,2 %), более 174 тыс. взрослых (81,1 %) и 913 тыс. мигрантов (100 %). Подчищающая иммунизация продолжается.

Активный надзор за корью проводился повсеместно, практически все субъекты Российской Федерации выполнили план обследования лиц с лихорадкой и пятнисто-папулезной сыпью из расчета 2 на 100 тыс. населения субъекта страны. Как и в 2024 году не проводили обследование в Республике Дагестан, поскольку из-за высокой заболеваемости корью лица с лихорадкой и температурой обследовались как подозрительные на это заболевание, и в Чукотском автономном округе. При обследовании лиц с лихорадкой и пятнисто-папулезной сыпью было выявлено 265 случаев кори, наибольшее число – в Московской области (81 случай) и г. Москве (80 случаев). Всего за год в рамках активного надзора за корью было обследовано 3288 пациентов.

По данным Национального научно-методического центра по надзору за корью и краснухой (ФБУН «Московский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского» Роспотребнадзора) (далее – ННМИЦ) в 2025 году зарегистрировано 257 импортированных случаев кори из 37 стран, из них наибольшее число из Таджикистана (88), Республики Узбекистан (29), Кыргызской Республики (24), Турции (23), ОАЭ (20), Вьетнама (14); по 7 случаев из Египта и Армении; по 3 случая из Австралии, Грузии, Мальдивских островов, Таиланд, Беларуси, Китая; по 2 случая из Венгрии, Кипра, Монголии, Саудовской Аравии, Казахстана; по одному случаю из – Марокко, Бенина, Доминики, Пакистана, Сербии, Черногории, Азербайджана, Объединенной республики Танзания, Туниса, Японии, Ирана (Исламская республика), КНДР, Италии, Индонезии, Туркменистана, Бангладеша, США.

По результатам молекулярно-генетического мониторинга, проводимого ННМИЦ, в Российской Федерации в 2025 году произошла смена лидирующего генотипа кори с D8 на B3. Преимущественно в нашей стране циркулировали линии B3 8736 Blagoveshchensk и B3 6418 Quetta.

Учитывая продолжающиеся вспышки кори в ближнем зарубежье, в Российской Федерации основное внимание направлено на поддержание настороженности медицинского сообщества в отношении данной инфекции, сохранение высоких показателей плановой иммунизации населения против кори, активное выявление и иммунизация лиц, не привитых против этой инфекции, в том числе среди иностранных граждан, а также постоянную информационную работу с населением о важности вакцинопрофилактики.

В Российской Федерации ежегодно регистрируются единичные случаи заболевания **краснухой**, обусловленные, в том числе завозом этой инфекции из неблагополучных по данной инфекции стран (с 2017 года Россия имеет статус территории, свободной от эндемичной краснухи).

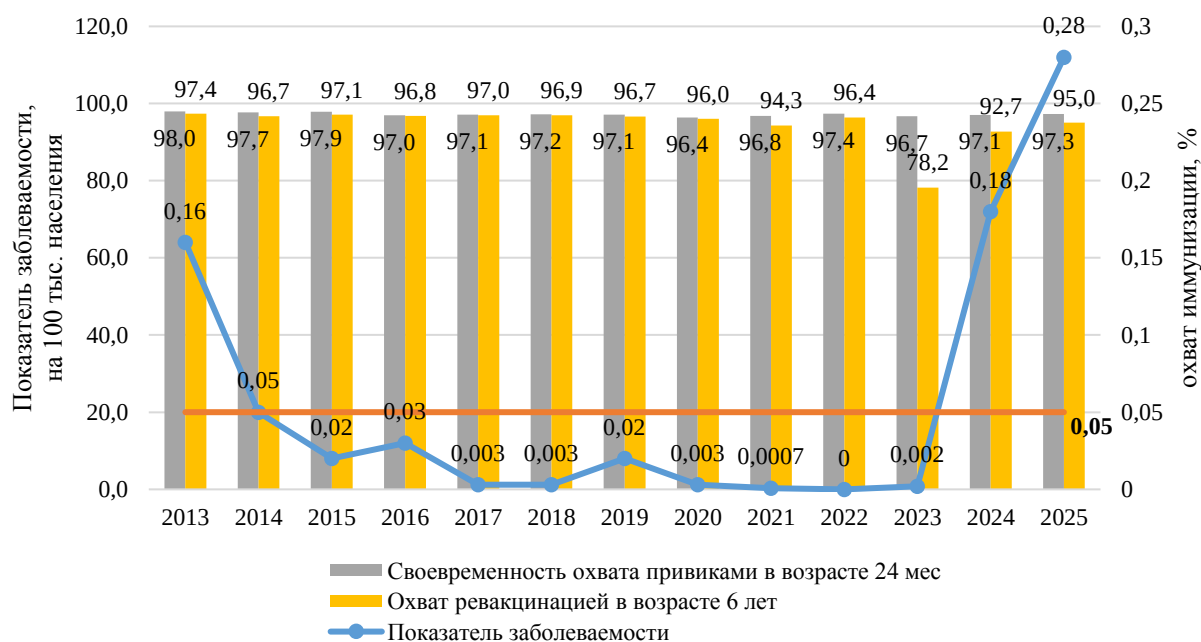


Рис. 1.199. Динамика заболеваемости краснухой и охваты иммунизацией против краснухи населения Российской Федерации, 2013–2025 гг, на 100 тыс. населения

В 2024–2025 годах отмечено увеличение числа зарегистрированных случаев краснухи. При этом, в 2025 году более 50 % случаев пришлось на 3 региона: г. Москва – 99 заболевших (24 %), Республика Дагестан – 74 случая (18 %), Московская область – 48 случаев (12 %).

Доля взрослого населения среди заболевших по итогам 2025 года составила 69,4 % от всех случаев краснухи, что выше показателя прошлого года на 3,4 % (2024 г. – 67,1 %). Среди детского населения в основном болеют дети в возрасте 3–6 (30 случаев) и 1–2 лет (23 случая) – 7,4 % и 5,6 % от всех случаев краснухи соответственно, а также дети школьного возраста 7–14 лет – 13 % (53 случая). Среди детей до 1 года зарегистрировано 3 случая заболевания (0,7 %). Среди взрослых в основном болеют лица молодого возраста 20–29 и 30–39 лет, что составляет 29,9 % (122 случая) и 26,2 % (107 случаев), а также люди старше 40 лет – 8,8 % (36 случаев).

В 2025 году эпидемический процесс краснухи поддерживалась за счет непривитых и не имеющих данных о прививках людей, на долю которых пришлось порядка 90 %. В общей структуре заболевших 247 человек не были привиты против краснухи (60,5 %), среди привитых 11 человек имели сведения о вакцинации (2,7 %), 30 человек – были ревакцинированы (7,4 %). На долю лиц с неизвестным прививочным анамнезом пришлось 29,4 % (120 случаев). Краснуха у беременных женщин (9 случаев) привела к СВК у новорожденных. 2025 год стал первым годом регистрации случаев синдрома врожденной краснухи (СВК) за последнее десятилетие, что является индикатором активизации эпидемического процесса среди взрослых. Выявлено шесть случаев СВК на территориях г. Москвы (4), Московской обл. (1), г. Санкт-Петербург (1). Показатель на 1000 рожденных живых детей составил 0,005. Все заболевшие женщины были не привиты против краснухи.

Показатель охвата своевременной иммунизацией детей в 2025 г. в возрасте 24 месяца против краснухи в целом по стране составил 97,26 %. Не достигли регламентируемого уровня (не менее 95 %) 3 субъекта – Алтайский край, Курская область, Ненецкий автономный округ. Вторую прививку против краснухи в 6 лет получило 95,03 % детей этого возраста, что превышает показатель прошлого года на 2,5 % (2024 г. – 92,73 %). Не достигнут регламентированный уровень охвата ревакцинацией в 10 субъектах страны. Охват прививками против краснухи девушек в возрасте 18–35 лет вырос с 81,30 % в 2024 году до 84,24 % в 2025 году.

В целях стабилизации эпидемиологической ситуации по заболеваемости краснухой в 2025 году издано Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 26.08.2025 № 16 «О проведении дополнительных мероприятий по профилактике краснухи на территории Российской Федерации» (зарегистрировано Минюстом России 28.08.2025, регистрационный № 83377), которым предусмотрено проведение подчищающей иммунизации населения против краснухи (женщины фертильного возраста и дети), а также введен алгоритм иммунизации в очагах краснухи.

В целях укрепления иммунной прослойки населения к краснухе с октября 2025 года начата кампания по подчищающей иммунизации, по итогам года привито более 121 тыс. человек (61,8 % от численности подлежащих), в том числе среди детей вакцинировано более 43 тыс. и ревакцинировано более 38 тыс.; женщин фертильного возраста – более 20 тыс. и 19 тыс. соответственно. Работа продолжается.

Все исследованные ННМИЦ в 2025 году вирусы краснухи принадлежали генотипу 2В, который с 2016 года характеризуется глобальным распространением.

Вспышки краснухи в зарубежных странах, в том числе в странах ближнего зарубежья, создают риски импортирования данной инфекции и последующий рост заболеваемости среди непривитого против краснухи населения.

В целях раннего выявления заболевания краснухой и своевременного проведения мероприятий в очагах инфекции необходимо поддерживать настороженность специалистов здравоохранения в отношении краснухи, продолжать информационную работу с населением по вопросам вакцинопрофилактики. При поддержании высокого уровня популяционного иммунитета к краснухе фаза элиминации краснухи на территории страны будет сохраняться в последующие годы.

По итогам 2025 года в Российской Федерации зарегистрировано 1673 случая **эпидемического паротита**, показатель заболеваемости составил 1,14 на 100 тыс. населения, что превышает СМУ на 19,3 % (0,96 на 100 тыс. населения), но при этом наблюдается значимое снижение темпов прироста и показателя заболеваемости по сравнению с предыдущим годом на 40,4 % (2024 г. – 1,92 на 100 тыс. населения).

В возрастной структуре заболевших 66,3 % составили дети до 17 лет включительно, что выше значений прошлого года на 12,7 % (в 2024 г. дети составили 58,9 % от всех заболевших) (рис. 1.200).

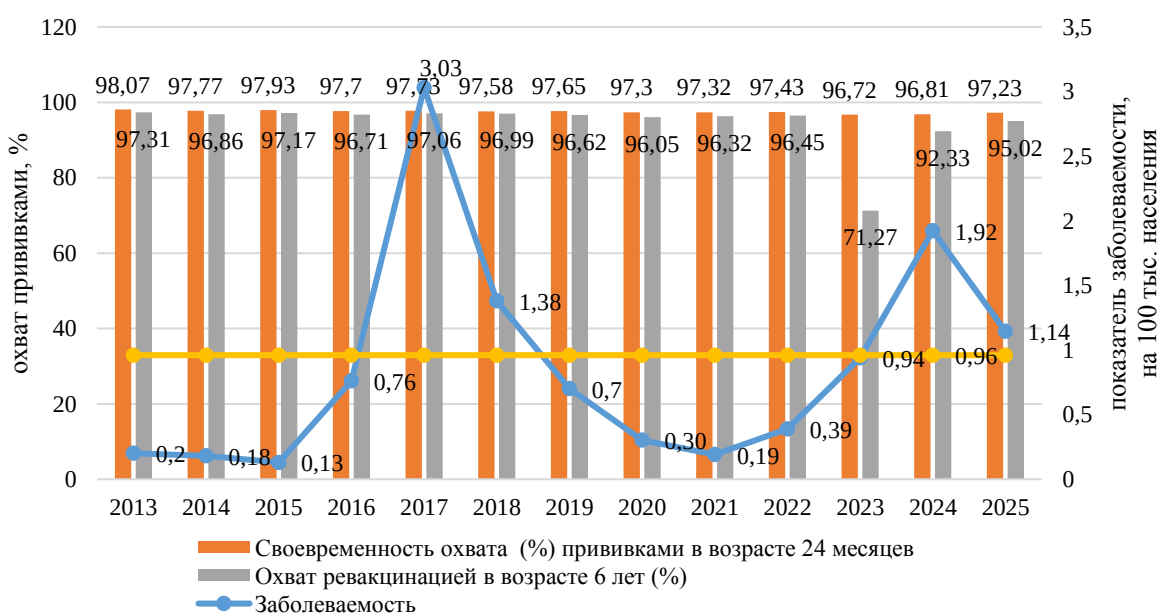


Рис. 1.200. Динамика заболеваемости эпидемическим паротитом и охваты иммунизацией против эпидемического паротита населения Российской Федерации, 2013–2025 гг., на 100 тыс. населения

Как и в прошлые годы, заболеваемость характеризовалась неравномерным распределением по территории страны, количество субъектов, где регистрировались случаи заболевания эпидемическим паротитом незначительно увеличилось – до 44 (против 42 в 2024 г.). Большинство случаев эпидемического паротита (66 %), как и в 2023–2024 годах, было выявлено в Северо-Кавказском федеральном округе, основная часть которых приходилось на Республику Дагестан (1012 случаев, 31,18 на 100 тыс. населения, 60 % от всех случаев в стране). Наиболее высокая заболеваемость эпидемическим паротитом отмечена в субъектах, перечисленных в табл. 1.63.

Таблица 1.63

**Субъекты Российской Федерации с наибольшей заболеваемостью
эпидемическим паротитом в 2025 году**

№ п/п	Субъекты Российской Федерации	Случаи эпидемического паротита (абс.)	Показатель заболеваемости (на 100 тыс. населения)	СМУ (2013–2019, 2022–2024 гг.)	Рост / снижение относительно СМУ
	Российская Федерация	1673	1,14	0,96	↑19,35 %
1	Республика Дагестан	1012	31,18	28,11	↑10,91 %
2	Курская область	114	10,80	0	↑100 %
3	Кемеровская область	77	3,03	0,16	↑18,97 раза
4	г. Москва	57	0,43	0,71	↓39,24 %
5	Рязанская область	46	4,27	0,15	↑28,44 раза
6	Краснодарский край	45	0,77	0,18	↑4,28 раза
7	Ставропольский край	32	1,11	0,56	↑1,98 раза
8	Тульская область	26	1,78	0,01	↑177,60 %
9	Астраханская область	24	2,54	2,48	↑2,24 %

Как и в предыдущие годы болели эпидемическим паротитом лица не привитые против этой инфекции и с неизвестным прививочным анамнезом, на долю которых приходилось 83,56 % заболевших. Однократно привитые болели в 6 % случаев, двукратно привитые – в 10,5 %.

Охват своевременной иммунизацией детей в возрасте 24 месяцев против эпидемического паротита в целом по Российской Федерации поддерживается на регламентированном уровне и в 2025 году составил 97,23 %. Не достигнут данный показатель в 3 субъектах: в Алтайском крае, Курской области и Ненецком автономном округе. Ревакцинацию против эпидемического паротита в 6 лет получили 95,02 % детей, что выше показателя 2024 года (92,33 %), при этом в 10 субъектах страны этот показатель не достиг 95 %.

Согласно данным ННМИЦ в 2025 году, как и в предыдущие годы, в Российской Федерации преимущественно циркулирует генотип G, который широко распространен в большинстве стран мира.

С учетом результатов анализа работы по плановой иммунизации населения Роспотребнадзором проведен ряд семинаров для специалистов медицинских организаций и территориальных органов Роспотребнадзора по планированию профилактических прививок, включая иммунизацию против кори, краснухи и эпидемического паротита.

В течение 2025 года Роспотребнадзором проводились мероприятия, направленные на поддержание необходимого уровня популяционного иммунитета к инфекциям, включенным в национальный календарь профилактических прививок (НКПП), в том числе коревой, краснушной инфекциям и эпидемическому паротиту, включая: контроль за работой медицинских организаций по планированию, организации

и проведению иммунизации населения, контроль за обеспеченностью субъектов Российской Федерации ИЛП для НКПП, проведение информационной и разъяснительной работы с населением в целях повышения грамотности в отношении вакцинопрофилактики.

При регистрации случаев инфекций в очагах проведен полный комплекс противоэпидемических мероприятий, направленный на снижение рисков распространения инфекций, что позволило сдерживать рост заболеваемости корью, краснухой, эпидемическим паротитом и не допустить широкого распространения инфекций.

В 2025 году отмечается значительное снижение заболеваемости коклюшем: зарегистрировано 7288 случаев **коклюша**, показатель заболеваемости составил 4,99 на 100 тысяч населения, что в 4,5 раз ниже уровня заболеваемости 2024 года (22,24 на 100 тыс. населения) и в 2 раза меньше показателя СМУ (9,74 на 100 тыс. населения) (рис. 1.201).

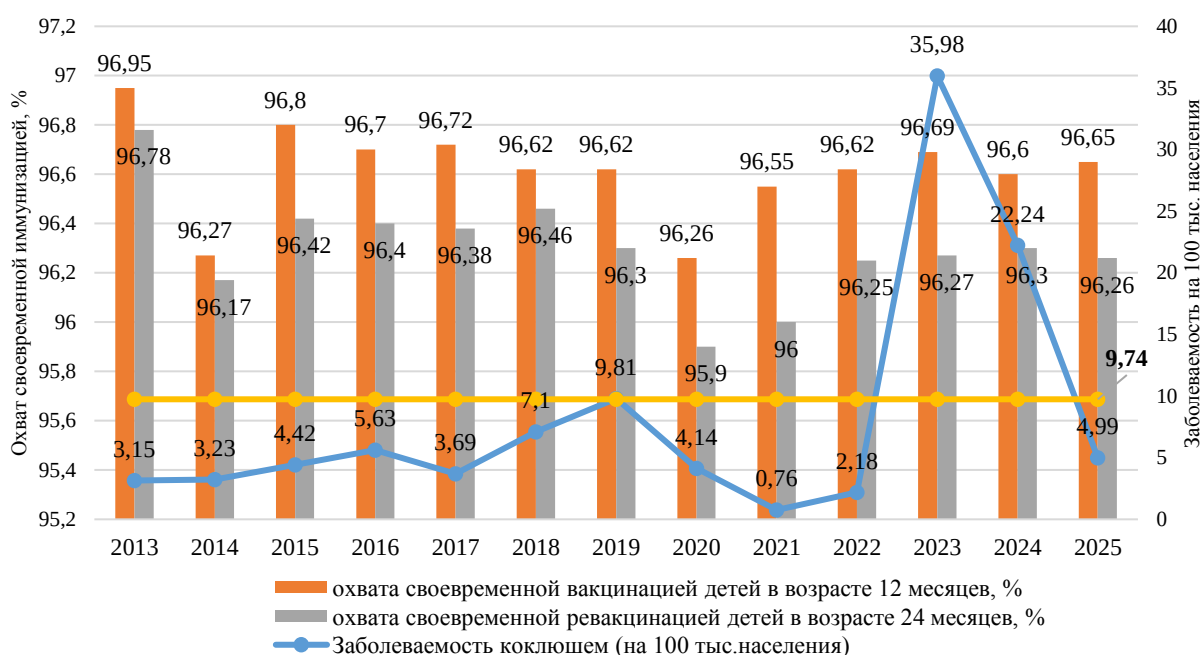


Рис. 1.201. Динамика заболеваемости коклюшем и охваты своевременной иммунизацией против коклюша населения в Российской Федерации в 2013–2025 гг. (на 100 тыс. населения)

Случаи коклюша регистрировалась во всех субъектах страны, кроме республик Тыва, Алтай, Еврейской автономной области, Ненецкого и Чукотского автономных округов. В 20 субъектах показатель заболеваемости превышал среднероссийский. Субъекты Российской Федерации с наибольшей заболеваемостью коклюшем в 2025 году представлены в табл. 1.64.

Таблица 1.64

Субъекты Российской Федерации с наибольшей заболеваемостью коклюшем в 2025 году

№ п/п	Субъекты Российской Федерации	Показатель заболеваемости (на 100 тыс. населения)	СМУ (2013–2019, 2022–2024 гг.)	Рост /снижение относительно СМУ
1	2	3	4	5
	Российская Федерация	4,99	9,74	↓48,80 %
1	Камчатский край	16,98	4,21	↑4,03 раза

Продолжение табл. 1.64

1	2	3	4	5
2	Мурманская область	15,45	8,78	↑1,76 раза
3	г. Москва	14,62	18,68	↓21,76 %
4	Республика Дагестан	13,15	5,79	↑2,27 раза
5	г. Санкт-Петербург	12,94	22,02	↓41,23 %
6	Республика Калмыкия	10,85	2,24	↑4,85 раза
7	Республика Карелия	10,55	12,32	↓14,38 %
8	Тверская область	8,87	9,79	↓9,41 %
9	Пермский край	8,72	5,75	↑51,60 %
10	Ямало-Ненецкий автономный округ	8,66	11,85	↓26,91 %

В структуре форм клинического течения коклюша регистрируются преимущественно легкие формы – 53,9 %, что практически в два раза больше, чем в год предыдущего циклического подъема (2019 г. – 29,5 %) и обусловлено улучшением лабораторной диагностики коклюшной инфекции за счет широкого внедрения метода ПЦР, позволяющего активно выявлять легкие и стертые формы инфекции. Доля среднетяжелых, тяжелых и атипичных форм клинического течения составила в 2025 году 45,2 %, 0,5 % и 0,6 %. соответственно.

В структуре заболевших коклюшем более 10 лет, в целом по стране, около 80 % заболевших приходится на детей в возрасте до 14 лет. Анализ возрастной заболеваемости коклюшем в 2025 году показал сохранение данных тенденций: удельный вес детей в возрасте до 14 лет среди всех заболевших составили 79 %, подростки от 15 до 17 лет – 4,3 %, взрослые – 16,7 %. В интенсивных показателях наибольшая заболеваемость коклюшем регистрировалась среди детей в возрасте до 1 года – 53,51 на 100 тыс. детей данного возраста. На протяжении более 10 лет заболеваемость детей в возрасте до 1 года значительно превышала заболеваемость в других возрастных группах. В 2025 году показатель заболеваемости коклюшем в этой когорте снизился в сравнении с прошлым годом в 5,7 раз (в 2024 г. – 304,21 на 100 тысяч детей данного возраста).

В других возрастных группах показатели заболеваемости составили: дети в возрасте 1–2 года – 26,82 на 100 тыс. данного возраста, 3–6 лет – 31,67 на 100 тыс. данного возраста, 7–14 лет – 16,48 на 100 тыс. данного возраста, 15–17 лет – 6,33 на 100 тыс. данного возраста. Заболеваемость взрослых составила 1,05 на 100 тыс. данного возраста.

Охват населения прививками против коклюша в декретированных возрастах за последние 10 лет превышал рекомендуемые 95 %.

По итогам 2025 года в целом по Российской Федерации своевременно вакцинированы против коклюша в возрасте 12 месяцев 96,65 % детей, своевременно ревакцинированы в возрасте 24 месяцев – 96,26 %, что сопоставимо с данными 2024 года. Регламентированный показатель своевременности охвата вакцинацией детей в возрасте 12 месяцев не был достигнут в 3 субъектах страны: Республике Карелия – 93,98 %, Красноярском крае – 92,70 %, Ненецком автономном округе – 92,29 %. Регламентированный показатель своевременности охвата ревакцинацией детей в возрасте 24 месяца не достигнут в 5 субъектах страны: Республике Карелия – 90,06 %, Алтайском крае – 94,51 %, Красноярском крае – 94,44 %, Ненецком автономном округе – 94,21 %, Ханты-Мансийском автономном округе – 94,29 %.

Основной задачей профилактики коклюша в Российской Федерации остается обеспечение максимального охвата своевременной плановой иммунизацией детей

первого года жизни – основной группы риска летальных исходов от этого заболевания, а также своевременное проведение противоэпидемических мероприятий в очагах коклюшной инфекции (максимальное разобщение в организованных коллективах детей и взрослых, находившихся в тесном контакте с заболевшим коклюшем; допуск детей с длительным кашлем после проведения лабораторного бактериологического и (или) молекулярно-генетического обследования на коклюш).

Заболееваемость **дифтерией и носительство токсигенных коринебактерий** в Российской Федерации на протяжении более чем 10 лет находится на стабильно низком уровне. В 2025 году не зарегистрировано случаев заболевания **дифтерией** и случаев бактерионосительства токсигенных штаммов, как и в предшествующем, 2024 году.

Многолетняя заболеваемость дифтерией на уровне единичных случаев в Российской Федерации обеспечена высоким охватом декретированных возрастных групп иммунизацией против данной инфекции, который поддерживается на протяжении длительного периода. Кроме того, важную роль играет своевременность вакцинации и первой ревакцинации против дифтерии, формирующих грунт-иммунитет.

В 2025 году первый вакцинальный комплекс своевременно в возрасте 12 месяцев получили 96,74 % детей. Регламентируемое значение показателя охвата (95 %) не было достигнуто в 3 субъектах: Республике Карелия – 93,98 %, Красноярском крае – 92,71 %, Ненецком автономном округе – 92,29 %. Охват своевременной ревакцинацией против дифтерии детей в возрасте 24 месяцев в целом по стране составил 96,33 %, однако в 4 субъектах Российской Федерации не был достигнут регламентированный уровень: Республика Карелия – 90,11 %, Красноярский край – 94,46 %, Ненецкий автономный округ – 94,21 %, Ханты-Мансийский автономный округ – 94,49 %.

Основной задачей, направленной на профилактику дифтерии, является поддержание регламентированного уровня охвата иммунизацией населения страны – не менее 95 % в каждой индикаторной возрастной группе.

Заболееваемость инфекцией, вызванной гемофильной палочкой (*Haemophilus influenza*), в Российской Федерации в 2025 году превысила СМУ (0,22) в 19,3 раза, составив 4,25 на 100 тыс. населения (6213 случаев), что выше показателя прошлого года в 1,8 раза (2024 г. – 2,41 на 100 тыс. населения). Тенденцию к росту заболеваемости **гемофильной инфекцией** наметилась с 2022 года, что связано с повышением чувствительности эпиднадзора, улучшением этиологической расшифровки случаев внебольничных пневмоний, внедрением в практику медицинских организаций набора реагентов для ПЦР для диагностики гемофильной инфекции, разработанного ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора.

Наибольшие показатели заболеваемости, превышающие среднероссийские значения более, чем в 4 раза, в 2025 году были зарегистрированы, как и в прошлом году в Псковской (64,55 на 100 тысяч населения), Магаданской (24,63), Оренбургской (17,17) областях, Республике Алтай (17,11), Вологодской области (16,45), а также в Забайкальском крае (31,3), Ханты-Мансийском автономном округе (27,11), Ненецком автономном округе (21,4), Хабаровском крае (18,34).

Группой риска по заболеваемости гемофильной инфекцией остаются дети в возрасте 1–2 года. В 2025 году показатель заболеваемости в этой возрастной группе был 36,70 на 100 тыс. детей данного возраста. Заболеваемость детей в возрасте до 1 года и 3–6 лет составила 19,31 и 23,69 на 100 тысяч данного возраста соответственно. У школьников 7–14 лет, подростков 15–17 лет и взрослых старше 18 лет заболеваемость в 2025 году составила 5,5; 3,0 и 2,3 на 100 тыс. данного возраста соответственно.

Иммунизация против гемофильной инфекции всех детей в декретированных возрастных группах введена в Национальный календарь профилактических прививок с 2021 году. В 2025 году своевременный охват прививками детей в возрасте 12 месяцев в целом по стране превысил регламентированные значения и составил 96,38 %, однако целевой показатель охвата не был достигнут в 7 субъектах страны. Охват своевременной

ревакцинацией детей в возрасте 24 месяцев в стране достиг 94,84 %, вместе с тем в 25 субъектах Российской Федерации целевой показатель охвата не был достигнут и находится в пределах от 82 % до 94,5 %.

Основной задачей для снижения смертности и тяжелых форм этой инфекции, особенно у детей, является достижение своевременного охвата вакцинацией и ревакцинацией против этой инфекции не менее 95 % детей, подлежащих иммунизации во всех субъектах Российской Федерации.

С начала 2025 г. в стране отмечался очередной циклический подъем заболеваемости **генерализованными формами менингококковой инфекции (ГФМИ)** с пиком заболеваний в апреле 2025 г. (384 сл., 0,26 на 100 тыс. нас.).

По итогам 2025 года заболеваемость ГФМИ составила 1,26 на 100 тыс. населения и превысила показатель прошлого года в 2,7 раза (2024 год – 0,47 на 100 тыс. населения), а также СМУ в 2,5 раза (0,5 на 100 тыс. населения).

Заболеваемость детей от 0 до 14 лет за 2025 год (1,88 на 100 тыс. населения) на уровне среднемноголетнего уровня (1,83 на 100 тыс. детского населения; +2,0 %) и в динамике наблюдается тенденция снижения показателя заболеваемости ГФМИ среди детей данной возрастной группы.

Наиболее высокая заболеваемость ГФМИ в 2025 году отмечена в Центральном Федеральном округе (ЦФО) – 3,40 на 100 тыс. населения (СМУ 0,75 на 100 тыс. населения) и Северо-Западном федеральном округе (СЗФО) – 0,90 на 100 тыс. населения (СМУ – 0,52 на 100 тыс. населения). Показатель заболеваемости в 2025 году в других федеральных округах составил: в Дальневосточном федеральном округе (ДФО) – 0,51 на 100 тыс. населения, Уральском федеральном округе (УФО) – 0,46, Приволжском федеральном округе (ПФО) – 0,43, Южном федеральном округе (ЮФО) – 0,33, Сибирском федеральном округе (СФО) – 0,31 и Северо-Кавказском федеральном округе (СКФО) – 0,17.

Наиболее высокая заболеваемость детского населения в 2025 году зарегистрирована в ЦФО – 3,90 на 100 тыс. населения, ДФО – 1,76 на 100 тыс. населения, СЗФО – 1,64 на 100 тыс. населения.

В 2025 году показатель заболеваемости ГФМИ в 67 субъектах Российской Федерации (91 %) не превышал среднероссийский показатель (1,26 на 100 тыс. населения), в 7 (9 %) – регистрировалась на уровне от 1,34 до 7,94 на 100 тыс. населения.

Субъекты Российской Федерации с максимальными показателями заболеваемости ГФМИ в 2025 году представлены в табл. 1.65.

Таблица 1.65

**Субъекты Российской Федерации с максимальными показателями
заболеваемости ГФМИ в 2025 году**

№ п/п	Субъекты Российской Федерации	Показатель заболеваемости (на 100 тыс. населения)	СМУ (2013–2019, 2022–2024 гг.)	Рост /снижение относительно СМУ
1	2	3	4	5
	Российская Федерация	1,26	0,5	↑2,51 раза
1	г. Москва	7,94	1,37	↑5,80 раза
2	Московская область	2,44	0,47	↑5,20 раза
3	Камчатский край	1,73	0,22	↑7,88 раза
4	Калининградская область	1,45	0,61	↑2,38 раза
5	Орловская область	1,45	0,62	↑2,34 раза

Продолжение табл. 1.65

1	2	3	4	5
6	Республика Марий Эл	1,35	0,98	↑37,5 %
7	Вологодская область	1,34	0,49	↑2,74 раза
8	г. Санкт-Петербург	1,24	0,64	↑1,9 раза

В структуре заболевших ГФМИ в 2025 году порядка 36 % пришлось на трудовых мигрантов, прибывших из стран ближнего зарубежья и осуществляющих трудовую деятельность на территории Российской Федерации, у которых отсутствует иммунитет к штаммам менингококка серогруппы А, циркулирующим на территории Российской Федерации. Более 95 % иностранных граждан проживали скученно, в том числе в хостелах и общежитиях.

В субъектах с наибольшей заболеваемостью ГФМИ (г. Москва, Московская область и г. Санкт-Петербург) доля трудовых мигрантов в структуре заболевших составила от 44 до 50 %. У 80 % заболевших мигрантов выявлялся менингококк серогруппы А, циркулирующий на территории Российской Федерации.

По результатам исследований, проведенных референс-центром по мониторингу за бактериальными менингитами на базе ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора при сравнении серогрупповой характеристики штаммов менингококка за 2022–2024 годы отмечалось снижение частоты выявления штаммов серогруппы А и повышение частоты выявления штаммов серогруппы W. В 2025 году серогруппа А заняла выраженную лидирующую позицию, что определяло заболеваемость ГФМИ среди иностранных граждан, не имеющих иммунитета к этой серогруппе. При этом динамика числа положительных находок штаммов серогруппы W не имеет тенденции к снижению (рис. 1.202).

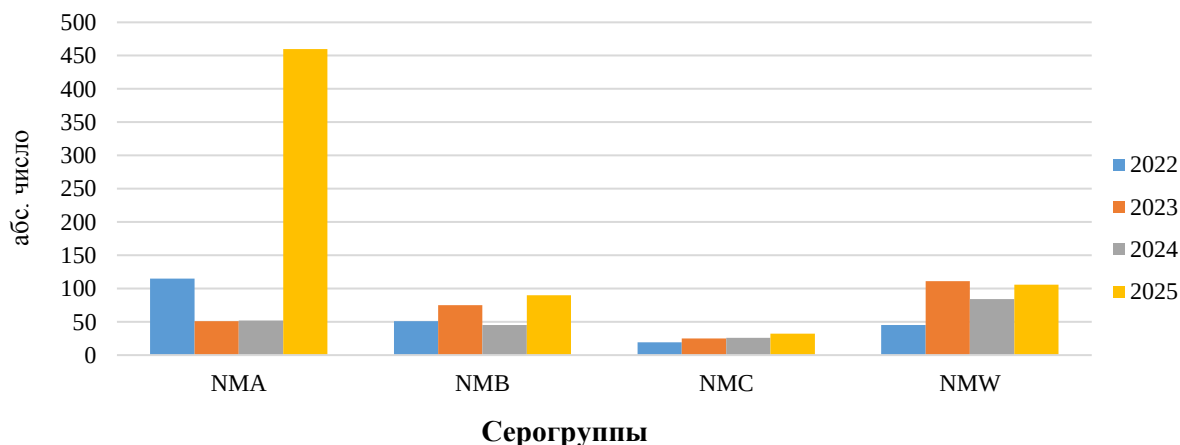


Рис. 1.202. Серогрупповая характеристика штаммов менингококка, выделенных от больных ГФМИ в 2022–2025 годах в Российской Федерации

Вакцинация против менингококковой инфекции проводится в соответствии с календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям (утвержден приказом Минздрава России от 06.12.2021 № 1122н) и осуществляется за счет финансовых средств субъектов Российской Федерации. Количество иммунизированных лиц против менингококковой инфекции увеличилось на 17,4 % (2025 г. – 608 706, 2024 г. – 518 562), при этом отмечено увеличение числа вакцинированных детей на 5,3 % (2025 г. – 324 200, 2024 г. – 307 841). Доля детей от общего числа, вакцинированных в 2025 году, составила 53 %.

В связи с осложнением эпидситуации по ГФМИ, в том числе среди трудовых мигрантов, в адрес руководителей высших органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации направлены рекомендации об организации иммунизации против менингококковой инфекции отдельных групп населения, в том числе иностранных граждан, а также о необходимости обеспечения лабораторий быстрыми тест-системами для лабораторной диагностики менингококковой инфекции с возможностью расшифровки возбудителя до серогруппы; усилен контроль за организацией и проведением противоэпидемических мероприятий в очагах ГФМИ, в том числе за иммунизацией контактных против менингококковой инфекции по эпидемическим показаниям и проведением химиопрофилактики.

Организована иммунизация трудовых мигрантов отечественными вакцинами (менингококковые группы А и групп А и С полисахаридные), позволившая снизить показатель заболеваемости в 6,5 раз относительно апрельского уровня (декабрь 2025 г. – 60 сл., 0,04 на 100 тыс. населения). Всего в 2025 г. привито 54 788 мигрантов, из них 79 % – в г. Москве (43 307 чел.).

В 2025 г. на базе ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора разработан новый быстрый тест для диагностики менингококковой инфекции на основе метода изотермической амплификации (LAMP) для выявления *Neisseria meningitidis*, который позволяет обнаружить возбудителя в кратчайшие сроки (время исследования – 40 минут), установить диагноз, своевременно начать лечение и организовать комплекс противоэпидемических мероприятий, в том числе иммунизацию по эпидпоказаниям.

Расширение тактики плановой вакцинопрофилактики среди контингентов риска в рамках региональных программ профилактических прививок является актуальной, учитывая регистрацию случаев заболеваний на большинстве территорий Российской Федерации, максимальные показатели заболеваемости среди детей. При регистрации очагов ГФМИ необходимо обеспечить охват иммунизацией против менингококковой инфекции контактных лиц в очагах не менее 95 %, в том числе трудовых мигрантов, прибывших из других стран, лиц, работающих в крупных распределительных центрах, строительных объектах.

Динамика заболеваемости **туберкулезом** за предшествующий девятнадцатилетний период демонстрирует устойчивую тенденцию к снижению. В 2025 году зарегистрировано 34 458 вновь выявленных случаев заболевания, что на 12,46 % меньше по сравнению с 2024 годом. Показатель заболеваемости составил 23,58 случаев на 100 тыс. населения, что в 1,9 раза ниже среднесного уровня (45,27) (рис. 1.203).

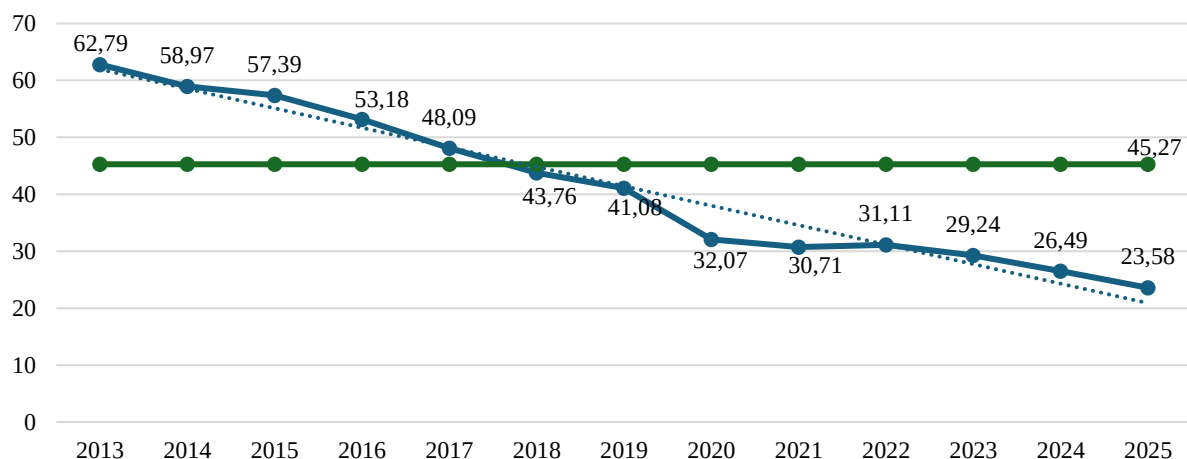


Рис. 1.203. Динамика заболеваемости туберкулёзом в Российской Федерации в 2013–2025 гг. (на 100 тыс. населения)

В 2025 году, по сравнению с предыдущим годом, во всех федеральных округах Российской Федерации отмечается снижение показателей заболеваемости активным туберкулезом. Наиболее высокая заболеваемость продолжает регистрироваться в Дальневосточном, Сибирском и Уральском федеральных округах: 41,37; 40,95 и 33,57 на 100 тыс. населения, соответственно (рис. 1.204). Лучшая положительная динамика в отчетном году в виде снижения на 18,0 %, достигнута в Приволжском федеральном округе. В лидирующем по наибольшему показателю заболеваемости Дальневосточном федеральном округе также продолжилось снижение – на 11,4 %. Сопоставимое снижение заболеваемости в обозначенном периоде наблюдается также в Сибирском – на 11,3 %, Южном – на 10,2 % и Северо-Западном – на 9,7 % федеральных округах, тогда как в остальных снижение менее выражено.

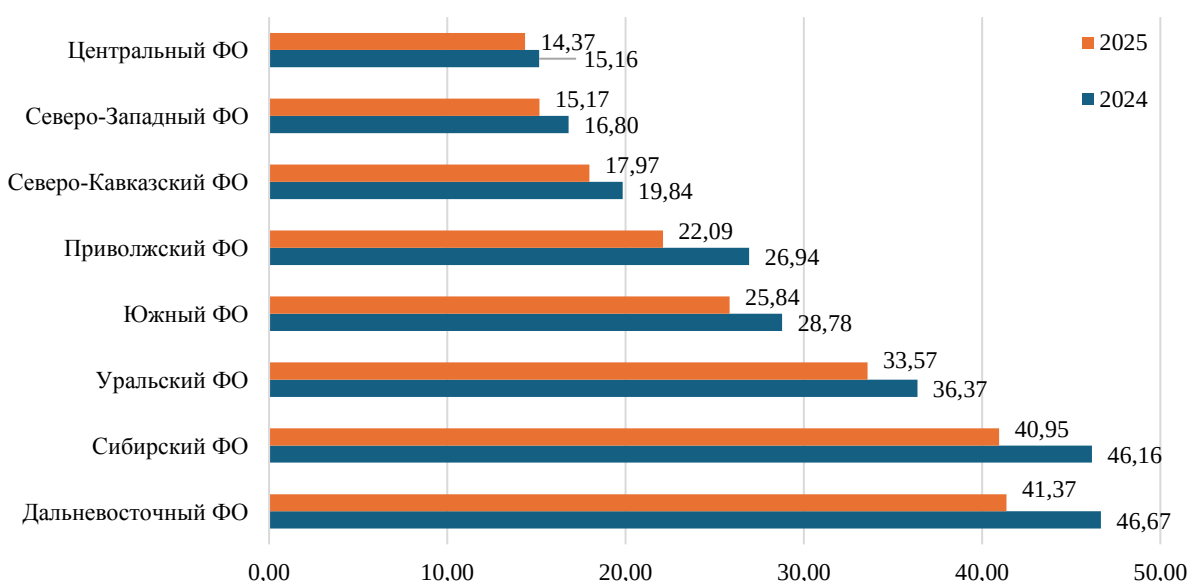


Рис. 1.204. Заболеваемость активным туберкулезом в федеральных округах Российской Федерации, 2024–2025 гг. (показатель на 100 тыс. населения)

В 2025 году, по сравнению с предшествующим годом, топ-15 лидеров среди регионов с высокой заболеваемостью туберкулезом (табл. 1.66) практически не изменились, за исключением вошедшего в этот список Алтайского края, сместив Омскую область, которая заняла 20-е место. При этом 6 субъектов Российской Федерации (Республика Тыва, Чукотский автономный округ, Еврейская автономная область, Приморский край, Кемеровская область – Кузбасс, Хабаровский край), возглавлявшие этот рейтинг в 2023 и 2024 гг., в 2025 г. сохранили свои рейтинговые места. В 2025 г. во всех этих регионах наблюдается снижение заболеваемости по сравнению со СМУ, из которых наименьшее в Республике Тыва – в 1,3 раза, Сахалинской области и Республике Алтай – в 1,4 раза. Наибольшее снижение заболеваемости по сравнению с 2024 годом выявлено в Амурской области, Республике Тыва и Еврейской автономной области, наименьшее – в Свердловской и Астраханской областях, а также в Кемеровской области – Кузбассе. В Республике Алтай зарегистрирована отрицательная динамика.

Причиной высокой заболеваемости туберкулезом в указанных субъектах является сочетание таких факторов, как неблагоприятные климатические условия, способствующие развитию и прогрессированию заболевания в сочетании с удаленностью населенных пунктов от медицинских организаций, оснащенных оборудованием для ранней диагностики туберкулеза.

Таблица 1.66

**Субъекты Российской Федерации с наиболее высокой заболеваемостью
туберкулезом среди населения (на 100 тыс. населения) в 2025 году**

№ рей- тинга	Субъекты Российской Федерации	Все население			
		Заболеваемость в 2025 г.	СМУ (2013–2019, 2022–2024 гг.)	Сравнение 2025 г. с 2024 г., %	Сравнение 2025 г. со СМУ
	Российская Федерация	23,58	45,27	↓11,0	↓в 1,9 раза
1	Республика Тыва	114,79	152,69	↓26,1	↓в 1,3 раза
2	Чукотский автономный округ	89,76	142,98	↓18,8	↓в 1,6 раза
3	Еврейская автономная область	65,47	103,71	↓24,4	↓в 1,6 раз
4	Приморский край	59,23	107,01	↓7,2	↓в 1,8 раз
5	Кемеровская область – Кузбасс	53,20	91,88	↓4,2	↓в 1,6 раз
6	Хабаровский край	45,62	87,56	↓14,6	↓в 1,9 раза
7	Курганская область	43,94	80,48	↓10,8	↓в 1,8 раз
8	Свердловская область	42,28	71,81	↓2,2	↓в 1,7 раз
9	Астраханская область	42,26	77,52	↓2,5	↓в 1,8 раз
10	Новосибирская область	41,36	84,93	↓12,5	↓в 2,1 раза
11	Сахалинская область	40,87	58,72	↓16,2	↓в 1,4 раза
12	Алтайский край	40,53	84,02	↓8,4	↓в 2,1 раза
13	Иркутская область	40,28	88,71	↓15,1	↓в 2,2 раза
14	Республика Алтай	38,97	54,1	↑11,0	↓в 1,4 раза
15	Амурская область	38,19	65,09	↓26,6	↓в 1,7 раза

В период с 2012 по 2020 год заболеваемость детей активным туберкулезом неуклонно снижалась, затем в период 2021–2023 гг. регистрировалось ее увеличение и с 2024 г. вновь возобновилось снижение заболеваемости в этой группе населения. Вместе с тем среди двух возрастных подгрупп наблюдается неустойчивая ситуация: подростков 15–17 лет, для которых рост заболеваемости продолжался вплоть до 2024 г. включительно, а также детей с момента новорожденности до достижения ими возраста 1-го года, в группе которых и в период с 2021 по 2023 г., и вновь в 2025 г., зарегистрирован рост заболеваемости (табл. 1.67).

Таблица 1.67

**Динамика изменения заболеваемости детей в Российской Федерации
(на 100 тыс. населения) в период 2021–2025 гг.**

Год	Возрастные периоды					
	0–1	1–2	3–6	7–14	15–17	0–17
	прирост/снижение заболеваемости, %					
2021	↑26,6	↑8,1	↓5,1	↑13,2	↓3,7	↑4,2
2022	↑1,1	↑9	↓4,67	↑0,6	↑2,5	↑0,8
2023	↑14,9	↑4,5	↑4,8	↓5,1	↑1,3	↑0,1
2024	↓33,0	↓6,9	↓5,0	↓10,3	↑2,2	↓5,6
2025	↑33,6	↓6,3	↓5,4	↓5,5	↓15,7	↓7,3

В 7 субъектах наблюдается рост заболеваемости как детей, так и взрослых – Карачаево-Черкесская Республика, Костромская область, Камчатский край, Республика Алтай, г. Москва, Тамбовская область и Республика Карелия (табл. 1.68).

Таблица 1.68

**Динамика заболеваемости туберкулезом детей и взрослых
в отдельных субъектах Российской Федерации**

№ п/п	Регион	2024				2025				Изменение заболеваемости	
		дети		взрослые		дети		взрослые		у детей	у взрос- лых, %
		абс.	заболе- вае- мость	абс.	заболе- вае- мость	абс.	заболе- вае- мость	абс.	заболе- вае- мость		
1	Карачаево-Черкесская Республика	6	5,50	61	16,97	12	11,15	62	17,18	↑ в 2 раза	↑ 1,21
2	Костромская область	4	3,40	54	11,96	6	5,20	57	12,72	↑ в 1,5 раза	↑ 6,4
3	Камчатский край	4	6,39	90	39,79	5	8,02	103	45,53	↑ 25,6%	↑ 14,4
4	Республика Алтай	5	7,93	69	46,70	6	9,66	76	51,25	↑ 21,7%	↑ 9,7
5	г. Москва	52	2,25	1667	15,41	55	2,37	1702	15,62	↑ 5,3 %	↑ 1,4
6	Тамбовская область	7	4,58	124	15,34	7	4,65	140	17,48	↑ 1,7 %	↑ 13,9
7	Республика Карелия	2	1,98	84	19,78	2	2,00	97	23,01	↑ 1,3 %	↑ 16,4

Усиливается тенденция к разнонаправленной динамике заболеваемости туберкулезом среди детей и взрослых в ряде субъектов Российской Федерации. Рост заболеваемости детей при одновременном снижении заболеваемости взрослых является неблагоприятным прогностическим показателем и предполагает рост числа невыявленных источников туберкулезной инфекции среди взрослых. В 2022–2023 гг. такая ситуация отмечалась в 23 регионах, в 2024 г. число таких субъектов увеличилось до 27, а в 2025 г. достигло 28, что составляет треть от общего количества регионов страны. Особого внимания требуют Новосибирская область, Мурманская область, республики Коми и Удмуртская, а также Ямало-Ненецкий автономный округ, в которых зафиксированы наиболее высокие показатели заболеваемости детей в сочетании с ростом абсолютного числа вновь выявленных случаев (табл. 1.69).

Таблица 1.69

**Разнонаправленная динамика показателей заболеваемости туберкулезом
взрослых и детей в субъектах Российской Федерации (на 100 тыс. населения)**

№ п/п	Регион	2024				2025				Изменение заболеваемости	
		дети		взрослые		дети		взрослые		у детей	у взрос лых, %
		абс.	заболе- вае- мость	абс.	заболе- вае- мость	абс.	заболе- вае- мость	абс.	заболе- вае- мость		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Мурманская область	2	1,44	130	25,06	7	5,11	107	20,70	↑ в 3,5 раза	↓ 17,4
2	Республика Коми	4	2,65	171	29,87	9	6,05	151	26,54	↑ в 2,3 раза	↓ 11,1

Продолжение табл. 1.69

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
3	Ямало-Ненецкий автономный округ	5	3,78	98	25,67	11	8,31	88	22,73	↑ в 2,2 раза	↓ 11,4
4	Новосибирская область	68	11,48	1251	56,87	120	20,28	1033	47,03	↑ 76,7 %	↓ 17,3
5	Удмуртская Республика	6	1,86	467	41,88	9	2,82	363	32,64	↑ 52,1 %	↓ 22,06
6	Владимирская область	31	12,99	225	20,85	9	3,85	263	24,58	↓ в 3,4 раза	↑ 17,9
7	Ульяновская область	11	4,98	277	28,97	4	1,83	280	29,47	↓ в 2,7 раза	↑ 1,7
8	Курская область	8	3,99	168	19,46	5	2,53	184	21,46	↓ 36,7 %	↑ 10,3
9	Липецкая область	6	2,83	126	13,86	4	1,92	128	14,16	↓ 32,1 %	↑ 2,2

Оценка доли больных бациллярными формами туберкулеза в соответствующих возрастных категориях выявила их рост или стабилизацию в период 2012–2023 гг. (табл. 1.70). Доля взрослых пациентов увеличивалась с 43,01 % в 2012 г. до 53,9 % в 2023 г., однако в период 2024–2025 гг. наметилась тенденция к снижению данного показателя до 42,48 %. Среди детского населения аналогичная тенденция прослеживается только в возрастной группе 7–14 лет. В то же время у детей первого года жизни (0–1 год) удельный вес случаев с бактериовыделением в 2025 г. сохранился на уровне предыдущего года. Согласно расчетным данным (СМУ), этот показатель превышает значения в группах детей от 1 до 14 лет в 2,3–8,9 раза. В возрастной группе 1–2 года доля случаев с бактериовыделением в 2025 г. увеличилась с 1,7 до 2,3 %, у детей 3–6 лет с 2021 г. регистрируются ежегодные колебания данного показателя, а в группе подростков 15–17 лет в 2025 г. впервые зарегистрировано его снижение.

Таблица 1.70

**Доля больных бациллярными формами туберкулеза
в различных возрастных группах в период с 2012 по 2025 год (%)**

Год	Взрослые	Дети (возраст)				
		0–1	1–2	3–6	7–14	15–17
1	2	3	4	5	6	7
2012	43,01	16,19	2,88	1,22	4,39	23,65
2013	43,36	17,31	3,46	1,70	5,43	25,00
2014	44,77	14,85	6,25	1,45	5,64	23,89
2015	45,73	13,89	2,98	1,47	5,64	26,13
2016	47,15	16,25	4,28	1,51	6,76	27,44
2017	47,74	15,63	3,50	2,14	7,04	24,51
2018	49,67	17,07	3,93	1,54	7,33	25,33
2019	50,04	17,46	3,92	1,71	7,76	27,71
2020	49,61	20,00	3,06	1,45	7,56	26,44
2021	52,26	20,37	3,48	1,94	7,24	29,26

Продолжение табл. 1.70

1	2	3	4	5	6	7
2022	53,57	11,32	3,81	2,33	9,40	18,70
2023	53,90	20,69	4,68	1,28	7,13	25,54
2024	49,00	8,62	1,70	2,13	6,59	26,88
2025	42,48	8,62	2,13	1,49	4,97	19,37
СМУ (2013–2019, 2022–2024 гг.)	47,54	14,83	3,63	1,66	6,51	24,51

Основными задачами по профилактике распространения туберкулёзной инфекции среди населения является поддержание высоких охватов прививками против туберкулеза детского населения в соответствии с национальным календарем профилактических прививок, своевременное и качественное проведение профилактических осмотров детского и взрослого населения в целях раннего выявления заболевания и тубинфицирования у детей, качественное проведение лечения и диспансерного наблюдения больных туберкулезом и контактных лиц из очагов туберкулёзной инфекции, проведение полного комплекса противоэпидемических мероприятий в очагах туберкулёзной инфекции.

В 2025 г. в Российской Федерации было зарегистрировано 45 638 новых случаев **болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)**. В последние годы наблюдается снижение регистрируемой заболеваемости ВИЧ-инфекцией. В 2025 г. показатель заболеваемости ВИЧ-инфекцией (31,23 на 100 тыс. населения) снизился на 13,4 % по сравнению с 2024 г. (36,08) и на 40,0 % по сравнению со среднегодовым уровнем (рис. 1.205).

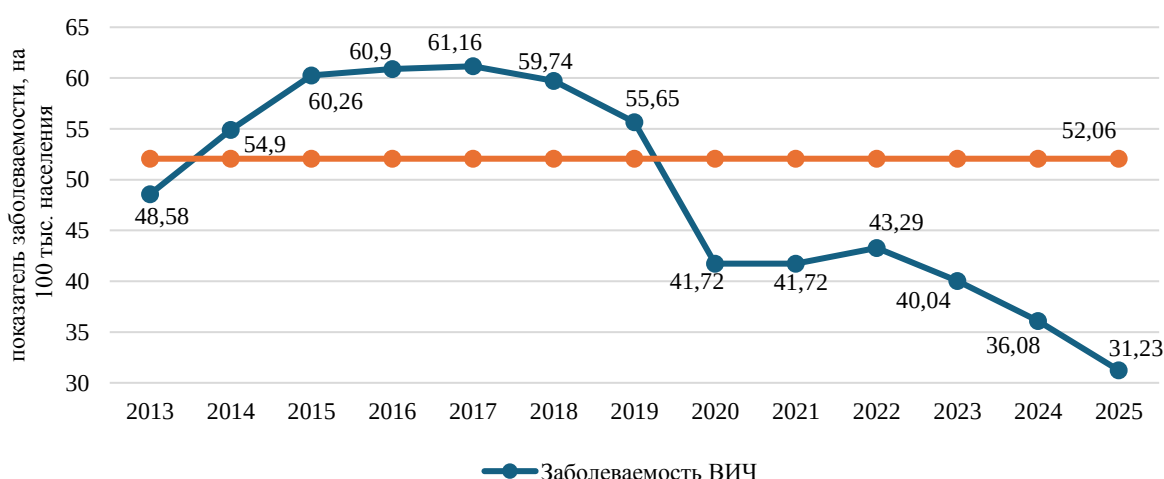


Рис. 1.205. Динамика заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Российской Федерации в 2013–2025 гг. (на 100 тыс. населения)

Показатели заболеваемости превысили средний уровень по стране в 34 субъектах Российской Федерации. Наиболее высокие показатели заболеваемости отмечены в регионах Сибири, Урала и Приволжья, приведенных на рис. 1.206. В ряде регионов регистрировалась высокая заболеваемость ВИЧ-инфекцией среди жителей сельских поселений.



Рис. 1.206. Дифференциация субъектов Российской Федерации по СМУ заболеваемости ВИЧ-инфекцией на 100 тыс. населения

На 31 декабря 2025 г. пораженность ВИЧ-инфекцией составила 843,19 на 100 тыс. населения России, она продолжала увеличиваться в связи с пожизненным характером заболевания, а также превышением числа впервые зарегистрированных случаев над числом летальных исходов среди ВИЧ-позитивных граждан (табл. 1.71). Показатель пораженности ВИЧ-инфекцией, превышающий среднее значение по стране, имели 25 субъектов Российской Федерации.

Таблица 1.71

Субъекты Российской Федерации с наиболее высокой заболеваемостью и пораженностью ВИЧ-инфекцией (на 100 тыс. населения) в 2025 г.

№ п/п	Субъекты Российской Федерации	Заболеваемость	СМУ (2013–2019, 2022–2024 гг.)	Рост/снижение относительно СМУ	Заболеваемость сельского населения	Заболеваемость детей до 17 лет	Пораженность
1	2	3	4	5	6	7	8
	Российская Федерация	31,23	52,06	↓ на 40,0 %	28,94	1,37	843,2
1	Чукотский автономный округ	114,81	54,39	↑ в 2,1 раза	219,15	0	720
2	Иркутская область	67,01	119,77	↓ в 1,8 раза	28,13	6,25	1941,06
3	Алтайский край	63,73	81,58	↓ на 21,9 %	72,8	3,08	1328,28
4	Самарская область	63,46	89,97	↓ на 29,5 %	83,56	2,67	1474,54
5	Кемеровская область – Кузбасс	62,7	156,44	↓ в 2,5 раза	66,05	6,05	2039,2
6	Оренбургская область	62,65	94,08	↓ в 1,5 раза	37,75	2,57	1743,36
7	Пермский край	59,01	106,58	↓ в 1,8 раза	69,84	2,89	1358,61
8	Ульяновская область	57,48	72,46	↓ на 20,7 %	75,35	1,37	1162,41
9	Челябинская область	54,92	88,06	↓ в 1,6 раза	57,95	1,92	1540,12
10	Курганская область	52,62	88,92	↓ в 1,7 раза	41,02	1,84	1255,94
11	Новосибирская область	52,19	114,46	↓ в 2,2 раза	76,09	3,21	1429,98
12	Томская область	48,49	100,78	↓ в 2,1 раза	58,32	1,39	1201,37

Продолжение табл. 1.71

1	2	3	4	5	6	7	8
13	Республика Бурятия	48,27	58,18	↓ на 17,0 %	55,05	2,36	847,56
14	Республика Хакасия	47,83	57,29	↓ на 16,5 %	50,61	0	645,6
15	Свердловская область	47,51	84,05	↓ в 1,8 раза	46,06	3,49	2063,25
16	Тюменская область	47,5	109,52	↓ в 2,3 раза	48,9	2,85	1310,66
17	Красноярский край	46,8	106,25	↓ в 2,3 раза	39,65	1,76	1304,66
18	Приморский край	43,76	56,05	↓ на 21,9 %	39,17	0,28	701,08
19	Омская область	43,6	94,27	↓ в 2,2 раза	41,25	1,53	1144,36
20	Магаданская область	43,29	50,05	↓ на 13,5 %	0	0	550,01
21	Удмуртская Республика	39,28	60,13	↓ в 1,5 раза	38,56	0	757,17
22	Ивановская область	38,57	61,04	↓ в 1,6 раза	49,73	3,71	976,08
23	Республика Алтай	37,54	48,04	↓ на 21,9 %	35,56	0	588,78
24	Республика Коми	35,95	50,67	↓ на 29,1 %	12	2,02	892,58
25	Тверская область	35,06	43,23	↓ на 18,9 %	57,22	2,74	1029,59

В 2025 году достигнут высокий охват общей популяции тестированием на ВИЧ, проведено 53 849 891 обследование на маркеры ВИЧ среди российских граждан, что составило 36,8 % от численности населения. Охват общей популяции в Российской Федерации тестированием на ВИЧ вырос за последние 10 лет на 75,1 % (с 30 752 828 в 2016 г.). При этом отмечается резкое снижение среди обследованных доли лиц из уязвимых групп населения, включая потребителей инъекционных наркотиков, лиц, занимающихся проституцией, лиц, практикующих гомосексуальные половые контакты, заключенных и больных инфекциями, передаваемыми половым путем (до 2,2 %) в 2025 г. (рис. 1.207). Кроме того, в 2025 г. было проведено более 2 164 330 исследований на ВИЧ с применением простых/быстрых тестов и выявлено 10 019 (462,9 на 100 000 обследованных) позитивных результатов экспресс-тестирования. Среди иностранных граждан было проведено 3 764 848 тестов на ВИЧ и выявлено 3270 ВИЧ-позитивных (86,9 на 100 000 обследованных).

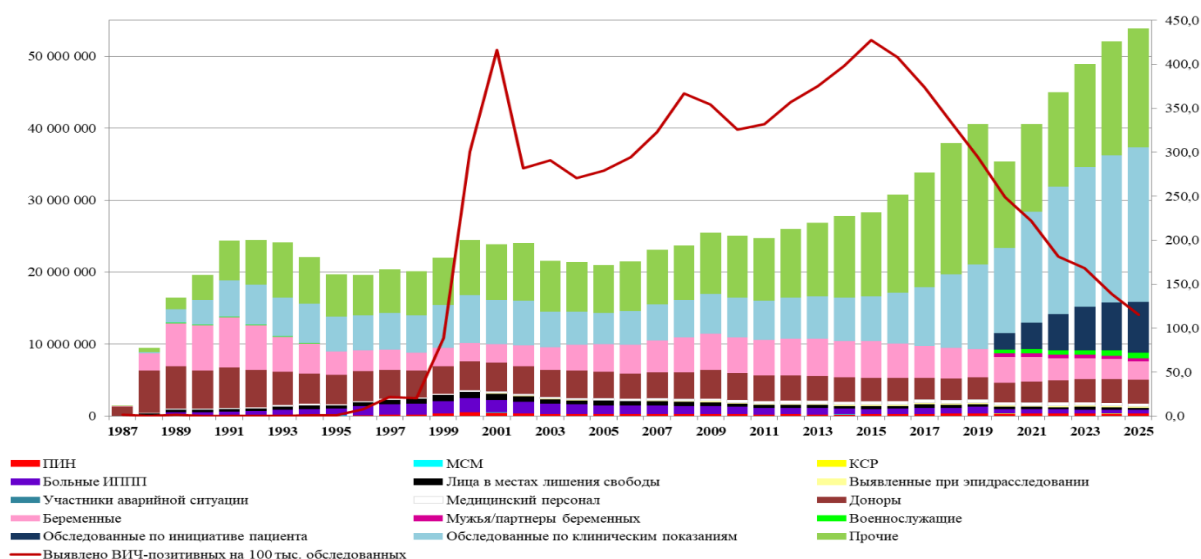


Рис. 1.207. Динамика числа обследованных на антитела к ВИЧ и выявленных ВИЧ-позитивных среди различных контингентов населения в Российской Федерации в 1987–2025 гг.

В последние годы ВИЧ-инфекция выявляется среди населения наиболее активного трудоспособного возраста: в 2025 г. среди впервые выявленных лиц с ВИЧ-инфекцией 34,8 % составили граждане в возрасте 40–49 лет, 32,2 % – в возрасте 30–39 лет, 14,8 % – в возрасте 50–59 лет, 10,9 % – в возрасте 20–29 лет (рис. 1.208). Среди впервые зарегистрированных больных мужчины составляли большинство (60,3 %).

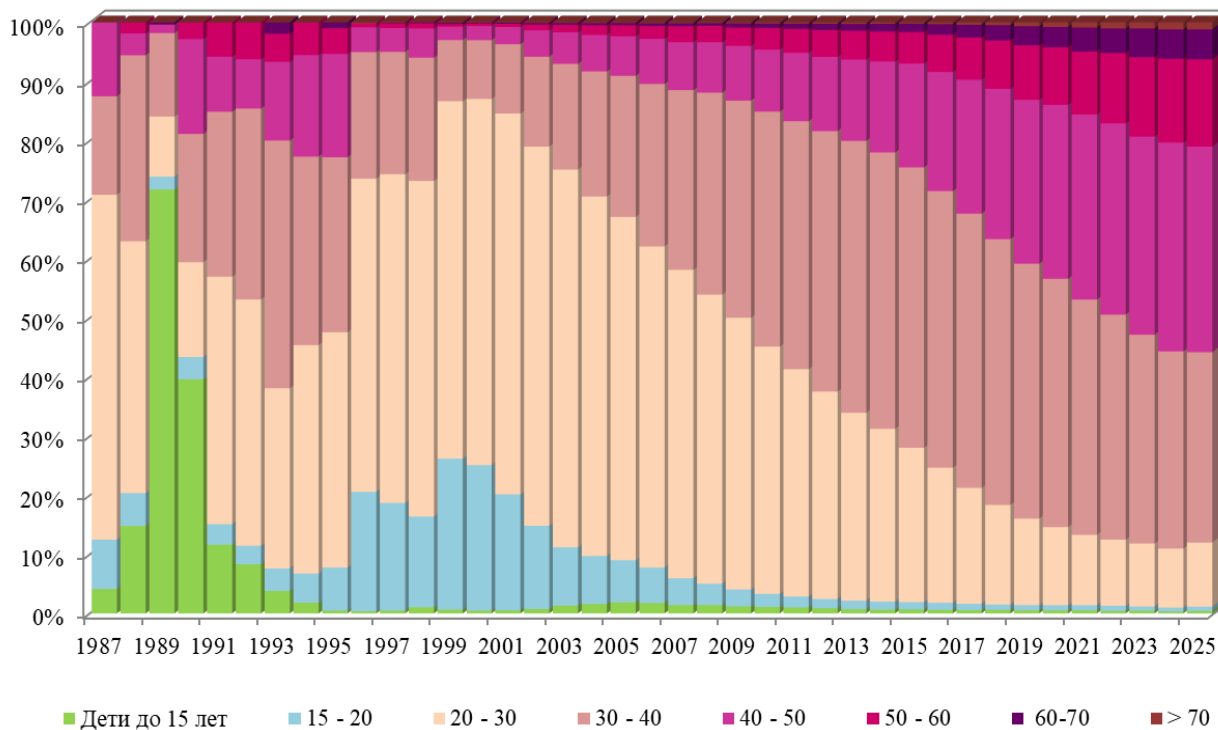


Рис. 1.208. Распределение инфицированных ВИЧ в России по возрасту на момент выявления заболевания в 1987–2025 гг., %

Активная передача ВИЧ-инфекции происходила как среди основного населения репродуктивного возраста при гетеросексуальных половых контактах, так и в традиционно уязвимых для ВИЧ группах населения: 82,3 % инфицированных ВИЧ, впервые выявленных в 2025 г., сообщали только о гетеросексуальных контактах, о внутривенном употреблении наркотиков – 11,1 %, о гомосексуальных контактах – 5,4 % (рис. 1.209). При этом потребители наркотиков реже обращаются за медицинской помощью, а мужчины, имеющие гомосексуальные отношения, могут скрывать эти факторы риска, поэтому по оценочным данным доля зараженных при употреблении наркотиков и гомосексуальных контактах существенно выше. В 54,3 % ВИЧ-позитивных, выявленных за весь период наблюдения, были инфицированы при употреблении наркотиков.

Случаи заражения ВИЧ при оказании медицинской помощи регистрируются ежегодно. В 2025 г. в 11 очагах с подозрением на инфицирование ВИЧ при оказании медицинской помощи проводились эпидемиологические расследования. Выявлено, что при несоблюдении требований санитарно-эпидемиологических правил риск заражения ВИЧ и другими гемоконтактными инфекциями в медицинских учреждениях сохраняется.

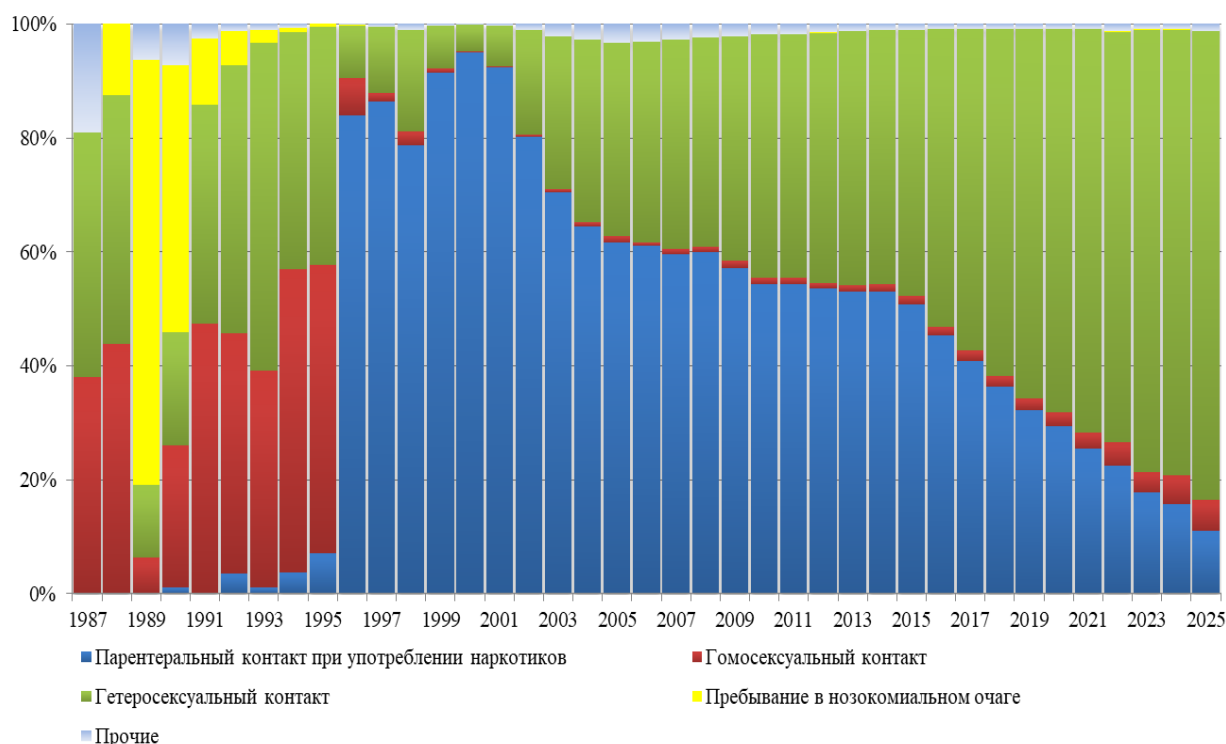


Рис. 1.209. Распределение инфицированных ВИЧ в России по основным известным факторам риска заражения в 1987–2025 гг., %

Важным противоэпидемическим мероприятием является антиретровирусная терапия (АРТ), поскольку не только увеличивает продолжительность жизни больных, но и снижает количество вируса в организме инфицированных ВИЧ людей, что уменьшает их потенциальную роль в качестве источников инфекции. В 2025 году только у 77,9 % (2024 г. – 76,8 %) больных, получающих терапию, был достигнут необходимый уровень снижения контагиозности (подавлена вирусная нагрузка), что с учетом значимой доли больных, не вставших на диспансерный учет, является недостаточным для того, чтобы радикально снизить частоту передачи ВИЧ и смертность от ВИЧ-инфекции и сопутствующих заболеваний.

Серьезным фактором, снижающим эффективность лечения ВИЧ-инфекции, является возникновение и распространение лекарственной устойчивости ВИЧ к антиретровирусным препаратам. По результатам анализа Референс-центра по мониторингу за ВИЧ и ВИЧ-ассоциированными инфекциями на базе ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора нуклеотидных последовательностей ВИЧ-1, загруженных в Российскую базу данных устойчивости ВИЧ к антиретровирусным препаратам, сохраняется высокий уровень распространенности лекарственной устойчивости ВИЧ-1 у пациентов без опыта АРТ. В 2024–2025 годах в стране уровень распространенности первичной лекарственной устойчивости ВИЧ-1 составил 19,0 %: 15,3 % к препаратам класса нуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы (ННИОТ), 6,3 % к препаратам класса нуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы (НИОТ), 6,3 % к препаратам класса ингибиторов интегразы (ИИ) и 1,7 % к препаратам класса ингибиторов протеазы (ИП). Множественная первичная лекарственная устойчивость ВИЧ-1 (одновременно к ИП, НИОТ и ННИОТ) была обнаружена в 0,6 % случаев. Уровень распространенности мутаций, значимых для надзора за первичной лекарственной устойчивостью ВИЧ-1, составил 12,2 %: 8,8 % к ННИОТ, 6,0 % к НИОТ, 4,2 % к ИИ и 1,1 % к ИП.

По данным молекулярно-генетических исследований, проводимых научными организациями Роспотребнадзора, в 2024–2025 гг. в стране продолжал доминировать суб-субтип А6 ВИЧ-1 (74,7 %), реже обнаруживался субтип В (6,5 %) и циркулирующие рекомбинантные формы CRF02_AG (11,9 %), CRF03_A6B (2,0 %) и CRF63_02A6 (1,7 %). Отмечалось увеличение доли субтипа С (2,6 %).

В рамках Государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на период до 2030 года и плана мероприятий по ее реализации Роспотребнадзором и подведомственными организациями системно осуществляется проведение информационно-коммуникационной кампании по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции и ассоциированных с ней заболеваний, в том числе профилактики ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения, снижения стигмы и дискриминации в отношении людей, живущих с ВИЧ. Созданные в стране нормативная база, инфраструктура позволяют во взаимодействии ведомств и некоммерческих организаций осуществлять комплекс необходимых мер по противодействию распространению ВИЧ.

Острые кишечные инфекции (ОКИ) продолжают занимать одно из основных мест как в структуре инфекционной заболеваемости, так и экономической значимости инфекционных болезней. Суммарная заболеваемость ОКИ в многолетней динамике характеризуется тенденцией к снижению. В 2025 году, благодаря принятым дополнительным санитарно-противоэпидемическим (профилактическим) мерам, в том числе широкому внедрению усовершенствованного алгоритма работы в очагах ОКИ, а также быстрых методов диагностики, достигнуто снижение заболеваемости на 18 % относительно СМУ (в 2025 году – 432,8 на 100 тыс. населения, СМУ – 517 на 100 тыс. населения) и 7,2 % – к уровню 2024 года (456,56 на 100 тыс. населения) (рис. 1.210).

Аналогичная тенденция прослеживается и среди детского населения (до 17 лет). Заболеваемость ОКИ детей в 2025 году (1385,99 на 100 тыс. детского населения) на 22,1 % ниже СМУ (1779,06 на 100 тыс. населения) и на 9,7 % – уровня 2024 года (1534,08 на 100 тыс. детского населения).

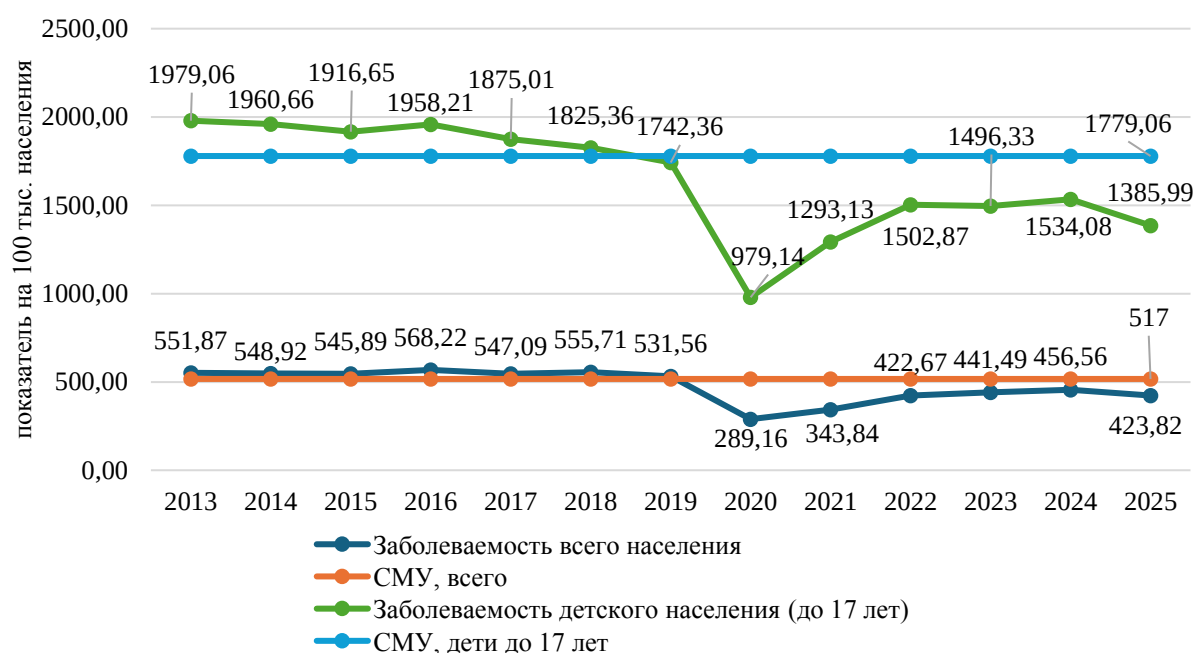


Рис. 1.210. Динамика заболеваемости ОКИ (суммарно) в Российской Федерации в 2013–2025 гг. (на 100 тыс. населения)

В разрезе субъектов Российской Федерации отмечается неравномерное распределение суммарной заболеваемости ОКИ. Наиболее высокие показатели (более чем в два раза превышавшие среднероссийские) в 2025 году регистрировались в Ямало-Ненецком автономном округе (1289,23 на 100 тыс. населения), Томской области (1278,09 на 100 тыс. населения), Сахалинской области (1037,60 на 100 тыс. населения), Приморском крае (939,92 на 100 тыс. населения), Ханты-Мансийском автономном округе (918,40 на 100 тыс. населения).

ОКИ неустановленной этиологии традиционно преобладают в этиологической структуре ОКИ, их удельный вес в 2025 году составил 62,66 % (2024 г. – 62,4 %). Вместе с тем, доля случаев заболеваний ОКИ с установленным возбудителем (включая сальмонеллез и дизентерию) постепенно увеличивается (с 35,39 % в 2013 г. до 37,34 % в 2025 г.), что связано с улучшением этиологической расшифровки путем широкого внедрения быстрых средств диагностики (рис. 1.211).

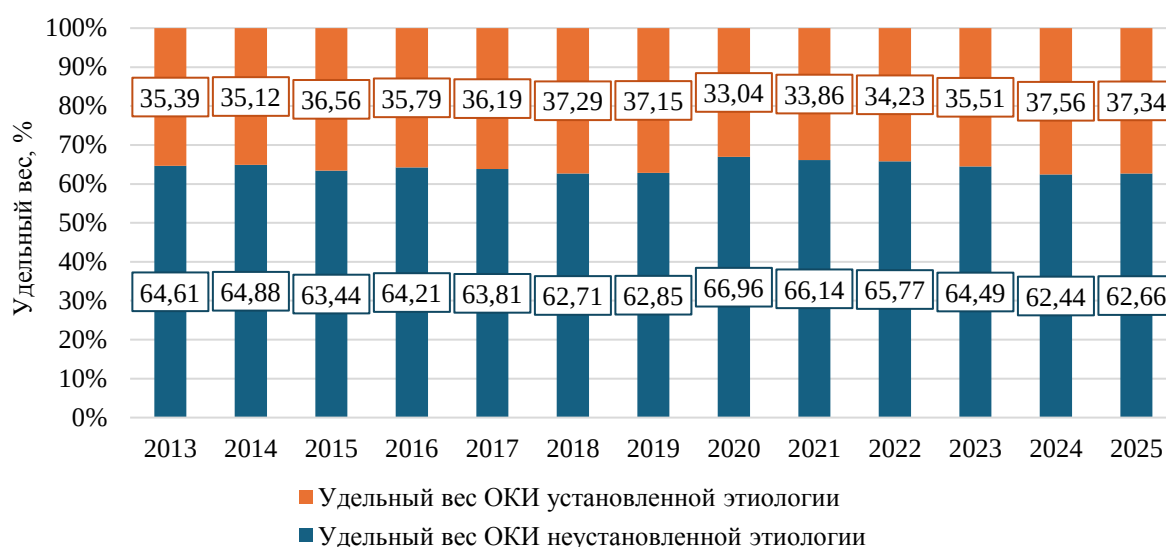


Рис. 1.211. Динамика этиологической структуры ОКИ в Российской Федерации в 2013–2025 гг., %

При этом в ряде субъектов Российской Федерации удельный вес ОКИ неустановленной этиологии составляет более 80 % (Владимирская область – 91,94 %, Ненецкий автономный округ – 89,62 %, Карачаево-Черкесская Республика – 85,58 %, Калужская область – 85,38 % и Московская область – 85,08 %).

Напротив, наиболее высокий удельный вес этиологической расшифровки случаев ОКИ, значительно превышающий среднероссийские показатели (более 50 %), был достигнут в Республике Калмыкия (80,98 %), Тюменской области (71,92 %), Калининградской области (63,69 %), г. Севастополь (57,98 %), Республике Марий Эл (57,96 %), Свердловской области (56,85 %), Вологодской области (55,12 %), Мурманской области (54,12 %) и Белгородской области (51,84 %).

На фоне общей тенденции к снижению суммарной заболеваемости ОКИ в многолетней динамике число регистрируемых групповых очагов ОКИ и пострадавших в них остается на высоком уровне. В 2025 году зарегистрировано 506 вспышек ОКИ различной этиологии, в которых пострадало более 8,7 тыс. человек, включая более 5,5 тыс. детей. При этом показатели групповой заболеваемости достоверно не превышают среднемноголетний уровень (СМУ – 473 очага, 7,8 тыс. пострадавших, из них 5,2 тыс. детей). Индекс очаговости (среднее количество пострадавших на 1 очаг) (17) также не отличается от уровня 2024 года и СМУ (16).

За последние 10 лет в этиологической структуре ОКИ с установленным возбудителем отмечается изменение соотношения заболеваний бактериальной и вирусной природы в сторону увеличения удельного веса вирусных инфекций, которые в 2013 году составляли 42 % от всех ОКИ установленной этиологии, а в 2025 году – 61 %.

Среди случаев заболеваний ОКИ вирусной этиологии ведущее место занимают норо- (НВИ) и ротавирусные инфекции (РВИ). На протяжении последних 10 лет отмечено изменение соотношения удельного веса: от преобладания в 2013 году РВИ (86,75 %) до почти равного в 2025 году (РВИ – 46,61, НВИ – 44,41 %) (рис. 1.212).

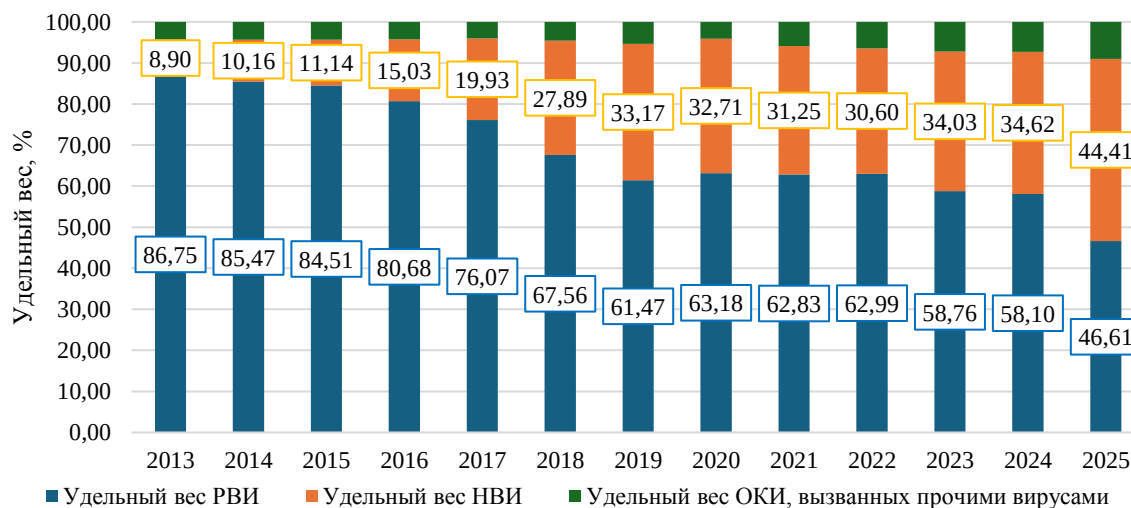


Рис. 1.212. Этиологическая структура ОКИ, вызванных вирусами, в Российской Федерации, 2013–2025 гг. (%)

В многолетней динамике в Российской Федерации отмечается тенденция к росту **заболеваемости НВИ**, за исключением периода пандемии COVID-19 (рис. 1.213). После пандемии COVID-19 отмечается ежегодный рост показателя, который в 2025 году составил 43,09 на 100 тыс. населения, превысив в 1,8 раза СМУ (23,78) и на 12,7 % уровень 2024 года (37,62). Продолжающийся рост заболеваемости НВИ может быть связан как со сменой циркулирующих в Российской Федерации геновариантов норовирусов, так и с широким внедрением в практическую деятельность лечебных учреждений использования молекулярно-генетических методов исследования при диагностике случаев ОКИ.

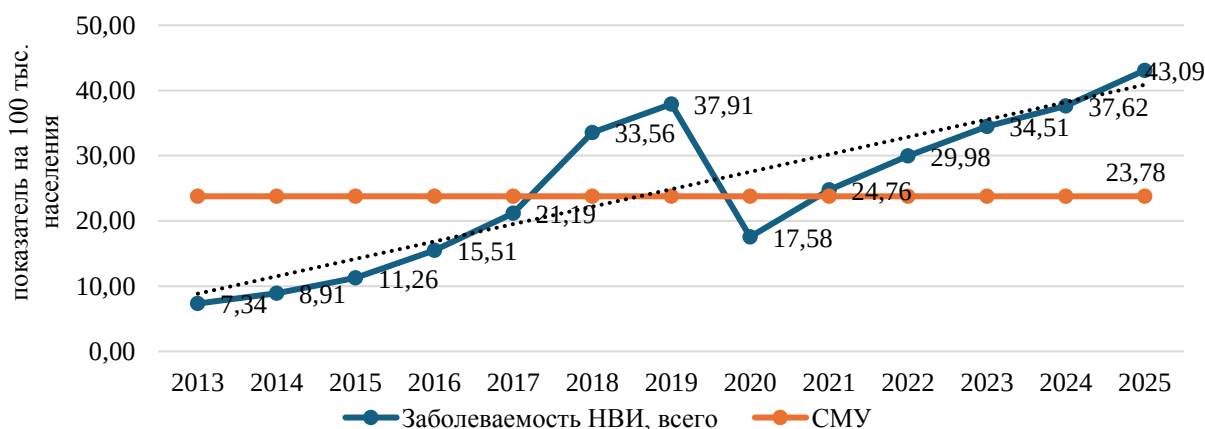


Рис. 1.213. Динамика заболеваемости НВИ в Российской Федерации, 2013–2025 гг. (на 100 тыс. населения)

Доля детского населения (до 17 лет) в возрастной структуре составила 78,33 % от всех случаев заболеваний НВИ. Случаи заболеваний распределились одинаково между детьми в возрасте 1–2 лет (30,43 % от всех случаев среди детского населения), 3–6 лет (28,92 %) и 7–14 лет (28,12 %) (рис. 1.214). Вместе с тем, как и в 2024 году, наиболее часто болели НВИ дети в возрасте 1–2 года (570,27 на 100 тыс. населения).

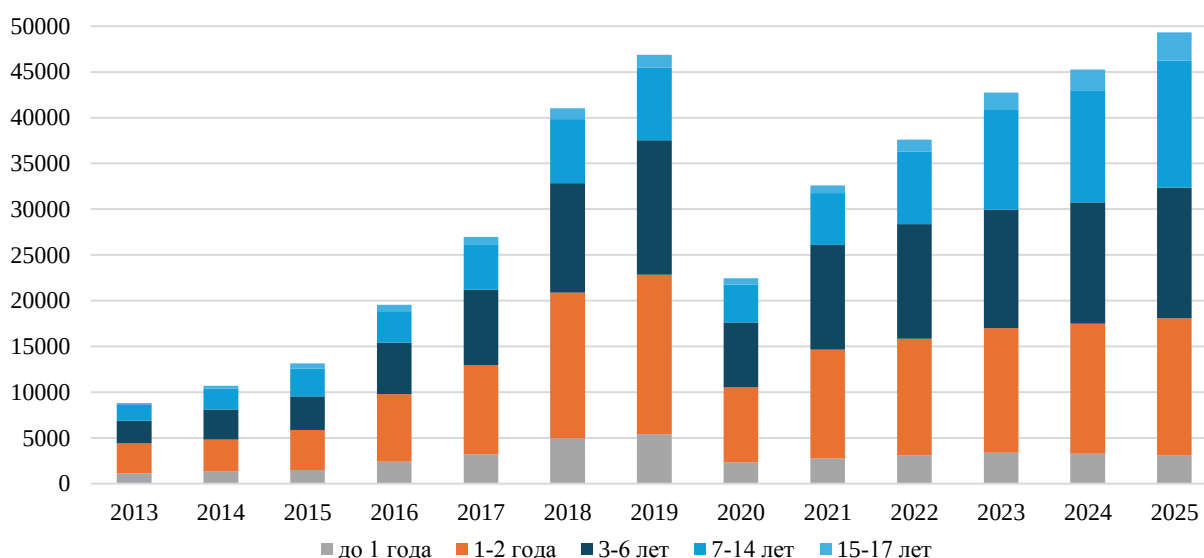


Рис. 1.214. Возрастная структура заболевших НВИ среди детского населения Российской Федерации, 2013–2025 гг.

Распределение заболеваемости в субъектах Российской Федерации неравномерное. В 60 субъектах страны отмечается рост показателя заболеваемости в 2025 году по сравнению с СМУ, в том числе в 2 и более раза – в 38 регионах. Субъекты Российской Федерации с наиболее высокими показателями заболеваемости НВИ представлены в таблице 1.72.

Таблица 1.72

Субъекты Российской Федерации с наибольшим ростом заболеваемости НВИ в 2025 г. по сравнению с СМУ

№ п/п	Административная территория	Заболеваемость в 2025 г.	СМУ 2013–2019, 2022–2024 гг.	Рост относительно СМУ
	Российская Федерация	43,09	23,78	↑ в 1,8 раза
1	Рязанская область	31,72	5,2	↑ в 6,1 раза
2	Курская область	21,41	3,71	↑ в 5,8 раза
3	Кабардино-Балкарская Республика	2,43	0,44	↑ в 5,5 раза
4	Республика Крым	41,66	8,9	↑ в 4,7 раза
5	Красноярский край	77,34	16,15	↑ в 4,8 раза
6	Республика Дагестан	0,52	0,11	↑ в 4,7 раза
7	Республика Карелия	56,96	12,93	↑ в 4,4 раза
8	Орловская область	24,66	6,15	↑ в 4,0 раза
9	Псковская область	42,75	11,46	↑ в 3,7 раза
10	Архангельская область	87,32	23,76	↑ в 3,7 раза

Вместе с тем, на отдельных территориях в 2025 году отмечается низкий уровень заболеваемости НВИ с регистрацией единичных случаев (Республика Калмыкия, Астраханская область, Республика Ингушетия, Карачаево-Черкесская Республика) или их отсутствием (Ненецкий автономный округ, Республика Тыва).

В структуре групповой заболеваемости ОКИ в Российской Федерации НВИ сохраняет лидирующую позицию как по числу групповых очагов, так и по количеству пострадавших в них. В 2025 году зарегистрировано 327 очагов (64,62 % от всех групповых очагов ОКИ), где пострадало 5,2 тыс. человек, из них 71 % – в возрасте до 17 лет (СМУ – 200 очагов, 3,0 тыс. пострадавших, в том числе 80 % детей). Наибольшее количество пострадавших зарегистрировано в общеобразовательных (1340), дошкольных (1643) и летних оздоровительных организациях (583).

Ежегодно Референс-центром по мониторингу за ОКИ, функционирующим на базе ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора, осуществляется мониторинг циркулирующих в Российской Федерации вариантов норовирусов с определением ведущих генотипов/геногрупп (рис. 1.215).

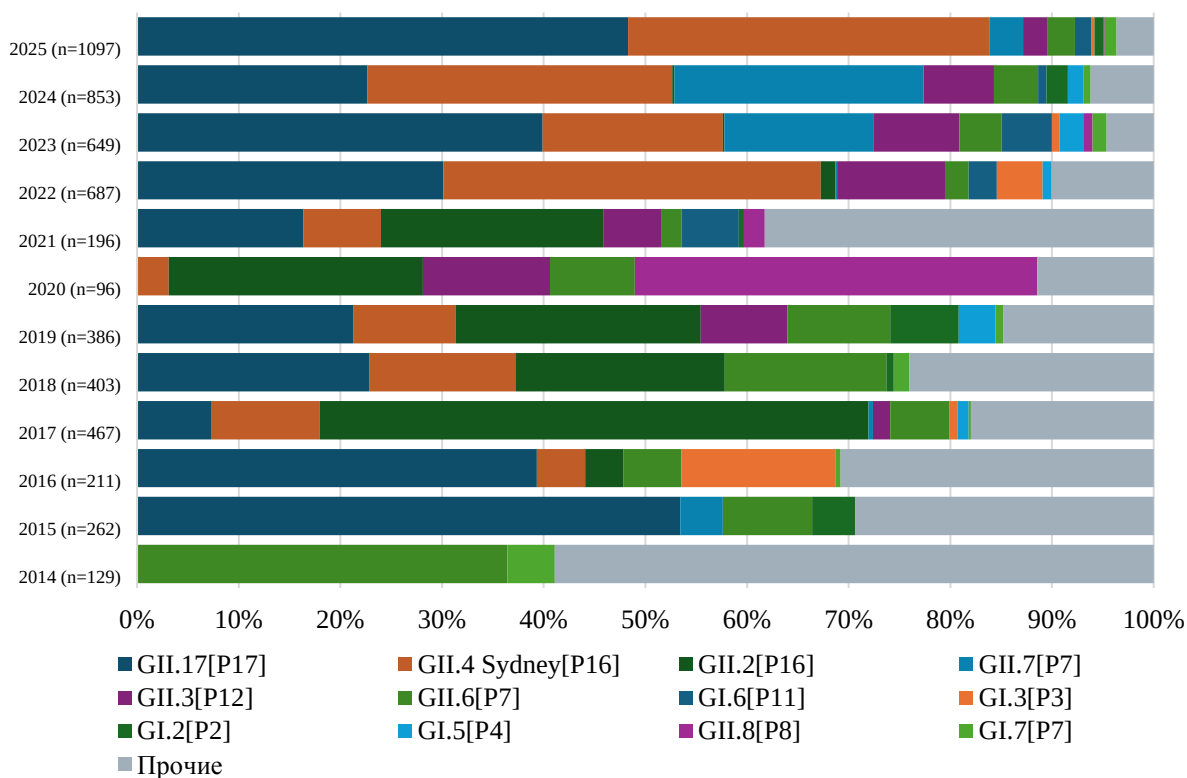


Рис. 1.215. Распространённость преобладающих генотипов/геногрупп норовирусов в эпидемических очагах в Российской Федерации, 2014–2025 гг., %

При анализе результатов генотипирования выборки репрезентативных изолятов при вспышечной и спорадической заболеваемости Референс-центром по мониторингу за ОКИ было выявлено достоверное снижение доли генотипа GII.7[P7] и увеличение доли генотипа GII.17[P17] в 2025 году по сравнению с 2024 годом (табл. 1.73).

Таблица 1.73

**Распространенность генотипов/геногрупп репрезентативных изолятов
норовирусов при вспышечной и спорадической заболеваемости
в Российской Федерации, 2024–2025 гг.**

Ранг	Генотип/ геновариант ORF1/2	2024 (n = 839)	Генотип/ геновариант ORF1/2	2025 (n = 1089)
1	GI.4 Sydney[P16]	30,1 %	GI.17[P17]	48,2 %
2	GI.7[P7]	24,2 %	GI.4 Sydney[P16]	35,6 %
3	GI.17[P17]	22,7 %	GI.7[P7]	3,3 %
4	GI.3[P12]	7,0 %	GI.6[P7]	2,7 %
5	GI.6[P7]	4,4 %	GI.3[P12]	2,4 %
6	GI.2[P2]	2,1 %	GI.6[P11]	1,6 %
7	GI.5[P4]	1,5 %	GI.7[P7]	1,2 %
8	GI.3[P13]	0,9 %	GI.12[P16]	1,2 %
9	GI.4[P4]	0,8 %	GI.2[P2]	0,8 %
10	GI.7[P7]	0,7 %	GI.3[P10]	0,5 %
11	Прочие	5,5 %	Прочие	2,5 %

По итогам 2025 года в Российской Федерации отмечено снижение заболеваемости РВИ в 1,6 раза по сравнению с СМУ и на 28 % – с 2024 годом (рис. 1.216).

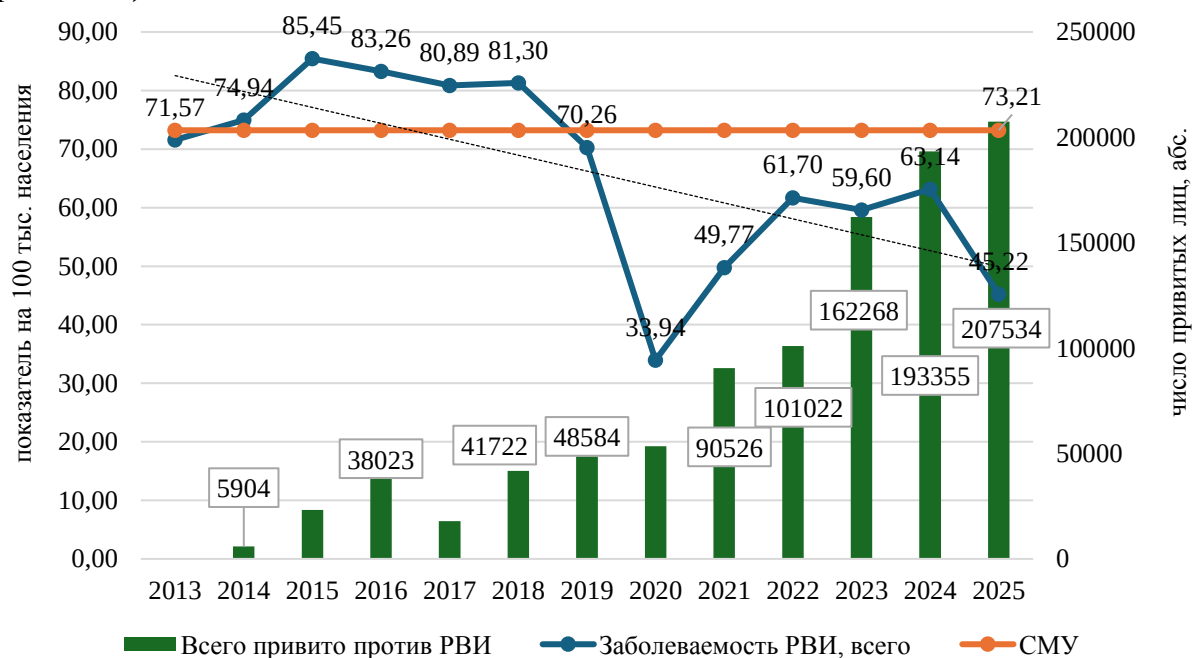


Рис. 1.216. Динамика заболеваемости РВИ (на 100 тыс. населения) и количество привитых против РВИ (абс.) в Российской Федерации в 2013–2025 гг.

Распределение заболеваемости по территории страны неравномерное. В 4 субъектах Российской Федерации заболеваемость в 2025 году превышает СМУ в 2 и более раза (табл. 1.74)

Таблица 1.74

**Субъекты Российской Федерации с ростом заболеваемости РВИ в 2025 г.
по сравнению с СМУ в 1,5 и более раза**

№ п/п	Административная территория	Заболеваемость в 2025 г.	СМУ 2013–2019, 2022–2024 гг.	Рост относительно СМУ
	Российская Федерация	45,22	73,21	↓ в 1,6 раза
1	Карачаево-Черкесская Республика	24,98	4,47	↑ в 5,6 раза
2	Республика Тыва	131,36	60,44	↑ в 2,2 раза
3	Республика Северная Осетия	38,45	18,57	↑ в 2,1 раза
4	Волгоградская область	6,26	4,05	↑ в 1,5 раза

Вместе с тем, случаи заболеваний РВИ с 2017 года не регистрируются в Республике Ингушетия.

Учитывая активную циркуляцию ротавирусов среди детского населения подобные различия показателей заболеваемости могут быть связаны с объемами применения лабораторных методов диагностики ОКИ в медицинских организациях.

Особенностью эпидемического процесса РВИ является наиболее высокая восприимчивость к ротавирусам детей первых лет жизни. В 2025 году в Российской Федерации треть всех случаев заболеваний РВИ зарегистрирована в возрасте 1–2 года, в этой же возрастной группе, как и в прошлые годы, отмечается наибольший показатель заболеваемости (845,81 на 100 тыс. детей данного возраста).

Эффективной мерой профилактики РВИ является иммунизация детей первого года жизни. В Российской Федерации она проводится с 2014 года в рамках календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям. С момента введения иммунизации против РВИ число привитых детей ежегодно увеличивается (рис. 1.260). Однако, охват прививками целевой группы в целом по стране остается недостаточным для существенного влияния на эпидемический процесс данной инфекции (в 2023 г. – 12,07 %, 2024 г. 15,09 %, 2025 г. – 16,70 %).

В отдельных субъектах страны, с учетом наличия региональных программ иммунопрофилактики, удалось достичь более высокого уровня вакцинации детей первого года жизни. Наибольшие показатели охвата, как и в прошлые годы, были достигнуты в Ямало-Ненецком автономном округе (80,9 %), Ненецком автономном округе (69,5 %), Республике Бурятия (68,6 %), Сахалинской области (67,7 %), Ханты-Мансийском автономном округе (60,8 %), Республике Карелия (56,7 %), Новосибирской области (54,1 %), Тульской области (53,9 %), г. Москве (50,3 %).

По данным референс-центра по мониторингу за ОКИ, функционирующим на базе ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора, в 2025 году на территории Российской Федерации сохранилось доминирование генотипа G3P[8], сформировавшееся в 2022 году (рис. 1.217).

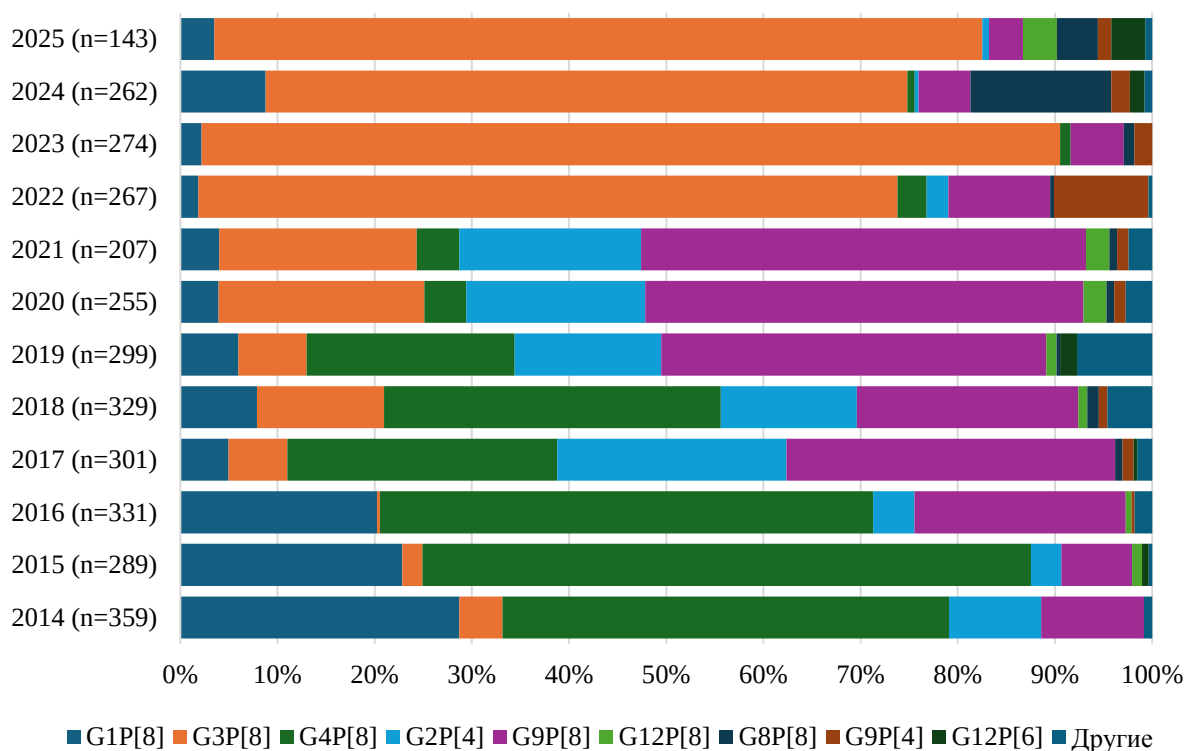


Рис. 1.217. Распространённость превалирующих генотипов ротавирусов в Российской Федерации в 2013–2025 гг., %

Несмотря на снижение заболеваемости, РВИ в 2025 году сохраняет второе место в этиологической структуре групповых очагов ОКИ. В 2025 г. было зарегистрировано 78 очагов РВИ, где пострадало 675 человек, в том числе 586 детей, что не превышает среднееголетних уровней (СМУ – 122 очага, 1,1 тыс. пострадавших, в том числе 1,0 тыс. детей). Объектами риска при формировании очагов групповых заболеваний являются дошкольные образовательные организации, где в 2025 году зарегистрировано 68 групповых очагов с 535 пострадавшими, в том числе 508 – в возрасте до 17 лет.

В многолетней динамике заболеваемость **сальмонеллезом** имеет тенденцию к снижению (рис. 1.218). В 2025 году заболеваемость находилась на уровне СМУ.

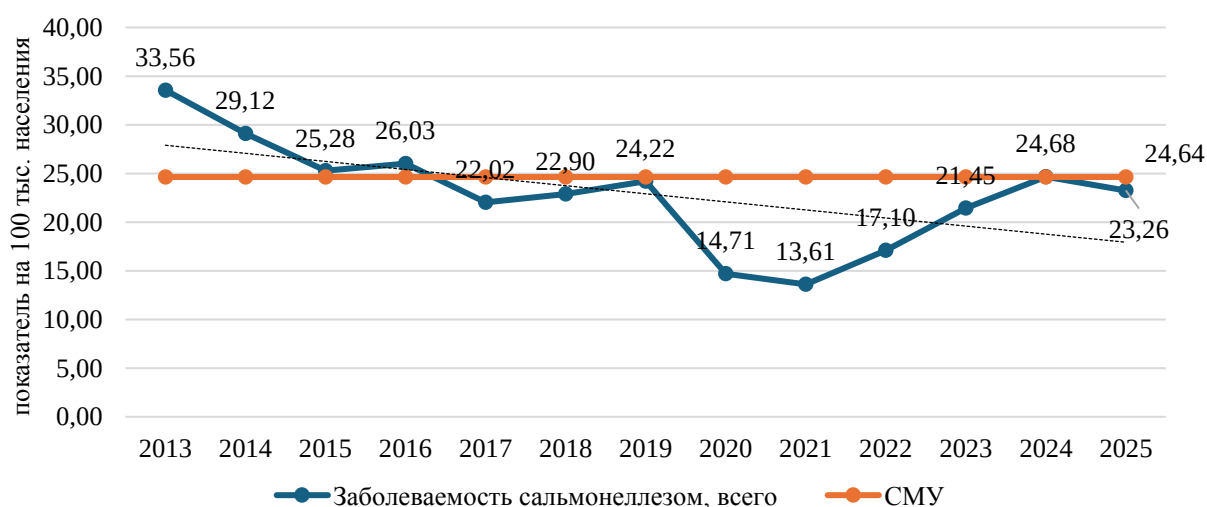


Рис. 1.218. Динамика заболеваемости сальмонеллезом в Российской Федерации в 2013–2025 гг. (на 100 тыс. населения)

Случаи заболеваний сальмонеллезом в 2025 году зарегистрированы во всех субъектах Российской Федерации, кроме Республики Ингушетия. Отмечается неравномерное распределение заболеваемости по территории страны. Единичные случаи зарегистрированы в Чукотском, Ненецком автономных округах и Республике Тыва. В 25 регионах отмечается рост заболеваемости в 2025 году по сравнению с СМУ. Субъекты Российской Федерации с наиболее высокими показателями заболеваемости сальмонеллезом представлены в таблице 1.75.

Таблица 1.75

Субъекты Российской Федерации с наибольшим ростом заболеваемости сальмонеллезом в 2025 г. по сравнению с СМУ

№ п/п	Административная территория	Заболеваемость в 2025 г.	СМУ 2013–2019, 2022–2024 гг.	Рост относительно СМУ
	Российская Федерация	23,26	24,64	↓ на 5,6 %
1	Курганская область	42,74	19,12	↑ в 2,2 раза
2	Карачаево-Черкесская Республика	11,74	6,62	↑ в 1,8 раза
3	Костромская область	26,26	16,06	↑ в 1,6 раза
4	Ярославская область	23,65	14,53	↑ в 1,6 раза
5	Забайкальский край	26,11	16,43	↑ в 1,6 раза
6	Кабардино-Балкарская Республика	14,45	9,14	↑ в 1,6 раза
7	Республика Марий Эл	25,60	16,63	↑ в 1,5 раза
8	Тюменская область	35,47	23,54	↑ в 1,5 раза
9	Камчатский край	37,08	24,68	↑ в 1,5 раза

В 2025 году эпидемический процесс сальмонеллезной инфекции, как при спорадических случаях заболеваний, так и в групповых очагах, поддерживается преимущественно серотипом *Salmonella Enteritidis* группы D, который остается доминирующим сероваром сальмонелл, выделяемых от человека (70 %).

В 2025 году зарегистрировано 58 групповых очагов сальмонеллеза с общим количеством пострадавших 1681 тыс. человек, в том числе 517 в возрасте до 17 лет, что не превышает среднесноголетнего уровня (СМУ – 70 очагов, 1740 пострадавших, в том числе 582 в возрасте до 17 лет). Этиология установлена для всех очагов, большинство из них (57), как в прошлые годы, вызваны серотипом *Salmonella Enteritidis* группы D.

Основной причиной формирования групповых очагов сальмонеллеза служит употребление инфицированной пищи, изготовленной на пищеблоках предприятий общественного питания из небезопасной птицеводческой продукции, что подтверждено почти в 90 % очагов обнаружением генетического материала возбудителя и выделением культур сальмонелл в пробах продовольственного сырья, мясных полуфабрикатов и готовых блюд.

Кроме того, достоверная эпидемиологическая связь пострадавших с единым источником, общим фактором передачи подтверждается результатами углубленных исследований, проводимых Референс-центром по мониторингу за сальмонеллезами, функционирующим на базе ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора, в очагах сальмонеллеза превалировал серотип *Salmonella Enteritidis* (около 94 % расследованных очагов).

По результатам планового мониторинга безопасности продуктов питания, проводимого на базе учреждений Роспотребнадзора, в 2025 году доля образцов с

выявлением сальмонелл составила 0,15 %, что достоверно не отличалось от СМУ (рис. 1.219).

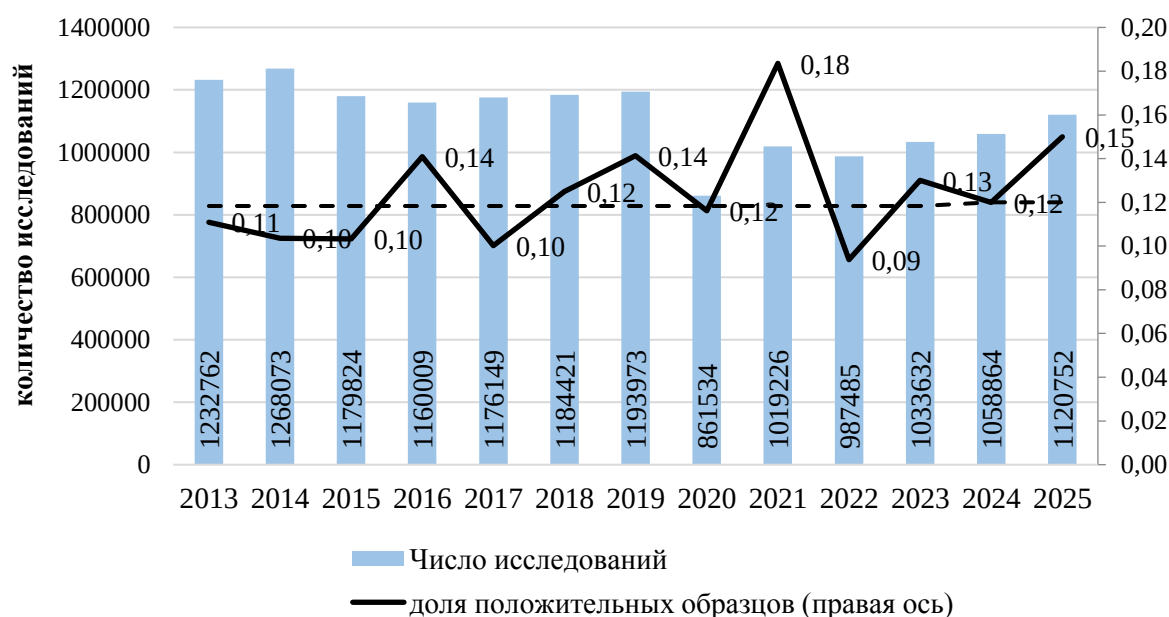


Рис. 1.219. Объемы и результаты исследования продуктов питания на наличие сальмонелл в Российской Федерации в 2013–2025 гг.

На базе референс-центра по мониторингу за сальмонеллезам в 2025 году проведено изучение чувствительности сальмонелл к 11 противомикробным препаратам (амикацин, меропенем, эртапенем, пиперациллин-тазобактам, цефотаксим, гентамицин, колистин, триметоприм/сульфаметоксазол, ципрофлоксацин, хлорамфеникол, тетрациклин). Оценка доли резистентных и чувствительных микроорганизмов проводилась на основе выборки из 380 неповторяющихся изолятов (табл. 1.76).

Таблица 1.76

Резистентность штаммов сальмонелл к отдельным антимикробным препаратам в 2025 году

Серотип, число изолятов	Антимикробный препарат	Объекты окружающей среды	Пищевые продукты	Человек	Всего
1	2	3	4	5	6
<i>Enteritidis</i> , <i>n</i> =173	Ампициллин	1 (0,6 %)	11 (6,4 %)	3 (1,7 %)	15 (8,7 %)
	Цефалоспорины III поколения (цефотаксим)	–	2 (1,2 %)	–	2 (1,2 %)
	Меропенем	–	–	–	–
	Гентамицин	1 (0,6 %)	5 (2,9 %)	8 (4,6 %)	14 (8,1 %)
	Колистин	5 (2,9 %)	35 (20,2 %)	79 (45,7 %)	119 (68,8 %)
	Триметоприм/Сульфаметоксазол	–	1 (0,6 %)	–	1 (0,6 %)
	Ципрофлоксацин	5 (2,9 %)	46 (26,6 %)	90 (52,0 %)	141 (81,5 %)
	Хлорамфеникол	1 (0,6 %)	6 (3,5 %)	1 (0,6 %)	8 (4,6 %)
	Тетрациклин	1 (0,6 %)	3 (1,7 %)	2 (1,2 %)	6 (3,5 %)

Продолжение табл. 1.76

1	2	3	4	5	6
Infantis, n = 52	Ампициллин	–	12 (23,1 %)	2 (3,8 %)	15 (28,8 %)
	Цефалоспорины III поколения (цефотаксим)	–	5 (9,6 %)	1 (1,9 %)	6 (11,5 %)
	Меропенем	–	–	–	–
	Гентамицин	–	1 (1,9 %)	–	1 (1,9 %)
	Колистин	–	1 (1,9 %)	–	1 (1,9 %)
	Триметоприм/Сульфаметоксазол	1 (1,9 %)	21 (40,4 %)	3 (5,8 %)	25 (48,1 %)
	Ципрофлоксацин	2 (3,8 %)	40 (76,9 %)	4 (7,7 %)	50 (96,2 %)
	Хлорамфеникол	1 (1,9 %)	11 (21,2 %)	1 (1,9 %)	13 (25,0 %)
	Тетрациклин	1 (1,9 %)	36 (69,2 %)	3 (5,8 %)	44 (84,6 %)
Muenchen, n = 20 Kentucky, n = 17	Ампициллин	1 (5,0 %)	3 (15,0 %)	1 (5,0 %)	5 (25,0 %)
	Цефалоспорины III поколения (цефотаксим)	–	3 (15,0 %)	–	3 (15,0 %)
	Меропенем	–	–	–	–
	Гентамицин	–	–	1 (5,0 %)	1 (5,0 %)
	Колистин	–	–	–	–
	Триметоприм/Сульфаметоксазол	1 (5,0 %)	–	2 (10,0 %)	3 (15,0 %)
	Ципрофлоксацин	2 (10,0 %)	1 (5,0 %)	13 (65,0 %)	16 (80,0 %)
	Хлорамфеникол				
	Тетрациклин	1 (5,0 %)		1 (5,0 %)	2 (10,0 %)
	Ампициллин	–	2 (11,8 %)	–	2 (11,8 %)
	Цефалоспорины III поколения (цефотаксим)	–	1 (5,9 %)	–	1 (5,9 %)
	Меропенем	–	–	–	–
	Гентамицин	–	1 (5,9 %)	–	1 (5,9 %)
	Колистин	–	1 (5,9 %)	–	1 (5,9 %)
	Триметоприм/Сульфаметоксазол	4 (23,5 %)	6 (35,3 %)	5 (29,4 %)	15 (88,2 %)
	Ципрофлоксацин	5 (29,4 %)	6 (35,3 %)	5 (29,4 %)	17 (100,0 %)
	Хлорамфеникол	5 (29,4 %)	5 (29,4 %)	2 (11,8 %)	12 (70,6 %)
	Тетрациклин	4 (23,5 %)	5 (29,4 %)	5 (29,4 %)	15 (88,2 %)
Монофаз- ный вариант Typhimurium, n=17	Ампициллин	1 (5,9 %)	11 (64,7 %)	2 (11,8 %)	14 (82,4 %)
	Цефалоспорины III поколения (цефотаксим)	–	–	–	–
	Меропенем	–	–	–	–
	Гентамицин	–	1 (5,9 %)		1 (5,9 %)
	Колистин	–	–	–	–
	Триметоприм/Сульфаметоксазол	–	1 (5,9 %)	1 (5,9 %)	2 (11,8 %)
	Ципрофлоксацин	1 (5,9 %)	2 (11,8 %)	2 (11,8 %)	5 (29,4 %)
	Хлорамфеникол	–	2 (11,8 %)	1 (5,9 %)	3 (17,6 %)
	Тетрациклин	–	11 (64,7 %)	1 (5,9 %)	12 (70,6 %)
Typhimurium, n = 9	Ампициллин	–	–	–	–
	Цефалоспорины III поколения (цефотаксим)	–	–	–	–

Продолжение табл. 1.76

1	2	3	4	5	6
	Меропенем	—	—	—	—
	Гентамицин	—	—	—	—
	Колистин	—	—	—	—
	Триметоприм/Сульфаметоксазол	—	—	—	—
	Ципрофлоксацин	—	—	1 (11,1 %)	2 (22,2 %)
	Хлорамфеникол	—	—	—	—
	Тетрациклин	—	—	—	—

Все исследуемые изоляты сальмонелл, циркулирующие на территории Российской Федерации, в 100 % случаев сохраняют чувствительность к амикацину, карбапенемам (меропенем и эртапенем) и пиперациллин-тазобактаму. В отношении других антибиотиков профили резистентности различались между серотипами сальмонелл.

Изоляты *S. Enteritidis* являются наиболее представительной группой в исследовании (173 изолята). Общая резистентность к ципрофлоксацину составила 81,5 % (141 изолят), при этом устойчивые изоляты выделены преимущественно от человека (52,0 %) и из пищевых продуктов (26,6 %). Выявлена высокая доля изолятов (68,8 %, 119) со сниженной чувствительностью к колистину (МПК более 2 мкг/мл), при этом доля клинических изолятов составила 45,7 %. Данный феномен обусловлен природными механизмами устойчивости, связанными со специфическим строением О-антигена (внешней части липополисахарида) у сероваров группы D. Чувствительность к другим противомикробным препаратам, включая цефалоспорины III поколения (ЦС III) и гентамицин, не превышала 1,2 % (2 изолята из пищевых продуктов).

Изоляты *S. Infantis* демонстрируют почти универсальную невосприимчивость к ципрофлоксацину (96,2 %) и тетрациклину (84,6 %). *S. Infantis* показал значительную резистентность к цефалоспорином III поколения (11,5 %, 6 изолятов) и ампициллину (28,8 %). Также для изолятов были свойственны высокие показатели резистентности к тетрациклину (84,6 %) и триметоприм/сульфаметоксазолу (48,1 %).

Изоляты *S. Muenchen* также характеризуется высокой резистентностью к ципрофлоксацину (80,0 %). Устойчивые изоляты к ципрофлоксацину наиболее часто обнаруживались от человека 65 % (13 изолятов). Резистентность к другим классам антибиотиков, кроме триметоприм/сульфаметоксазола (15,0 %) и тетрациклина (10,0 %), была незначительной.

Аналогичная тенденция высокой резистентности к фторхинолонам наблюдалась у *S. Kentucky* (100,0 %). В этой группе также отмечена значительная доля штаммов устойчивых к тетрациклину (88,2 %) и триметоприм/сульфаметоксазолу (88,2 %).

Монофазный вариант *S. Typhimurium* в сравнении с обычной *S. Typhimurium* демонстрирует выраженное преобладание резистентности к традиционным антибиотикам: 70,6 % к тетрациклину и 82,4 % к ампициллину. Показатель резистентности к ципрофлоксацину составил 29,4 %.

Заболеваемость **бактериальной дизентерией (шигеллезом)** в Российской Федерации в многолетней динамике имеет устойчивую тенденцию к снижению (рис. 1.264). В 2025 году уровень заболеваемости был в 2,3 раза ниже СМУ и на 29,1 % ниже уровня 2024 года. Доля лабораторно подтвержденного шигеллеза в 2025 году составил 84,35 %. Заболевания, вызванные *S. Sonnei*, составили 42,29 % от суммы лабораторно подтвержденных случаев шигеллеза, вызванные *S. Flexneri* – 36,67 % (рис. 1.220).

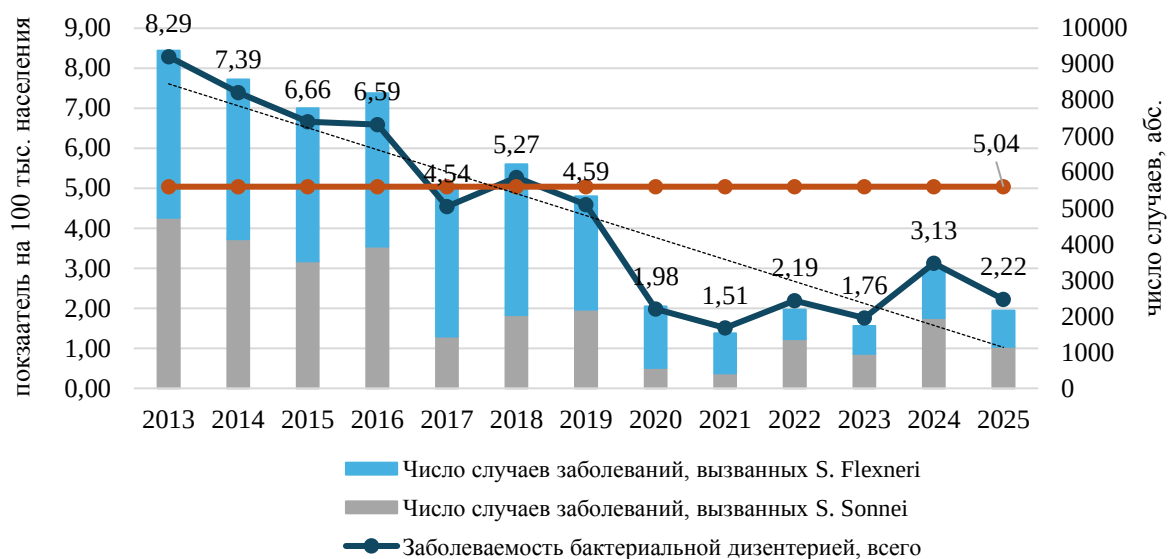


Рис. 1.220. Динамика заболеваемости бактериальной дизентерией (на 100 тыс. населения, абс.) в Российской Федерации в 2013–2025 гг.

Отмечается неравномерное распределение заболеваемости по территории страны. В 16 субъектах Российской Федерации случаи шигеллеза не зарегистрированы, в 34 – зарегистрированы единичные случаи. Наибольший показатель заболеваемости зарегистрирован в Республике Дагестан (36,04 на 100 тыс. населения, 1170 случаев), но вместе с тем в республике отмечается снижение заболеваемости на 32 % по сравнению с СМУ и на 15,7 % – с 2024 годом.

Рост заболеваемости в 2025 году по сравнению с СМУ отмечен в Кабардино-Балкарской Республике в 2,3 раза (2025 г. – 4,74 против СМУ – 2,03), Республике Адыгея в 1,6 раза (2025 – 4,19 против СМУ – 2,63), Республике Башкортостан в 1,5 раза (2025 – 6,41 против СМУ – 4,17), Ямало-Ненецком автономном округе (2025 г. – 6,54 против СМУ – 4,81).

Ежегодно в соответствии с календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям в Российской Федерации против бактериальной дизентерии, вызванной *S. Sonnei*, прививается от 170 до 400 тыс. человек (рис. 1.221). В 2025 году наибольшее число лиц привито в г. Москве (170 278 чел.), Свердловской области (75 575 чел.), г. Санкт-Петербурге (49 088 чел.).

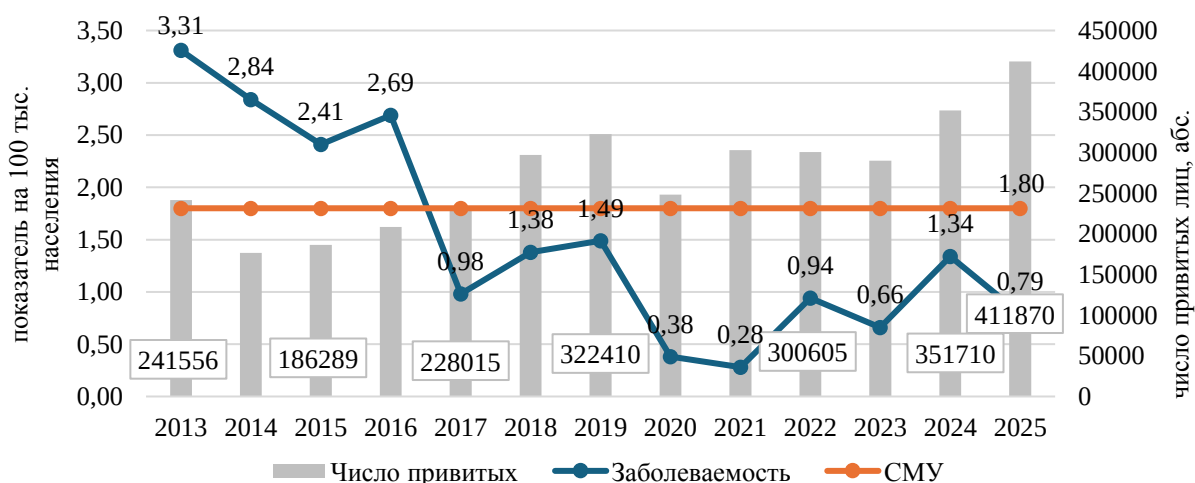


Рис. 1.221. Динамика заболеваемости бактериальной дизентерией, вызванной *S. Sonnei* (на 100 тыс. населения) и числа привитых против нее лиц (абс.) в Российской Федерации в 2013–2025 гг.

В прошедшем году в стране зарегистрировано 4 групповых очага бактериальной дизентерией в трех субъектах Российской Федерации с общим числом пострадавших 512 человек (в 2024 г. – 9 очагов с 747 пострадавшими), что не превышает среднегодовое количество (СМУ – 18 очагов, 509 пострадавших).

При анализе фенотипической резистентности изолятов *Shigella* поступивших в референс-центр по мониторингу ОКИ, функционирующий на базе ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора, показано, что изоляты *S. Flexner* и изоляты *S. Sonnei* демонстрируют 100 % чувствительность к пиперациллину-тазобактаму, меропенему, амикацину, тобрамицину и колистину (табл. 1.77).

Таблица 1.77

Резистентность к антимикробным препаратам *S. flexneri* и *S. sonnei* в 2025 г.

Антимикробный препарат	<i>S. flexneri</i> (n = 29)	<i>S. sonnei</i> (n = 22)
Ампициллин	100 %	63,63 %
Ампициллин-сульбактам	93,10 %	100 %
Пиперациллин-тазобактам	–	–
ЦС III (Цефотаксим)	68,90 %	63,63 %
Меропенем	–	–
Гентамицин	–	27,27 %
Амикацин	–	–
Тобрамицин	–	–
Колистин	–	–
Триметоприм-сульфаметоксазол	27,58 %	59,09 %
Ципрофлоксацин	100 %	68,18 %
Хлорамфеникол	100 %	–
Тетрациклин	100 %	54,54 %
Азитромицин	10,34 %	100 %

Анализ данных антибиотикорезистентности демонстрирует значительные различия в профилях устойчивости двух видов *Shigella*.

Изоляты *S. flexneri* (n = 29) характеризуются критическим уровнем резистентности, достигающим 100 % к ампициллину, ципрофлоксацину, хлорамфениколу и тетрациклину, что существенно ограничивает возможности терапии. Кроме того, для данной группы характерны высокие показатели устойчивости к ампициллину-сульбактаму (93,10 %) и цефотаксиму (68,90 %), однако сохраняется чувствительность к азитромицину, к которому резистентны 10,34 % штаммов.

Профиль резистентности *S. sonnei* (n = 22) демонстрирует полную (100 %) устойчивость к азитромицину и ампициллину-сульбактаму. Данная группа также характеризуется высокими показателями резистентности к ципрофлоксацину (68,18 %), цефотаксиму (63,63 %) и ампициллину (63,63 %). Тем не менее, по сравнению с *S. flexneri*, штаммы *S. sonnei* проявляют более умеренную устойчивость к тетрациклину (54,54 %), а также демонстрируют меньшую распространенность резистентности к ряду других антибактериальных препаратов.

С 2002 года Российская Федерация продолжает сохранять статус территории, свободной от **полиомиелита**. В 2025 году мероприятия по его поддержанию осуществлялись в рамках Национального плана действий на 2025–2027 годы, утвержденного Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека совместно с Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Эндемичная циркуляция дикого полиовируса типа 1 (ДПВ1) сохраняется на территории двух государств – Афганистана и Пакистана. В 2025 году в указанных странах отмечено улучшение эпидемиологической обстановки, зарегистрировано 52 случая полиомиелита, вызванного ДПВ1 (в 2024 году – 99 случаев).

Результаты дополнительных видов надзора, таких как мониторинговые исследования проб сточных вод и биологического материала от здоровых носителей, свидетельствуют о продолжающейся циркуляции ДПВ1 среди населения эндемичных стран, что сохраняет риск его трансграничного распространения (в 2025 г. ДПВ1 был выделен из 754 проб, в 2024 г. – из 772 проб).

В мире сохраняется значительное число не привитых против полиомиелита детей, что создает условия для возникновения и распространения циркулирующих полиовирусов вакцинного происхождения (цПВВП), в том числе за пределами традиционно неблагополучных территорий. Их появление обусловлено длительной циркуляцией вакцинных штаммов в среде неиммунизированного населения с последующим накоплением мутаций. В результате такие вирусы приобретают эпидемиологическую значимость, сопоставимую с дикими полиовирусами, и способны вызывать случаи заболевания и вспышки в группах с низким уровнем иммунизации. Указанные процессы определяют актуальность цПВВП как одного из ключевых вызовов на завершающем этапе Глобальной программы ликвидации полиомиелита.

В 2025 году в 37 странах выявлена неблагоприятная эпидемиологическая обстановка, связанная с цПВВП всех типов, при этом тенденция к ее снижению: в 2025 году зарегистрировано 233 случая заболеваний, что в 2 раза меньше, чем в 2024 году (463 случая).

Несмотря на снижение в мире числа случаев полиомиелита, ассоциированного с цПВВП, в 2025 году эпидемиологическая ситуация остается напряженной и характеризуется нестабильностью, сохраняется широкая географическая распространенность цПВВП, в том числе завозы в страны Европейского региона ВОЗ (Израиль, Республика Польша, Федеративная Республика Германия, Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии). Значительная доля выявленных цПВВП, выявленных из проб сточной воды, приходится на результаты мониторинга окружающей среды, что указывает на скрытую циркуляцию вирусов среди населения, в том числе в регионах с высокими показателями охвата вакцинацией инактивированной полиовирусной вакциной (ИПВ). Основной вклад в структуру заболеваемости, по-прежнему, вносит цПВВП типа 2 (93 % или 217 случаев).

Пока в мире остаются страны, где продолжается эндемичная передача ДПВ или цПВВП, будет сохраняться риск международного распространения в страны свободные от полиомиелита, в том числе в Российскую Федерацию, а также риски:

1) появления цПВВП (при увеличении числа детей, не привитых против полиомиелита или при выделении ПВВП лицами с некоторыми иммунодефицитными состояниями).

2) возникновение случаев вакциноассоциированного паралитического полиомиелита (ВАПП) при несоблюдении санитарно-эпидемиологических требований по его профилактике.

3) утечки полиовируса с производства полиовирусных вакцин или лабораторий, работающих с полиовирусами при нарушении требований биологической безопасности (контейнмент полиовирусов).

Проблема ВАПП стоит перед всеми странами, использующими оральную полиовирусную вакцину (ОПВ). Вместе с тем, ВАПП в Российской Федерации благодаря принятым мерам – редкое событие. Порядок плановой иммунизации в рамках национального календаря профилактических прививок, с первичным применением ИПВ позволяет предотвратить развитие ВАПП при дальнейшей ревакцинации ОПВ. Для профилактики контактных случаев у не привитых детей необходимо соблюдение

санитарно-эпидемиологических требований по их разобщению с недавно привитыми ОПВ. Данные меры позволили снизить число случаев ВАПП в Российской Федерации с 14 в 2002 году до 1–2 в 2024–2025 гг.

В 2025 г. в Российской Федерации зарегистрировано 2 случая ВАПП в двух субъектах страны. В первом случае был зарегистрирован ВАПП у реципиента, получившего первую вакцинацию ОПВ в Республике Таджикистан. Во втором случае – ВАПП у контактного не привитого (по причине отказа законного представителя от проведения профилактических прививок) ребенка из цыганской семьи, в отношении которого не были соблюдены меры по разобщению с недавно привитым ОПВ.

В Краснодарском крае в 2025 г. из пробы сточной воды изолирован ПВВП типа 2. По данному факту Роспотребнадзором проведено эпидемиологическое расследование, оценка риска дальнейшего распространения вируса, организован комплекс противоэпидемических и профилактических мероприятий, включая иммунизацию детского населения, в соответствии с санитарным законодательством и с учетом рекомендаций ВОЗ. В результате своевременно и в полном объеме проведенных мероприятий по недопущению распространения вируса, новых случаев выделения ПВВП типа 2 не зарегистрировано.

Глобальная ситуация и выделение эпидемиологически значимых полиовирусов, подчеркивают актуальность рисков для Российской Федерации и высокую значимость иммунизации как единственного профилактического мероприятия в отношении данной инфекции для сохранения здоровья детского населения.

В Российской Федерации профилактические прививки проводятся в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям (приказ Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 06.12.2021 № 1122н, ред. от 25.05.2022), а также с соблюдением требований санитарного законодательства по безопасности иммунизации и профилактике поствакцинального осложнения в виде ВАПП.

Показатели охвата детей своевременной иммунизацией против полиомиелита в многолетней динамике находятся на уровне более 95 % (рис. 1.222). В 2025 г. в целом по стране охват своевременной иммунизацией против полиомиелита в возрасте 12 мес. составил 96,78 %, в возрасте 24 мес. – 95,61 %. Охват третьей ревакцинацией в возрасте 6 лет достиг 93,83 %.

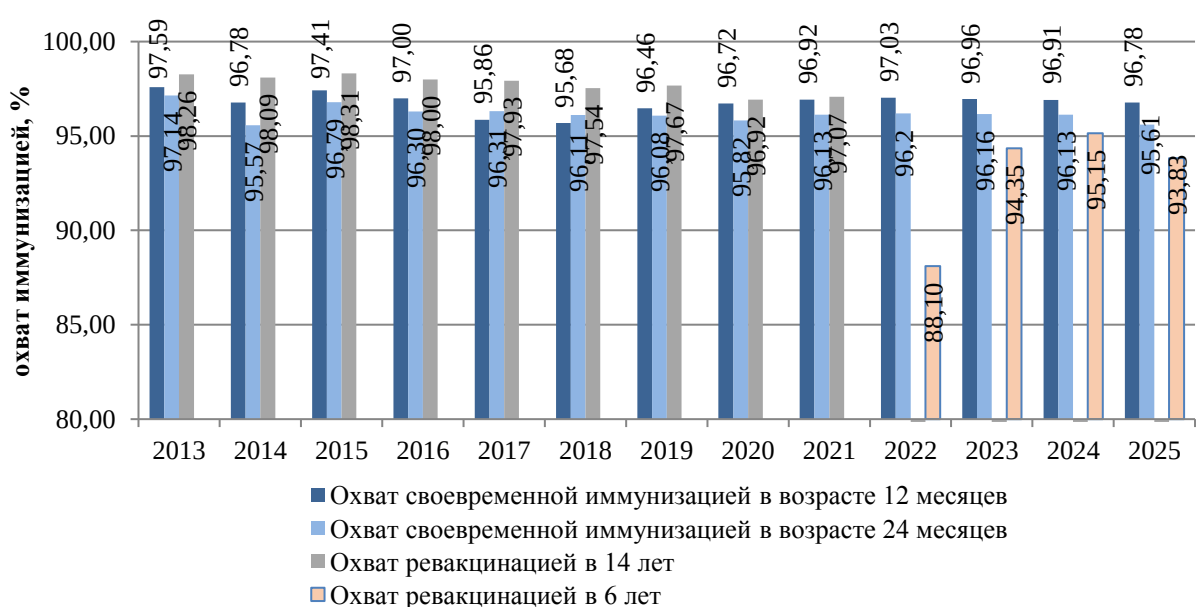


Рис. 1.222. Динамика показателей охвата иммунизацией против полиомиелита в Российской Федерации в 2013–2025 гг., %

Однако сохраняются проблемы в области организации иммунопрофилактики в ряде регионов. Так, в 2025 г. в возрасте 12 месяцев не достигнут показатель охвата детей своевременной иммунизацией против полиомиелита в возрасте 12 мес. в 4 субъектах страны (2024 г. – в 1, 2023 г. – в 2, 2022 г. – в 4), в возрасте 24 месяцев – в 10 (2024 г. – 4, 2023 г. – 4, 2022 г. – в 5), показатель охвата третьей ревакцинацией в 6 лет – в 21 (2024 г. 18, 2023 г. – 20, 2022 – в 37), из них в 9 территориях снижение охвата в возрасте 6 лет регистрируется на протяжении четырех лет подряд (2022–2025 гг.).

Снижение показателей охвата (<95 %) детей своевременной иммунизацией в субъектах Российской Федерации обусловлено несоблюдением сроков поставок вакцинных препаратов и их недостаточным объемом.

Ежегодно проводится оценка напряженности поствакцинального иммунитета к полиовирусу в ближайшие сроки после вакцинации и ревакцинации, а у взрослых – оценка фактического состояния иммунитета к полиовирусу в отдаленные сроки.

В 2025 году 97 % детей из числа обследованных (суммарно во всех индикаторных группах) имеют защитные (вируснейтрализующие) антитела к полиовирусу типа 1, 95 % – к полиовирусу типа 2, 94 % – к полиовирусу типа 3, что свидетельствует о высоком уровне поствакцинального иммунитета. Среди обследованных взрослых в возрасте 20–49 лет (суммарно во всех индикаторных группах) 97 % имеют защитные (вируснейтрализующие) антитела к полиовирусу типа 1, 96 % – к полиовирусу типа 2, 89 % – к полиовирусу типа 3, что показывает высокую фактическую защищенность взрослого населения.

В целях поддержания статуса Российской Федерации как территории, свободной от полиомиелита, необходимо обеспечить поддержание высокого уровня охвата профилактическими прививками против полиомиелита в декретированные возрастные периоды, принять меры по недопущению накопления числа неиммунизированных детей, поддерживать высокую чувствительность системы эпидемиологического надзора за полиомиелитом для своевременного выявления эпидемиологически значимых полиовирусов в случае их завоза на территорию Российской Федерации, а также обеспечить неукоснительное соблюдение требований санитарного законодательства по профилактике ВАПП.

В постсертификационный период в Российской Федерации эпидемиологический надзор за **энтеровирусной (неполио) инфекцией (ЭВИ)**, является составной частью системы надзора за полиомиелитом и осуществляется в рамках Национального плана на 2025–2027 годы, а также в соответствии с ведомственной Программой «Эпидемиологический надзор профилактика энтеровирусной (неполио) инфекции на 2023–2027 гг.».

В многолетней динамике в Российской Федерации отмечались периодические подъемы заболеваемости ЭВИ (рис. 1.220). В соответствии с прогнозами референс-центра по мониторингу за ЭВИ, функционирующего на базе ФБУН «Нижегородский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. академика И.Н. Блохиной» Роспотребнадзора в 2025 году ожидался рост заболеваемости ЭВИ, в связи с чем были приняты дополнительные меры по снижению рисков формирования очагов ЭВИ в детских образовательных и оздоровительных организациях в период сезонного подъема заболеваемости.

В 2025 году в работу территориальных органов и учреждений Роспотребнадзора были внедрены новые методические документы – МУ 3.1.1.4015–24 «Эпидемиологический надзор и профилактика энтеровирусной (неполио) инфекции», МУК 4.2.4063–24 «Организация и проведение исследований материала из окружающей среды на полиовирусы, непوليوэнтеровирусы», проведены семинары по вопросам эпидемиологического надзора за ЭВИ, организации профилактических мероприятий

среди населения и на объектах риска распространения ЭВИ, противоэпидемических мероприятий в очагах ЭВИ.

По итогам 2025 г. зарегистрировано 37 798 случаев заболеваний ЭВИ, показатель заболеваемости составил 25,87 на 100 тыс. населения, что превысило СМУ в 2,4 раза (10,63) и уровень 2024 г. в 1,8 раза (14,69). Увеличение показателя заболеваемости в 2025 году обусловлено, в том числе, улучшением выявления малых и экзантемных форм ЭВИ.

Основной вклад в эпидемический процесс ЭВИ вносит детское население. В 2025 г. доля детей в возрасте до 17 лет составила 97 % (36 627 случаев, показатель – 122,69 на 100 тыс. населения данного возраста), что превысило СМУ (49,19 на 100 тыс. населения) в 2,5 раза.

В 2025 г. клиническая структура заболеваемости ЭВИ определялась формами без поражения центральной нервной системы (экзантема, везикулярный фарингит, везикулярный стоматит с экзантемой и др.), удельный вес энтеровирусного менингита (ЭВМ) составил 3,37 %.

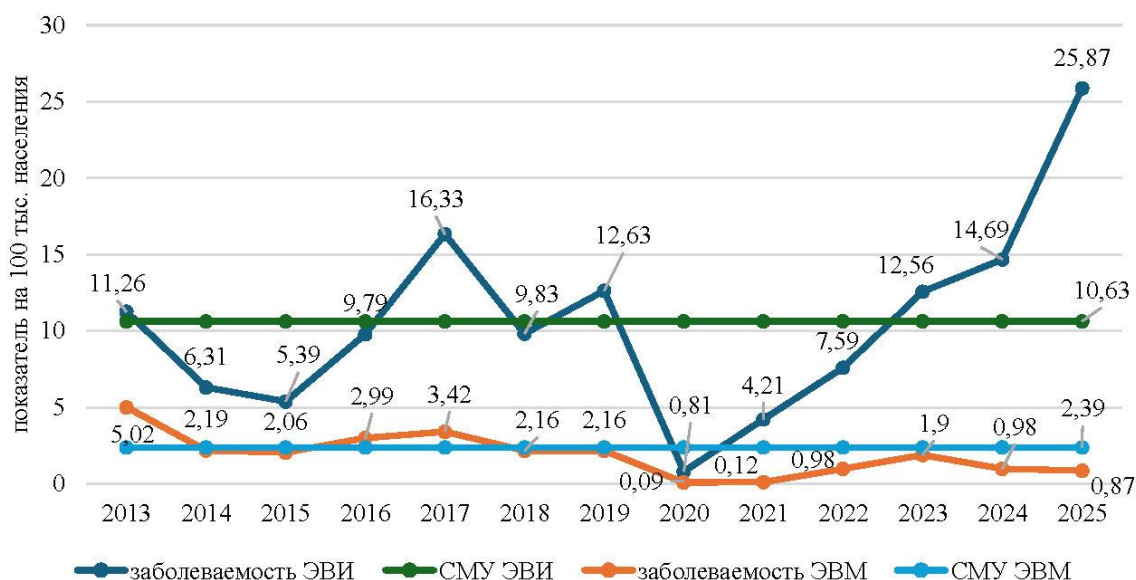


Рис. 1.223. Динамика заболеваемости ЭВИ и ЭВМ в Российской Федерации в 2013–2025 гг., на 100 тыс. населения

По данным референс-центра по мониторингу за ЭВИ на базе ФБУН «Нижегородский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. академика И.Н. Блохиной» Роспотребнадзора, Хабаровского и Урало-Сибирского региональных научно-методических центров по изучению энтеровирусной инфекции (ФБУН «Хабаровский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии» Роспотребнадзора и ФБУН «Федеральный научно-исследовательский институт вирусных инфекций «Виром» Роспотребнадзора) в 2025 г., также, как и в 2022–2024 гг., чаще других неполиомиелитных полиовирусов (НПЭВ) выявлялись вирусы СА16 и СА6, СА71, что соответствует прогнозу референс-центра по мониторингу за ЭВИ на 2025 год.

В 2025 году завершен пилотный проект «Эпидемиологический надзор за случаями заболеваний с синдромом острого вялого паралича, вызываемыми неполиомиелитными энтеровирусами», выполненного в соответствии с приказом Роспотребнадзора № 256 от 14.05.2021. Результаты исследования показывают, что

НПЭВ CVA16 EV-A71 вызывают неврологические заболевания, которые манифестируют синдромом ОВП и заканчиваются стойкими остаточными параличами.

Заболеваемость ЭВМ в 2025 г. (0,87 на 100 тыс. населения) снизилась по сравнению с СМУ (2,39) в 2,7 раза. В возрастной структуре заболевших ЭВМ доля детского населения в возрасте до 17 лет составила 88,69 % (1129 случая) от всех зарегистрированных случаев ЭВМ. Показатель заболеваемости ЭВМ детей в возрасте до 17 лет составил 3,78 на 100 тыс. населения данного возраста, что не превышает СМУ (9,16 на 100 тыс. населения данного возраста).

Ежегодно отмечаются существенные различия показателей заболеваемости ЭВИ в субъектах Российской Федерации, что может быть связано с сочетанием различных факторов – спектра циркулирующих неполиомиелитных энтеровирусов, полноты регистрации различных клинических форм и их лабораторной диагностики, уровня фоновой и вспышечной заболеваемости.

Наиболее высокие показатели заболеваемости ЭВИ ежегодно отмечаются в Дальневосточном (85,18), Уральском (62,07) федеральных округах, при этом в 2025 г. к числу территорий с повышенным уровнем заболеваемости также отнесен Северо-Западный федеральный округ (42,39).

В 2025 г. показатель заболеваемости ЭВИ превысил СМУ в 59 субъектах Российской Федерации, из них в 38 – в два и более раза. Субъекты с наиболее высоким ростом отражены в табл. 1.78

Таблица 1.78

**Субъекты страны с наиболее высоким ростом заболеваемости ЭВИ
по сравнению с СМУ в 2025 г.**

№	Субъект Российской Федерации	Заболеваемость в 2025 г. (на 100 тыс. нас.)	СМУ 2013–2019, 2022–2024 (на 100 тыс. нас.)	Сравнение 2025 г. с СМУ
1.	Российская Федерация	25,87	10,63	↑ в 2,4 раза
2.	Псковская область	47,59	1,39	↑ в 34,2 раза
3.	Оренбургская область	89,37	7,61	↑ в 11,7 раза
4.	Тверская область	54,8	4,83	↑ в 11,3 раза
5.	Калининградская область	199,05	19	↑ в 10,5 раза
6.	Республика Карелия	41,23	4,25	↑ в 9,7 раза
7.	Новгородская область	73,61	9,51	↑ в 7,7 раза
8.	Красноярский край	114,21	17,04	↑ в 6,7 раза
9.	Камчатский край	59,26	11,35	↑ в 5,2 раза
10.	Кемеровская область	25,22	5,08	↑ в 5,0 раза
11.	Ямало-Ненецкий автономный округ	148,79	30,16	↑ в 4,9 раза
12.	Приморский край	36,27	7,48	↑ в 4,8 раза
13.	Амурская область	136,52	29,88	↑ в 4,6 раза
14.	Республика Алтай	87,92	19,55	↑ в 4,5 раза

Вместе с тем, случаи ЭВИ в 2025 г. не зарегистрированы в Республике Ингушетия. Единичные случаи заболеваний (менее 10) зарегистрированы в Республике Северная Осетия – Алания, Карачаево-Черкесской Республике.

Продолжился рост числа очагов групповой заболеваемости ЭВИ и числа пострадавших. В 2025 г. зарегистрировано 235 очагов (в 2024 г. – 178, в 2023 г. – 80, 2022 г. – 26) с числом пострадавших 1897 человек. Доля детей в возрасте до 17 лет – 97,84 % (1856 человек). При формировании очагов групповой заболеваемости ЭВИ

объектами риска являются образовательные организации, особенно дошкольные, а также летние оздоровительные, досуговые и развлекательные.

В очагах групповой заболеваемости преобладали клинические формы ЭВИ без поражения центральной нервной системы (везикулярный фарингит, везикулярный стоматит с экзантемой и др.). Очаги ЭВМ, включая очаги с комбинацией ЭВМ и экзантемных форм, выявлены в 4 субъектах страны: г. Санкт-Петербурге (1 очаг), Хабаровском крае (1), Астраханской области (1), Саратовской области (1).

В 196 очагах групповой заболеваемости референс-центром по мониторингу за ЭВИ и региональными научно-методическими центрами по изучению ЭВИ проведена расшифровка выделенных неполиомиелитных энтеровирусов до типа (83,4 %). Наиболее часто этиологическим агентом был СА16 (117 очагов). В очагах ЭВМ–ЕСНО 18 (2 очага), смесь ЕСНО 18, ЕСНО 14 (1 очаг) и СВ3, СВ2, СА71 (1 очаг).

По результатам ретроспективного анализа заболеваемости ЭВИ, проведенного референс-центром по мониторингу за ЭВИ, функционирующем на базе ФБУН «Нижегородский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. академика И.Н. Блохиной» Роспотребнадзора, средний расчетный прогностический показатель в целом по Российской Федерации на 2026 г. составил $I_{\text{средн.прогн.}} = 14,37 \text{ } ^0/_{0000}$, что в 1,3 раза выше среднееголетнего ($10,65 \text{ } ^0/_{0000}$); [$I_{\text{max.прогн.}} = 18,34 \text{ } ^0/_{0000}$, $I_{\text{min.прогн.}} = 12,26 \text{ } ^0/_{0000}$]. Средний расчетный прогностический показатель заболеваемости ЭВМ на 2026 г.: $I_{\text{средн.прогн.}} = 1,13 \text{ } ^0/_{0000}$ [$I_{\text{max.прогн.}} = 2,30 \text{ } ^0/_{0000}$, $I_{\text{min.прогн.}} = 0,45 \text{ } ^0/_{0000}$], что выше, чем фактическая заболеваемость в 2025 г. ($0,87 \text{ } ^0/_{0000}$) но ниже среднееголетнего уровня (2013–2019, 2022–2024 гг., $2,39 \text{ } ^0/_{0000}$).

Референс-центром по мониторингу за ЭВИ, функционирующем на базе ФБУН «Нижегородский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. академика И.Н. Блохиной» Роспотребнадзора, в 2026 году прогнозируется продолжение активной циркуляции вирусов *Coxsackie A6* и *Coxsackie A16* с риском формирования очаговой заболеваемости на территориях всех федеральных округов. Не исключена вероятность дальнейшего распространения *Enterovirus alphacoxsackie 71* генотипа *C1* и заноса *Enterovirus alphacoxsackie 71* генотипа *B5*.

Причиной обострения эпидситуации по ЭВМ в 2026 г. могут стать заносы и распространение ряда вирусов вида *Enterovirus betacoxsackie*, не регистрировавшихся в Российской Федерации в предыдущие годы.

Эпидемиологическая ситуация по **вирусным гепатитам** в Российской Федерации в последние годы демонстрирует разнонаправленные тенденции: на фоне снижения числа острых случаев (далее – ОВГ) сохраняется значительная распространенность хронических форм (далее – ХВГ).

На структуру заболеваемости и циркуляцию гепатотропных вирусов существенно влияют увеличение охвата вакцинацией против гепатита В, повышение охвата лабораторной диагностикой и доступностью противовирусной терапии. Дополнительное значение приобретают социально-демографические и поведенческие факторы, включая миграционные процессы, изменения в паттернах употребления наркотических средств и другие пути передачи, которые поддерживают риск распространения инфекции.

В 2025 году ОВГ впервые выявлен у 4784 человек, показатель заболеваемости составил 3,27 случаев на 100 тыс. населения (что не превышает СМУ – 6,22 на 100 тыс. населения и ниже заболеваемости прошлого года в 1,9 раз (рис. 1.224).

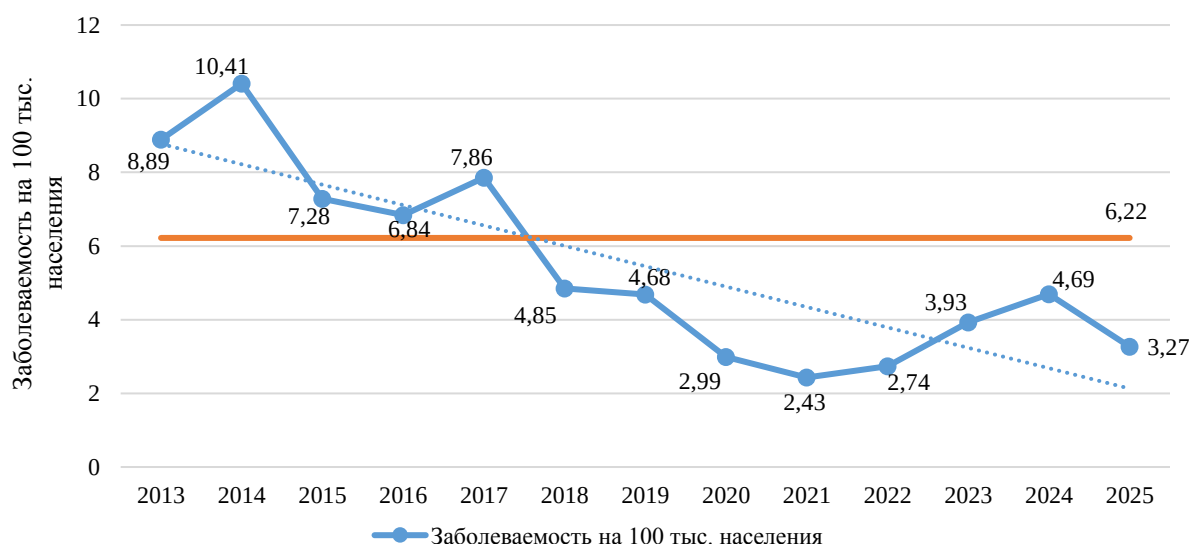


Рис. 1.224. Динамика заболеваемости острыми гепатитами в Российской Федерации в 2013–2025 гг. (на 100 тыс. населения)

Таблица 1.79

Субъекты Российской Федерации с наиболее высоким уровнем заболеваемости острыми вирусными гепатитами в 2025 году

№ п/п	Субъекты	Количество случаев (абс.)	Заболеваемость на 100 тыс. населения	СМУ (2013–2019 гг. и 2022–2024 гг.)	Рост/снижение относительно СМУ, раз/%
	Российская Федерация	4784	3,27	6,22	↓ в 1,9 раза
1	Камчатский край	75	25,99	5,39	↑ в 4,8 раза
2	Самарская область	386	12,37	8,4	↑ на 47,3 %
3	Красноярский край	225	7,92	7,38	↑ на 7,3 %
4	Новгородская область	40	7,03	4,18	↑ в 1,7 раза
5	Тверская область	80	6,69	6,39	↑ на 4,7 %
6	г. Санкт-Петербург	350	6,22	8,35	↓ на 25,5 %
7	Владимирская область	80	6,14	7,69	↓ на 20,2 %
8	Ханты-Мансийский автономный округ – Югра	84	4,74	8,85	↓ в 1,9 раза
9	г. Москва	597	4,52	8,25	↓ в 1,8 раза
10	Астраханская область	40	4,23	3,99	↑ на 6,0 %

В структуре заболеваемости ОВГ в 2025 году преобладал острый гепатит А (58,4 %), удельный вес которого снизился на 7,6 % по сравнению с 2013 годом (65 %). Доля острого гепатита В уменьшилась в 1,9 раза – с 15 % в 2013 году до 8 % в 2025 году. Удельный вес острого гепатита С вырос на 13 процентных пунктов – с 16 % в 2013 году до 29 % в 2025 году. Доля гепатитов неясной этиологии сократилась с 3 % в 2013 году до 2 % в 2025 году (рис. 1.225).

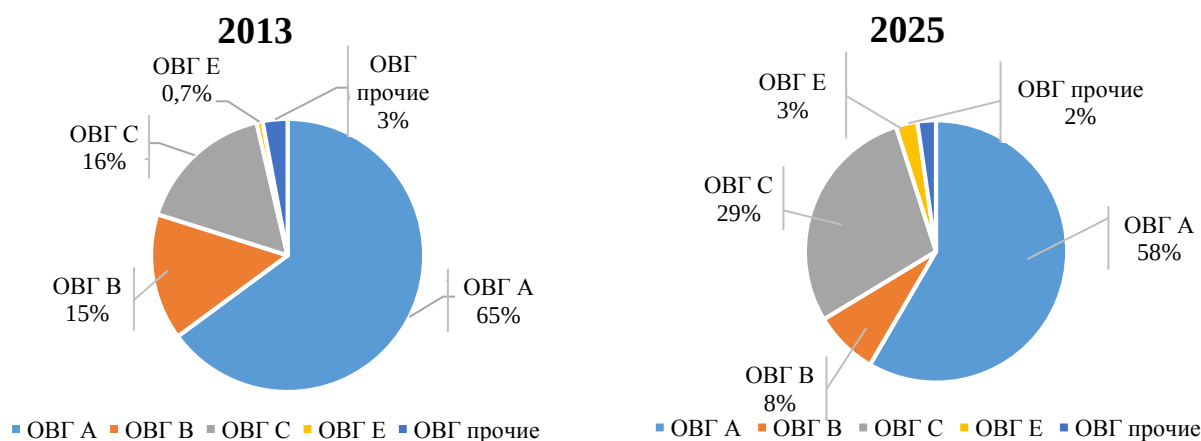


Рис. 1.225. Этиологическая структура острых вирусных гепатитов в Российской Федерации в 2013 г. и 2025 г., %

Заболеваемость гепатитом А (ГА) в Российской Федерации в многолетней динамике сохраняет тенденцию к снижению (рис. 1.226). В период с 2014 по 2025 год показатель снизился практически в 4 раза – с 7,19 до 1,91 на 100 тыс. населения. Абсолютный минимум (1,45 на 100 тыс. населения) был зафиксирован в 2021 году. В 2025 году заболеваемость ГА в 2,1 раза ниже СМУ (4,01) и в 1,6 раза – в сравнении с 2024 годом (3,15).

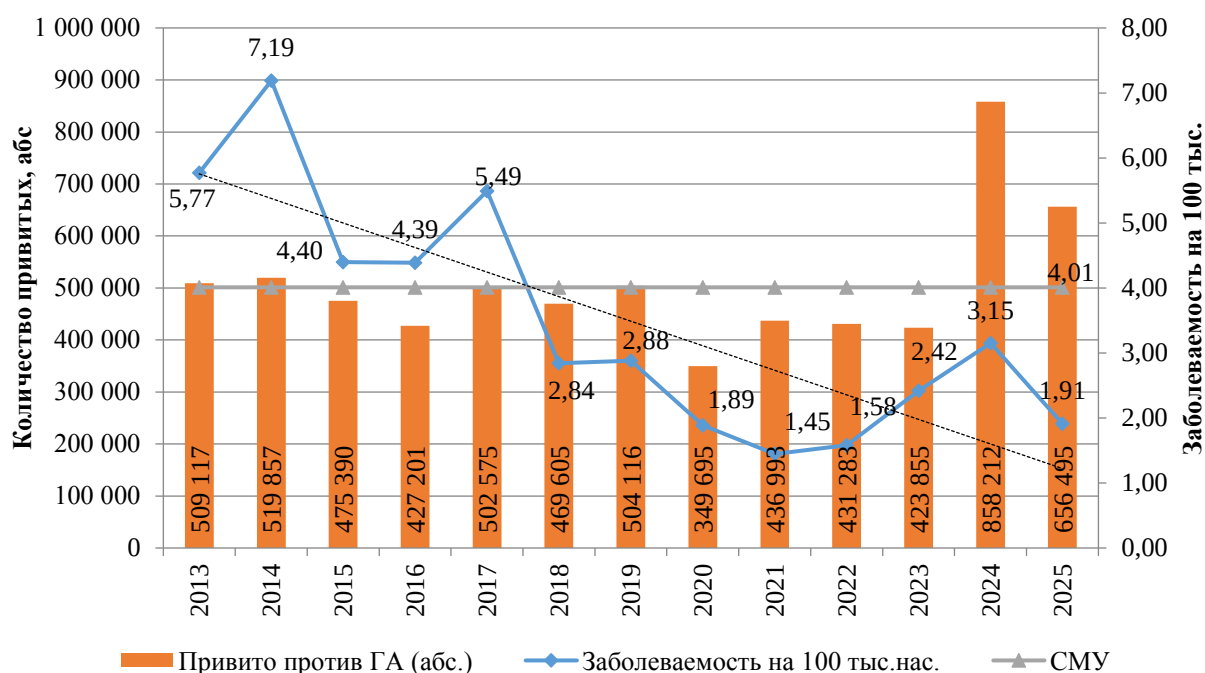


Рис. 1.226. Динамика заболеваемости гепатитом А (показатель на 100 тыс. населения) и количество привитых против гепатита А (абс.) в Российской Федерации, 2013–2025 гг.

Высокая заболеваемость ГА в 2025 году (превышающая среднероссийский показатель) зарегистрирована в Самарской области – 10,29 на 100 тыс. населения, где показатель в 1,6 раз превышает СМУ (6,32). Также высокая заболеваемость отмечалась в Новгородской области (табл. 1.80).

Таблица 1.80

Регион	2024	2025	СМУ (2013–2019 гг. и 2022–2024 гг.)	Рост/снижение относительно			
				СМУ, %/раз	Пр. год, %/раз	РФ, %/раз	ФО, %/раз
Российская Федерация	3,15	1,91	4,01	↓ в 2,1 раза	↓ в 1,6 раза	Х	Х
СЗФО	3,87	2,09	4,05	↓ в 1,9 раза	↓ в 1,9 раза	↑ на 9,4 %	Х
Новгородская область	1,57	6,32	2,7	↑ в 2,3 раза	↑ в 4,0 раза	↑ в 3,3 раза	↑ в 3,0 раза
ПФО	3,04	2,16	4,52	↓ в 2,1 раза	↓ на 28,9 %	↑ на 13,1 %	Х
Самарская область	4,62	10,3	6,32	↑ в 1,6 раза	↑ в 2,2 раза	↑ в 5,4 раза	↑ в 4,8 раза

Субъекты Российской Федерации с наиболее высокими показателями заболеваемости ГА представлены в табл. 1.81.

Таблица 1.81

**Субъекты Российской Федерации с наиболее высоким уровнем
заболеваемости гепатитом А в 2025 году**

№	Субъекты	2024	2025	СМУ (2013–2019 гг. и 2022–2024 гг.)	Рост/снижение относительно			
					СМУ, %/раз	Пр. год, %/раз	РФ, %/раз	ФО, %/раз
	Российская Федерация	3,15	1,91	4,01	↓ в 2,1 раза	↓ в 1,6 раза	Х	Х
1	Самарская область	4,62	10,29	6,32	↑ в 1,6 раза	↑ в 2,2 раза	↑ в 5,4 раза	↑ в 4,8 раза
2	Красноярский край	4,08	6,33	5,69	↑ на 11,2 %	↑ в 1,6 раза	↑ в 3,3 раза	↑ в 2,5 раза
3	Новгородская область	1,57	6,32	2,7	↑ в 2,3 раза	↑ в 4,0 раза	↑ в 3,3 раза	↑ в 3,0 раза
4	Тверская область	4,73	6,11	3,95	↑ в 1,5 раза	↑ на 29,2 %	↑ в 3,2 раза	↑ в 3,0 раза
5	Владимирская область	2,28	4,75	3,69	↑ на 28,7 %	↑ в 2,1 раза	↑ в 2,5 раза	↑ в 2,3 раза

Не регистрировались случаи ГА в 2025 году в 8 субъектах Российской Федерации (в 2024 г. – в 5, 2023 г. – в 6): Ненецком автономном округе, Республике Адыгея, г. Севастополь, республиках Ингушетия, Алтай, Тыва, Магаданской области, Чукотском автономном округе. В Ненецком автономном округе, республиках, Алтай и Тыва, подобная тенденция сохраняется на протяжении последних четырех лет.

В Российской Федерации эпидемический процесс ГА характеризуется преимущественно спорадической заболеваемостью. Однако при активизации циркуляции вируса ГА, наличии факторов риска регистрируется групповая заболеваемость. В 2025 году зарегистрировано 14 групповых очагов (в г. Санкт-Петербург, Самарской, Челябинской, Новгородской, Новосибирской, Свердловской областях, Республике Коми, Пермском крае, Ханты-Мансийском АО), где суммарно пострадало 197 человек, из них 82 % – дети до 17 лет. В многолетней динамике количество очагов колеблется от 2 до 42 в год, при числе пострадавших от 13 до 627 человек. Количество очагов в 2025 году на 12,5 % ниже СМУ (16 очагов).

Вакцинация является наиболее эффективным методом профилактики ГА. Иммунизация населения против ГА в Российской Федерации проводится в рамках календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям в «группах риска», а также в отдельных субъектах страны – в рамках региональных календарей (программ) профилактических прививок. В среднем ежегодно в Российской Федерации против ГА прививается около 450 тыс. человек. В 2025 году в целом по стране привито 656 495 человек, в том числе 216 563 детей (33 % от всех иммунизированных). При этом

наибольшее количество привитых приходится на гг. Москву (204 618 человек, из них 30,3 % детей) и Санкт-Петербург (74 367, из них дети – 11 %), Свердловскую (40 594, из них дети – 53,5 %) и Новосибирскую области (41 481, из них дети – 47,4 %).

Санитарно-гигиенические мероприятия, направленные на обеспечение населения доброкачественной водой, безопасными в эпидемиологическом отношении продуктами питания, и улучшение санитарной инфраструктуры также играют важную роль в профилактике ГА.

В 2025 году в Российской Федерации зарегистрировано 127 случаев **гепатита Е (ГЕ)** в 40 субъектах страны. Показатель заболеваемости составил 0,09 на 100 тыс. населения, что на уровне СМУ (0,09) и показателя прошлого года (0,09). Наибольшее количество случаев ГЕ зарегистрировано в г. Москве – 20 (0,15 на 100 тыс. населения). В остальных регионах за год зафиксировано менее 10 случаев. Существенную роль в выявлении и регистрации ГЕ играет качество и доступность лабораторной диагностики, а также настороженность врачей в отношении данной инфекции.

Число субъектов Российской Федерации, в которых определение маркеров ГЕ включено в территориальные тарифы ФОМС, в 2025 году составило всего 18 %.

Роспотребнадзором в 2025 году приняты меры по повышению выявляемости ГЕ, ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора разработан новый ПЦР-тест для идентификации вируса гепатита Е.

Благодаря программе вакцинопрофилактики и комплексу противоэпидемических мер в Российской Федерации достигнуты значительные успехи в борьбе с **острым гепатитом В (ОГВ)** и зарегистрирована минимальная за всю историю наблюдений заболеваемость. За последнее десятилетие (с 2016 по 2025 г.) заболеваемость ОГВ снизилась в 3,8 раза (с 0,94 сл. до 0,25 сл. на 100 тыс. населения). Заболеваемость в 2025 году была в 3,1 раза ниже СМУ (0,78 на 100 тыс. населения).

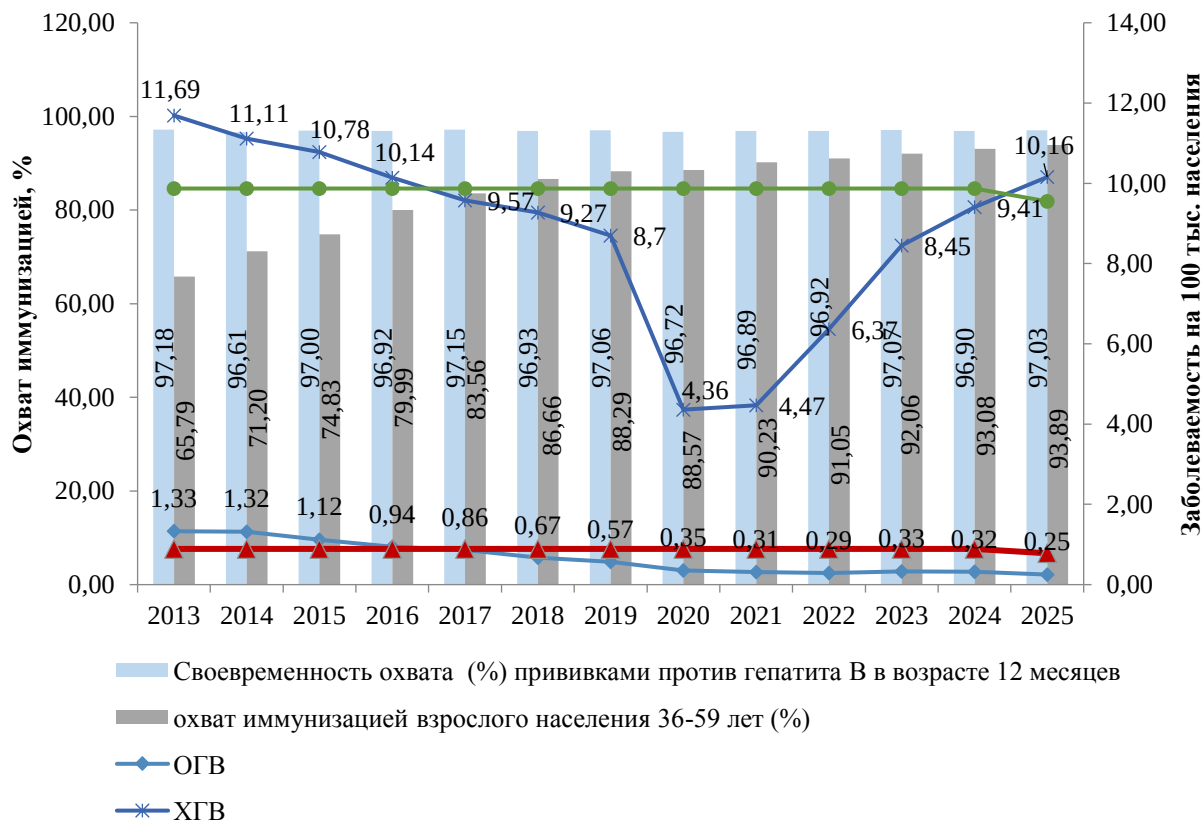


Рис. 1.227. Динамика заболеваемости ОГВ и ХГВ (на 100 тыс. населения) и охват прививками против гепатита В (%) населения Российской Федерации, 2013–2025 гг.

В 2025 году в Российской Федерации выявлено 366 случаев ОГВ, из них среди детей до 17 лет – 8 (0,03 на 100 тыс. детей). Ежегодно регистрируются единичные случаи ОГВ у детей в возрасте до года (в 2025 году – 4 сл.).

В 25 субъектах Российской Федерации в 2025 году (в 2024 г. – в 14) не зарегистрировано случаев заболеваний ОГВ, а в 52 субъектах – единичные случаи.

В 24 регионах показатель заболеваемости ОГВ превышает среднероссийский, из них в 6 – в 2 и более раз (табл. 1.82). Рост относительно СМУ отмечен в 8 регионах страны.

Таблица 1.82

Субъекты Российской Федерации с превышением среднероссийского показателя заболеваемости острым гепатитом В в 2 и более раз в 2025 году

№ п/п	Субъекты Российской Федерации	Количество случаев (абс.)	Заболеваемость на 100 тыс. населения	СМУ (2013–2019 гг. и 2022–2024 гг.)	Рост/снижение относительно СМУ, раз
	Российская Федерация	366	0,25	0,78	↓ в 3,1 раза
1	Камчатский край	17	5,89	0,63	↑ в 9,3 раза
2	Республика Крым	24	1,26	2,17	↓ в 1,7 раза
3	Республика Коми	6	0,84	0,64	↑ на 31,2 %
4	г. Севастополь	4	0,71	2,76	↓ в 3,9 раза
5	г. Москва	76	0,58	1,55	↓ в 2,7 раза
6	Республика Ингушетия	3	0,57	0,20	↑ в 2,8 раза

Плановая вакцинация населения является основной мерой профилактики ОГВ. В 2025 году в Российской Федерации вакцинировано против гепатита В – 1,87 млн человек, в том числе 1,23 млн детей.

Поддерживается регламентированный охват своевременной вакцинацией против гепатита В детского населения. Так среди детей в возрасте 12 мес. охват своевременной иммунизацией составил 97,03 % (в 2024 г. – 96,9 %). Не достигнут регламентированный уровень в только Ненецком автономном округе (94,38 %).

Охват прививками населения в возрасте 18–35 лет в 2025 году составил 98,13 %, в возрасте 36–59 лет – 93,89 %, а старше 60 лет достиг 50,88 %. Поддержание высокого уровня охвата иммунизацией против гепатита В населения страны является одной из приоритетных задач в профилактике данного заболевания.

В 2025 году зарегистрировано 1374 случая **острого гепатита С (ОГС)**, заболеваемость составил 0,94 на 100 тыс. населения, что ниже СМУ (1,17 на 100 тыс. населения) на 19,7 %, и ниже в сравнении с 2024 годом на 5,1 % (в 2024 г. – 0,99 на 100 тыс. населения) (рис. 1.228).

Удельный вес детей в структуре заболевших ОГС составил 3,7 % (в 2024 году – 3,4 %). Заболеваемость ОГС детей в возрасте до 17 лет составила 0,17 на 100 тыс. (в 2024 году – 0,16 на 100 тыс. детей).

Среди всех заболевших ОГС детей в 2025 году (51 сл.) доля детей до 1 года составила 52,9 % (27 сл.), а показатель заболеваемости – 2,17 на 100 тыс. детей данного возраста, что на 15,2 % ниже показателя 2024 года (2,56).

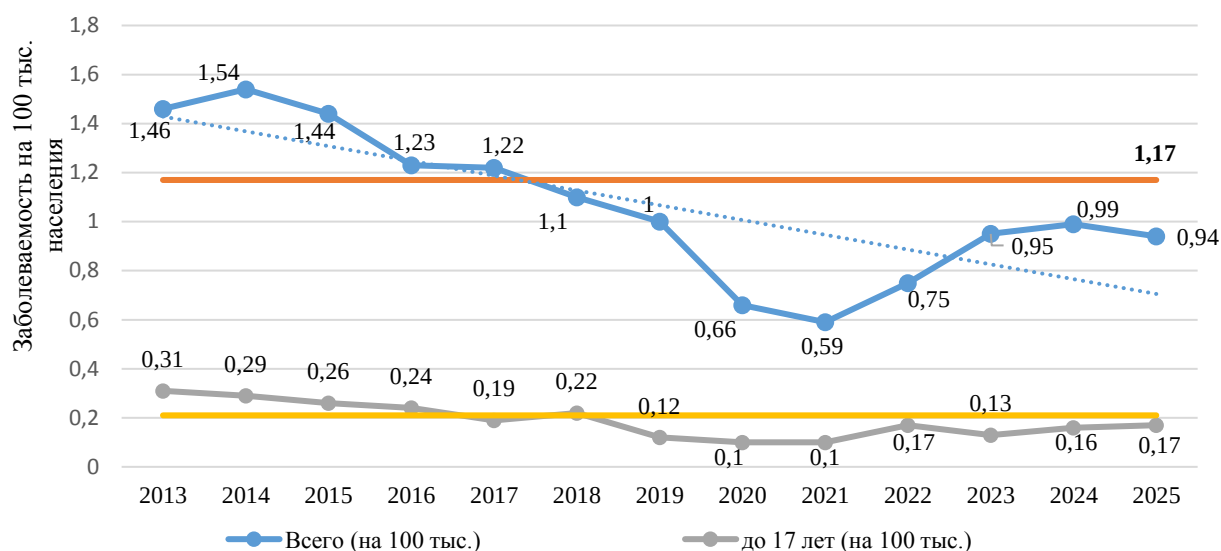


Рис. 1.228. Динамика заболеваемости острым гепатитом С в 2013–2025 гг.
(на 100 тыс. населения)

ОГС регистрировался в 80 субъектах страны, а в 3 из них заболеваемость превышала среднероссийский показатель более чем в 2 раза (табл. 1.83). Рост заболеваемости относительно СМУ зарегистрирован в 22 субъектах страны.

Таблица 1.83

Субъекты Российской Федерации с превышением среднероссийского показателя заболеваемости острым гепатитом С в 2 и более раз в 2025 году.

№ п/п	Субъекты Российской Федерации	Количество случаев (абс.)	Заболеваемость на 100 тыс. населения	СМУ (2013–2019 гг. и 2022–2024 гг.)	Рост/снижение относительно СМУ, раз
	Российская Федерация	1374	0,94	1,17	↓ на 19,7 %
1	Камчатский край	50	17,33	1,63	↑ в 10,6 раз
2	г. Санкт-Петербург	180	3,20	1,62	↑ в 2,0 раз
3	Республика Крым	35	1,84	1,97	↑ на 6,6 %

В 2025 году ОГС не регистрировали в 5 субъектах Российской Федерации: Республиках Марий Эл, Хакасия, Ненецкой автономном округе, Псковской области, Чукотском автономном округе (в 2024 г. – в 8 субъектах).

По данным АИС «Вирусные гепатиты» Референс-центра по мониторингу за вирусными гепатитами на базе ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора, наибольшая доля в структуре установленных путей передачи ОГВ и ОГС приходится на половой и контактно-бытовой пути, доля которых за последние десять лет сократилась на 2,4 % и 7,3 % соответственно и составила для ОГВ – 64,0 %, для ОГС – 55,1 %.

Увеличилась доля заражения в условиях грубейших нарушений санитарных правил:

– при различных медицинских манипуляциях для ОГВ – на 10,1 % (с 1,5 % до 11,6 %), для ОГС – на 16,7 % (с 1,6 % до 18,3 %);

– при проведении косметических процедур, педикюра, маникюра и др. для ОГВ – на 2,7 % (с 4,9 % до 7,6 %), для ОГС – на 3,5 % (с 7,2 % до 10,7 %).

Увеличился удельный вес вертикальной передачи ОГВ с 0,9 до 4,2 %. При этом доля заражения ОГВ и ОГС при применении инъекционных психотропных препаратов за последние 10 лет существенно снизилась – на 13,3 % для ОГВ (с 26,1 % до 12,8 %) и на 12,3 % для ОГС (с 25,2 % до 12,9 %).

Отмечается сохранение высокого уровня заболеваемости **хроническими формами вирусных гепатитов (ХВГ)** (рис. 1.229). Всего в 2025 году зарегистрировано более 73,1 тыс. случаев ХВГ (в 2024 году – 64,8 тыс. случаев, в 2023 году – 58,9 тыс. случаев). Заболеваемость ХВГ (впервые установленные) в 2025 году составила 50,05 на 100 тыс. населения, что выше СМУ (45,43 на 100 тыс. населения.) на 10,2 %.

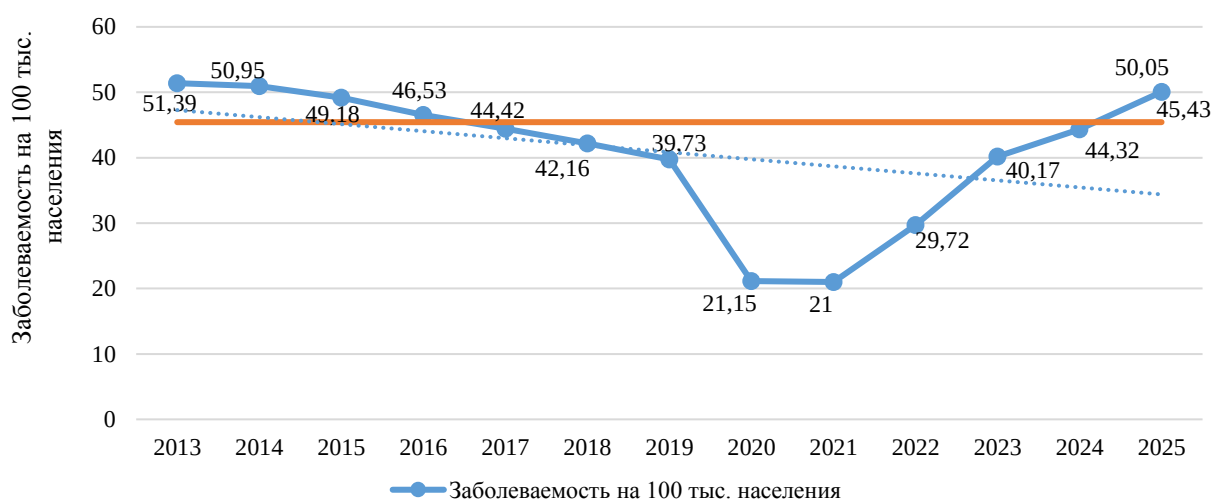


Рис. 1.229. Динамика заболеваемости хроническими вирусными гепатитами в 2013–2025 гг. (на 100 тыс. населения)

ХВГ регистрируются во всех субъектах страны, при этом заболеваемость имеет значительный разброс от 9,37 до 136,95 на 100 тыс. населения, что в определенной степени зависит от качества диагностики и полноты регистрации данной группы заболеваний. В 35 субъектах заболеваемость превышает среднероссийский показатель, из них в Омской области, Камчатском крае, Республике Крым и г. Санкт-Петербург в 2 и более раза (табл. 1.84).

Таблица 1.84

Субъекты Российской Федерации с превышением среднероссийского показателя заболеваемости ХВГ в 2025 году

№ п/п	Субъекты Российской Федерации	Количество случаев (абс.)	Заболеваемость на 100 тыс. населения	СМУ (2013–2019 гг. и 2022–2024 гг.)	Рост/снижение относительно СМУ, раз
	Российская Федерация	73142	50,05	45,43	↑ на 10,2 %
1	Республика Крым	2610	136,95	31,28	↑ в 4,4 раза
2	Камчатский край	389	134,8	82,86	↑ в 1,6 раза
3	г. Санкт-Петербург	7230	128,53	140,77	↓ на 8,7 %
4	Омская область	2143	118,27	54,86	↑ в 2,2 раза

Заболеваемость ХВГ детей до 17 лет составила 1,23 на 100 тыс. детей (368 случаев). В 38 регионах уровень детской заболеваемости превышает показатель по стране, а в 10 регионах – в 2 раза и более.

Среди всех ХВГ **хронический гепатит С (ХГС)** – 79,5 %. В 2025 году зарегистрировано 58 208 случаев ХГС во всех субъектах страны (39,83 на 100 тыс. населения), из них у детей до 17 лет – 299 случаев (1,00 на 100 тыс. населения) (рис. 1.230). Заболеваемость ХГС в 2025 году превышала заболеваемость ХГВ в 3,9 раза.

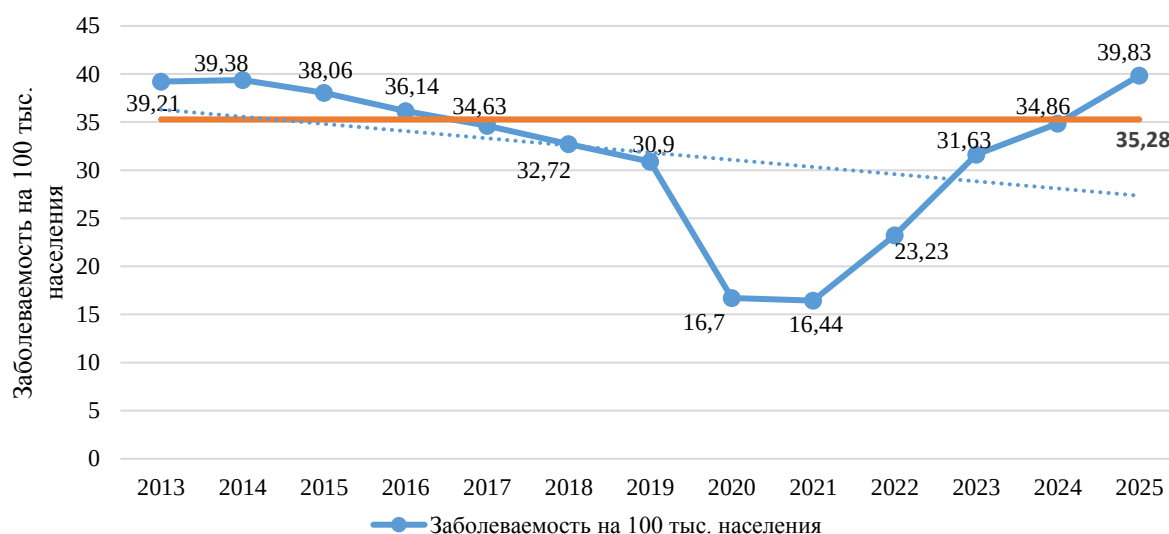


Рис. 1.230. Динамика заболеваемости хроническим вирусным гепатитом С в 2013–2025 гг. (на 100 тыс. населения)

В 2025 году показатель заболеваемости ХГС составил 39,83 на 100 тыс. населения, что на 12,9 % превышает СМУ (35,28). В 5 субъектах России заболеваемость ХГС превышала среднероссийский показатель в 2 раза и более (табл. 1.85). Рост зарегистрированных случаев ХГС может быть обусловлен увеличением охвата лабораторной диагностикой ХГС (в рамках реализации плана мероприятий по борьбе с хроническим вирусным гепатитом С на территории Российской Федерации до 2030 года, утвержденного распоряжением Правительства Российской Федерации от 02.11.2022 № 3306-р).

Рост зарегистрированных случаев ХГС может быть, в том числе обусловлен увеличением охвата лабораторной диагностикой ХГС, поскольку в рамках реализации плана мероприятий по борьбе с хроническим вирусным гепатитом С на территории Российской Федерации до 2030 года, утвержденного распоряжением Правительства Российской Федерации от 02.11.2022 № 3306-р, обследование на антитела к гепатиту С граждан в возрасте 25 лет и старше, включено в порядок проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения (приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.07.2024 № 378н). Это позволило увеличить объемы лабораторных обследований населения, повысить качество диагностики и эффективность выявления заболевших вирусным гепатитом С граждан.

По данным АИС «Вирусные гепатиты» Референс-центра по мониторингу за вирусными гепатитами на базе ФБУН ЦНИИЭ Роспотребнадзора охват определением антител к вирусу гепатита С (анти-ВГС) в 2025 г. составил 27,4 млн человек, что на 2,6 млн чел. больше, чем в 2024 году (24,7 млн). Охвачены обследованием на маркеры гепатита С в 2025 г. 96,3 % от общего числа подлежащих лиц (в 2024 г. – 94,9 %). Положительные результаты обследования на анти-ВГС выявлены в среднем у 2,7 % лиц по всем подлежащим обследованию контингентам (в 2024 г. – 2,8 %). На РНК ВГС были обследованы только 71,2 % (в 2024 г. – 61,01 %) лиц, подлежащих одновременному

обследованию на анти-ВГС и РНК ВГС. На coreAg ВГС обследовано 7,3 % лиц, у которых выявлены анти-ВГС (2024 г. – 6,83 %).

Кроме того, в двух субъектах Российской Федерации (Камчатский край и Республика Бурятия) в 2025 году были зарегистрированы крупные очаги вирусного гепатита С, связанные с инфицированием при оказании медицинской помощи, в которых большинство заболевших выявлены активно в ходе проведения эпидемиологических расследований.

В соответствии с планом мероприятий по борьбе с хроническим вирусным гепатитом С на территории Российской Федерации до 2030 года организованы разъяснительные, профилактические, противоэпидемические, диагностические и лечебные мероприятия.

Таблица 1.85

Субъекты Российской Федерации с превышением среднероссийского показателя заболеваемости хроническим гепатитом С в 2 раза и более в 2025 году

№ п/п	Субъекты Российской Федерации	Количество случаев (абс.)	Заболеваемость на 100 тыс. населения	СМУ (2013–2019 гг. и 2022–2024 гг.)	Рост/снижение относительно СМУ, раз
	Российская Федерация	58 208	39,83	35,28	↑ на 12,9 %
1	Республика Крым	84	109,98	24,97	↑ в 4,4 раза
2	Омская область	1819	100,39	44,22	↑ в 2,3 раза
3	Камчатский край	287	99,45	62,77	↑ в 1,6 раза
4	г. Санкт-Петербург	4908	87,25	90,07	↓ на 3,1 %
5	Орловская область	557	80,8	26,61	↑ в 3,0 раза

Заболеваемость **хроническим вирусным гепатитом В** (далее – **ХГВ**) в 2025 году составила 10,16 случая на 100 тыс. населения (14 854 случая), что выше СМУ (9,55 на 100 тыс. населения) на 6,4 %. Общая заболеваемость детского населения остается на низком уровне и не превышает одного случая на 100 тыс. детей, в 2025 году зарегистрирован 61 случай ХГВ (0,20 сл. на 100 тыс. детей), что находится на уровне заболеваемости детского населения в 2024 году (59 случаев, 0,20 сл. на 100 тыс. детей).

По итогам 2025 года в Российской Федерации зарегистрировано около 19,4 тыс. случаев заболевания **природно-очаговыми инфекциями (ПОИ) и инфекциями, общими для человека и животных** (2024 год – 15,6 тыс. случаев). Следует отметить увеличение заболеваемости по сравнению с предыдущим годом иксодовыми клещевыми боррелиозами (ИКБ), геморрагической лихорадкой с почечным синдромом (ГЛПС), клещевым вирусным энцефалитом (КВЭ), клещевыми риккетсиозами (сыпной клещевой тиф Северной Азии (синоним – сибирский клещевой тиф, далее – СКТ), астраханская пятнистая лихорадка (АПЛ). Также зарегистрирован незначительный рост случаев впервые выявленного бруцеллеза. Показатели заболеваемости ИКБ и бруцеллезом в 2025 году превысили соответствующие среднескользящие уровни (СМУ), рассчитанные на 10-летний период 2013–2024 гг., исключая годы пандемии COVID-19 – 2020 и 2021 гг. (табл. 1.86).

Среди всех ПОИ, регистрируемых на территории страны, более половины случаев приходится на ИКБ (54,2 %), в 2025 году зарегистрировано 9511 случаев заболевания. Второе место по встречаемости занимает ГЛПС (4912 случаев – 28 %), КВЭ (1807 случаев, 10,3 %) – на третьем месте. Далее следуют учтенные суммарно клещевые риккетсиозы – СКТ, АПЛ и Марсельская лихорадка (1171 случай – 6,8 %). Удельный вес других нозологий среди регистрируемых ПОИ распределились следующим образом: впервые выявленный бруцеллез (543 случая) – 3,1 %, псевдотуберкулез (281 случай) – 1,6 %, лихорадка Ку (280

случаев) – 1,6 %, лихорадка денге (178 случаев) – 1 % и листериоз (193) – 1,2 %. Вклад других нозологий был менее 1 %: ЛЗН (145 случаев), лептоспирозы (82 случая), туляремия (45), КГЛ (49), гранулоцитарный анаплазмоз человека (7), моноцитарный эрлихиоз человека (10), Марсельская лихорадка (7), бешенство (6) (табл. 1.86).

Таблица 1.86

Заболееваемость населения Российской Федерации природно-очаговыми инфекциями и инфекциями, общими для человека и животных (на 100 тыс. населения) в 2025 году

Нозология	Все население			Сельское население		
	Заболееваемость в 2025 г. на 100 тыс. населения	СМУ (2013–2019, 2022–2024)	Рост/снижение относительно СМУ	Заболееваемость в 2025 г. на 100 тыс. населения	СМУ (2013–2019, 2022–2024)	Рост/снижение по отношению к СМУ
ИКБ	6,51	4,82	↑ в 1,3 раза	3,85	3,2	↑ на 16,9 %
ГЛПС	3,36	5,1	↓ в 1,5 раза	4,92	6,78	↓ в 1,4 раза
КВЭ	1,24	1,33	↓ на 6,8 %	1,44	1,68	↓ на 17 %
СКТ	0,73	0,98	↓ в 1,3 раза	1,49	2,25	↓ в 1,5 раза
Бруцеллез	0,37	0,28	↑ в 1,3 раза	1,06	0,82	↑ на 29 %
Псевдотуберкулез	0,19	0,48	↓ в 2,5 раза	0,08	0,37	↓ в 5,3 раза
Лихорадка Ку	0,19	0,1	↑ в 1,9 раза	0,45	0,21	↑ в 2,1 раза
Листериоз	0,13	0,04	↑ в 3,3 раза	0,08	0,02	↑ в 4 раза
ЛЗН	0,1	0,1	без изменений	0,1	0,1	без изменений
АПЛ	0,07	0,15	↓ в 2 раза	0,19	0,32	↓ в 1,7 раза
Лептоспирозы	0,06	0,11	↓ в 1,8 раза	0,07	0,2	↓ в 2,9 раза
Туляремия	0,03	0,08	↓ в 2,7 раза	0,05	0,12	↓ в 2,4 раза
КГЛ	0,03	0,06	↓ в 2 раза	0,11	0,2	↓ в 5,5 раза

Климатические особенности зимне-весеннего сезона 2024–2025 гг. («теплая» зима) способствовали сохранению численности клещей, являющихся одними из основных переносчиков природно-очаговых инфекций и их ранней активизации.

За медицинской помощью в Российской Федерации по поводу **присасывания клещей** в 2025 году обратилось 545 271 человек (373,1 на 100 тыс. населения), что на 18,5 % выше по сравнению с 2024 годом (314,9 на 100 тыс. населения) и выше СМУ (339,2 на 100 тыс. населения). Тенденция к росту наблюдалась практически во всех регионах Российской Федерации.

Пострадавшие от присасывания клещей в 2025 году регистрировались во всех субъектах Российской Федерации, кроме Чукотского автономного округа. В 37 субъектах показатель присасывания клещей превысил средний по стране.

Максимальные показатели регистрации обращений по поводу присасывания клещей в медицинские учреждения в 2025 году (выше 1000 на 100 тыс. населения) были отмечены в 9 регионах, при этом в Кировской области – наибольший за весь период наблюдения с превышением СМУ более чем в 2 раза. В Архангельской области и Республике Коми в 2025 году также был зарегистрирован существенный рост обращаемости (в 2 и 2,5 раза, соответственно) по сравнению с СМУ в данных регионах (табл. 1.87).

Таблица 1.87

**Субъекты Российской Федерации с наибольшим показателем присасывания
клещей в 2025 году**

№	Субъекты страны	Показатель заболеваемости в 2025 г. на 100 тыс. населения	Рост/снижение относительно 2024 г.	СМУ (2013–2019, 2022–2024)	Рост / снижение относительно СМУ
	Российская Федерация	373,1	↑ на 18,5 %	339,2	↑ на 10 %
1	Кировская область	2706,4	↑ на 46 %	1278,6	↑ в 2,1 раза
2	Костромская область	1782,1	↑ на 8 %	1258,4	↑ на 42 %
3	Республика Алтай	1755,0	↑ на 8 %	1657,4	↑ на 6,0 %
4	Томская область	1637,6	↑ на 10 %	1733,6	↓ на 6 %
5	Удмуртская Республика	1432,4	↑ на 14 %	1033,5	↑ на 39 %
6	Вологодская область	1409,9	↑ на 58 %	1052,62	↑ на 34 %
7	Архангельская область	1193,2	↑ на 42 %	573,74	↑ в 2,1 раза
8	Пермский край	1130,5	↑ на 2 %	736,0	↑ на 54 %
9	Кемеровская область – Кузбасс	1045,7	↑ на 23 %	1053,3	↓ на 1 %
10	Тюменская область	953,8	↑ на 6 %	1000,53	↓ на 4,6 %
11	Республика Карелия	762,9	↑ на 56 %	537,1	↑ на 42 %
12	Иркутская область	734,6	↑ на 12 %	605,6	↑ на 21 %
13	Свердловская область	685,9	↑ на 5 %	692,3	↓ на 1 %
14	Республика Коми	660,0	↑ на 40 %	274,7	↑ в 2,4 раза
15	Новгородская область	597,7	↑ на 31 %	525,8	↑ на 14 %

Увеличение числа лиц, обратившихся в медицинские учреждения по поводу присасывания клещей, в 2025 году связано в том числе с увеличением туристической активности населения внутри страны и повышением настороженности людей, пострадавших от присасывания клещей, доступности лабораторий, осуществляющих исследования клещей.

В 2025 году в Российской Федерации зарегистрировано максимальное число случаев **иксодового клещевого боррелиоза (ИКБ)** за последние 10 лет: 9511 случаев ИКБ. Показатель заболеваемости составил 6,51 на 100 тыс. населения, что на 25,2 % больше, чем в 2024 году и на 26,0 % больше СМУ за 2013–2024 годы (без 2020–2021 годов) (рис. 1.231). Основной вклад в формирование заболеваемости ИКБ в 2025 году внесли ЦФО, ПФО, СФО и СЗФО, на долю которых приходится 85,7 % заболеваний. Заболеваемость регистрировалась в 88 субъектах Российской Федерации (в 2024 – в 78 субъектах).

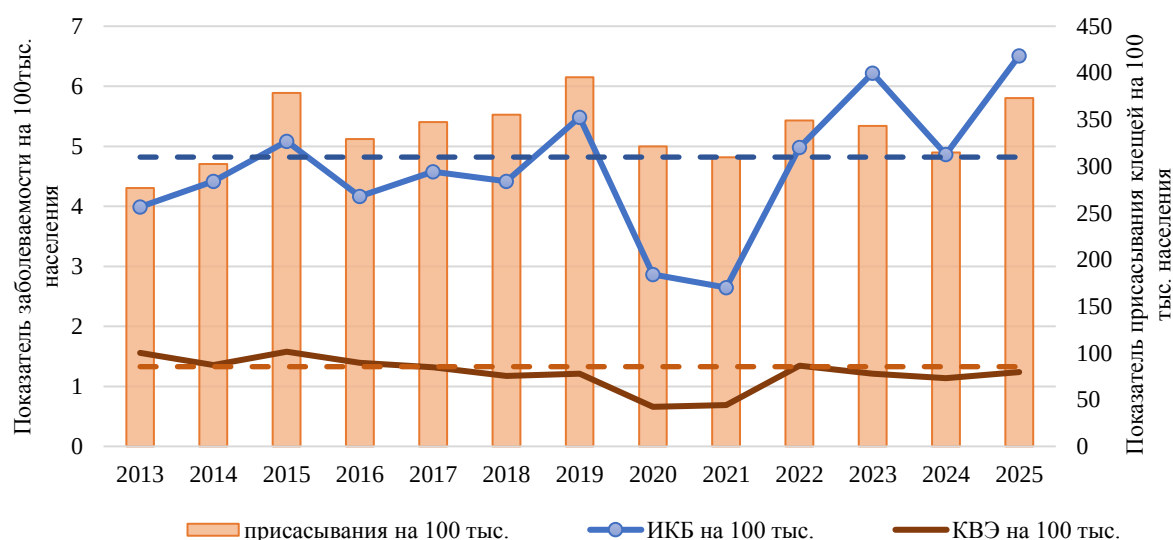


Рис. 1.231. Динамика показателя обращаемости населения по поводу присасываний клещей и показатели заболеваемости КВЭ и ИКБ в Российской Федерации в 2013–2025 гг. (на 100 тыс. населения)

Практически во всех регионах с высокой заболеваемостью ИКБ в 2025 году наблюдается увеличение показателя относительно предыдущего года и СМУ (табл. 1.88). В ряде субъектов отмечено значительное увеличение темпа роста заболеваемости. В Липецкой области показатель увеличился относительно прошлого года в 2,3 раза, а относительно СМУ – в 3 раза; в Орловской области – в 2 раза и 5,7 раз соответственно; в Тульской области почти в 2 раза выросла заболеваемость относительно 2024 г. и в 3,8 раза по сравнению с СМУ.

Из 15 указанных в таблице 1.88 субъектов страны в 9 уровень заболеваемости ИКБ стал наибольшим за весь период наблюдения. Данные субъекты, за исключением Томской области, находятся в европейской части России в одной климатической зоне.

Таблица 1.88

Субъекты Российской Федерации с наибольшим показателем заболеваемости ИКБ в 2025 году

№	Субъекты Российской Федерации	Показатель заболеваемости в 2025 г. на 100 тыс. населения	Рост/снижение относительно 2024 г.	СМУ (2013–2019, 2022–2024)	Рост /снижение относительно СМУ
1	2	3	4	5	6
	Российская Федерация	6,5	↑ на 34 %	4,8	↑ в 1,3 раза
1	г. Москва	21,9	↑ на 57 %	9,48	↑ в 2,3 раза
2	Кировская область	20,8	↑ на 1 %	17,7	↑ на 18 %
3	Липецкая область	20,3	↑ в 2,3 раза	6,7	↑ в 3 раза
4	Орловская область	18,0	↑ в 2 раза	3,2	↑ в 5,7 раза
5	Воронежская область	16,8	↑ на 92 %	5,3	↑ в 3,2 раза
6	Пермский край	14,7	↑ на 12 %	9,93	↑ в 1,5 раза
7	Рязанская область	13,3	↑ на 87 %	5,6	↑ в 2,4 раза
8	Калужская область	12,2	↑ на 21 %	10,6	↑ на 15 %
9	Томская область	12,1	↑ на 14 %	12,7	↓ на 5 %

Продолжение табл. 1.88

1	2	3	4	5	6
10	Костромская область	12,1	↓ на 3 %	12,2	↓ на 1 %
11	Брянская область	10,7	↑ на 95 %	4,0	↑ в 2,7 раза
12	Республика Алтай	10,5	↑ на 22 %	8,4	↑ на 25 %
13	Тульская область	9,6	↑ на 97 %	2,5	↑ в 3,8 раза
14	Белгородская область	9,2	↑ на 37 %	6,0	↑ на 53 %
15	Тверская область	8,6	↑ на 60 %	3,8	↑ в 2,3 раза

Референс-центром по мониторингу за боррелиозами, функционирующем на базе ФБУН «Омский научно-исследовательский институт природно-очаговых инфекций» Роспотребнадзора основываясь на анализе среднесноголетней заболеваемости ИКБ в субъектах Российской Федерации, проведено ранжирование территорий по степени эпидемиологического риска по заболеваемости ИКБ: высокий риск установлен для 4 субъектов: Вологодская область (16,62); Кировская область (17,70); Свердловская область (12,95); Республика Тыва (20,88), выше среднего – для 9 субъектов, средний уровень – для 19 субъектов, ниже среднего – для 24 субъектов, низкий уровень – для 29 субъектов.

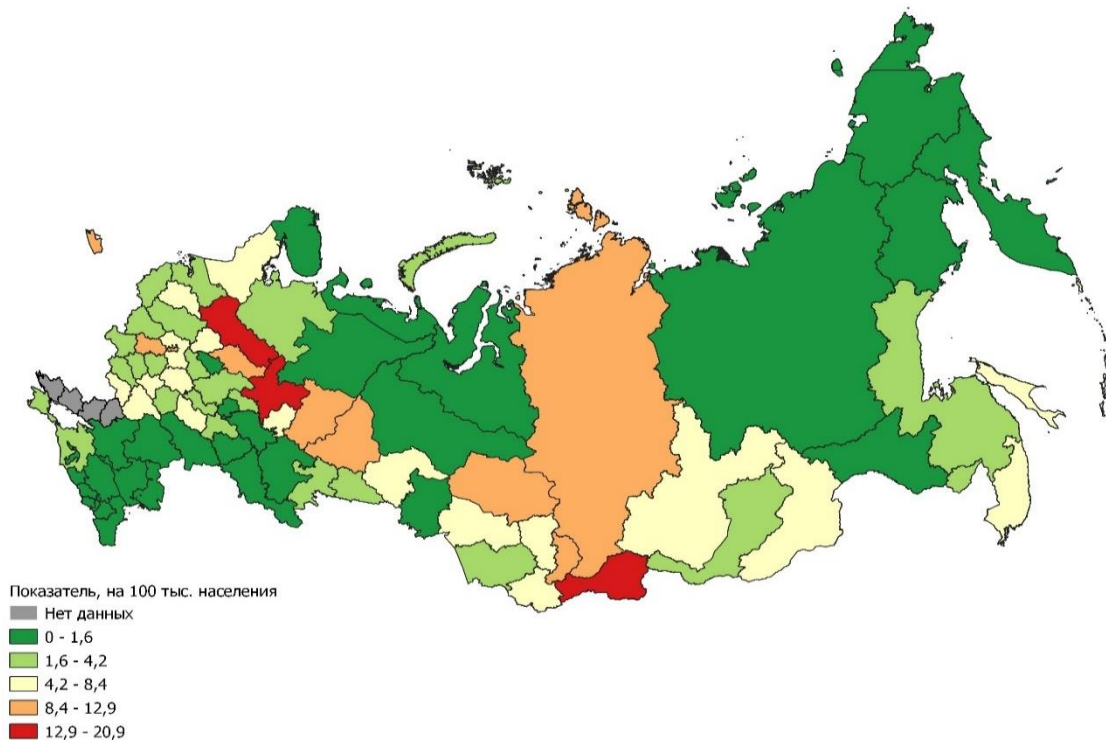


Рис. 1.232. Ранжирование субъектов Российской Федерации по среднесноголетнему уровню заболеваемости ИКБ в 2013–2025 годах

Заболеваемость ИКБ в 2025 году, как и в предыдущие годы традиционно имеет весенне-летне-осенний сезонность, что совпадает с периодами повышения активности клещей. Начало сезонного подъема заболеваемости ИКБ в 2025 году зарегистрировано в апреле, а окончание – в октябре, с максимальной заболеваемостью в июле.

В структуре заболевших ИКБ в 2025 году преобладали городские жители (85,2 % в среднем по стране).

В структуре заболевших ИКБ около 62,0 % приходилось на лиц женского пола. В возрастной структуре заболевших преобладали возрастные группы 40–64 лет (47,9 %) и старше 65 лет (28,6 %) с наименьшим удельным весом детей до 17 лет (9,0 %). В

социальной структуре заболевших ИКБ в 2025 году наибольшую долю составляли неработающие лица трудоспособного возраста – 40,3 %, пенсионеры и инвалиды – 27,9 %, работающие – 22,4 %.

В эпидемический сезон 2025 года на территории Российской Федерации исследовано на 10 % больше клещей, чем в 2024 году – 458 267 экземпляров, из которых 361 431 экз. снято с людей, 96 836 экз. – отобрано из объектов окружающей среды. Положительные генетические маркеры клещевых боррелиозов обнаруживаются практически на всей территории страны, где осуществляется диагностика. Не выявлены возбудители ИКБ в Ненецком автономном округе, Карачаево-Черкесской Республике, Республике Ингушетия и Астраханской области.

Заболеваемость **клещевым вирусным энцефалитом (КВЭ)** в 2025 году регистрировалась в 54 субъектах Российской Федерации, при этом эндемичными по КВЭ являются 49 субъектов страны. Показатель заболеваемости в 2025 году составил 1,24 на 100 тыс. населения (2024 год – 1,14 на 100 тыс. населения) (рис. 1.278), СМУ составляет – 1,33 на 100 тыс. населения.

Референс-центром по мониторингу за клещевым вирусным энцефалитом, функционирующим на базе ФКУЗ «Иркутский ордена Трудового Красного Знамени научно-исследовательский противочумный институт Сибири и Дальнего Востока» Роспотребнадзора проведено ранжирование территорий по степени эпидемиологического риска КВЭ. В группу высокого эпидемиологического риска КВЭ, на основе анализа заболеваемости, включено 17 субъектов; среднего эпидемиологического риска – 14 субъектов; низкого эпидемиологического риска – 18 субъектов (рис. 1.233).

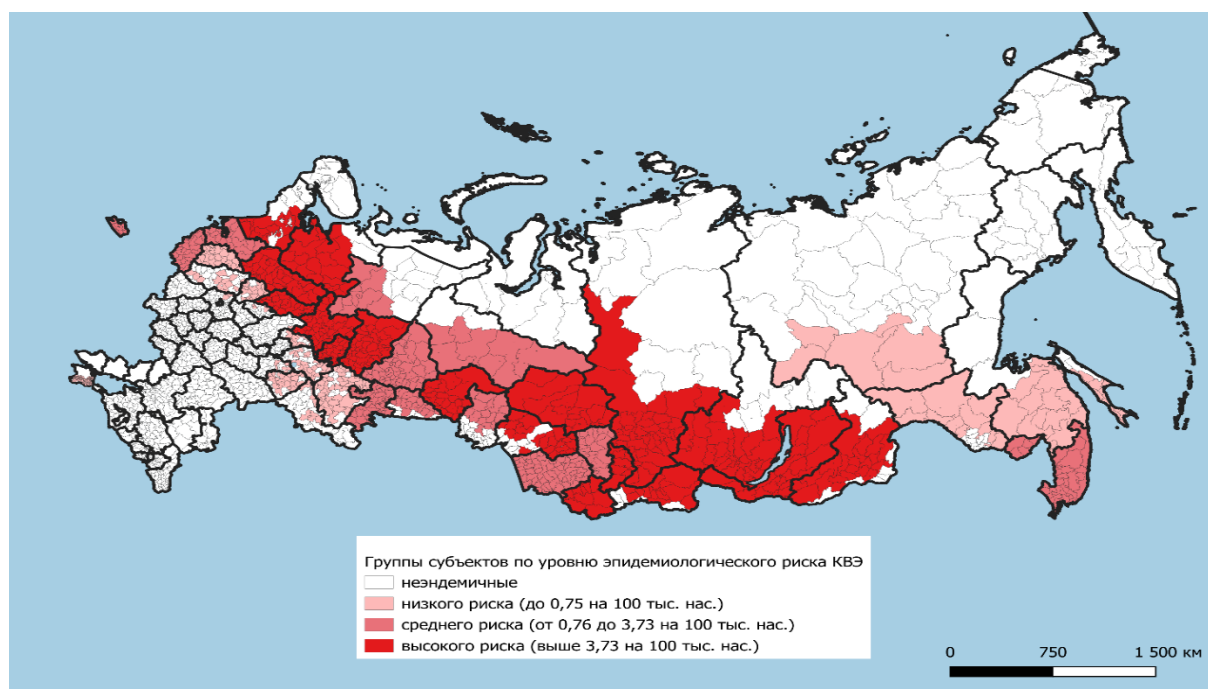


Рис. 1.233. Дифференциация территорий субъектов Российской Федерации по эпидемиологическому риску по среднемуголетнему уровню заболеваемости КВЭ на 100 тыс. нас. за 2016–2025 гг.

Субъекты с наибольшими показателями заболеваемости КВЭ представлены в табл. 1.89. В Кировской области в 2025 году отмечен самый высокий показатель заболеваемости за последние 20 лет. Значительное увеличение заболеваемости

относительно 2024 года отмечено также в Республике Карелия (в 2,1 раза), Республике Коми (в 1,9 раза) и Вологодской области (в 2,2 раза).

Таблица 1.89

**Субъекты Российской Федерации с наибольшим показателем заболеваемости
КВЭ в 2025 году**

№ п/п	Субъекты Российской Федерации	Показатель заболеваемости на 100 тыс. населения		СМУ (2013–2019, 2022–2024)	Рост/снижение по отношению	
		2025	2024		к 2024	к СМУ
	Российская Федерация	1,24	1,14	1,33	↑ на 9 %	↓ на 6,8 %
1	Кировская область	19,29	9,7	8,1	↑ в 2 раза	↑ в 2,4 раза
2	Красноярский край	9,57	10,4	11,0	↓ на 8 %	↓ на 13 %
3	Республика Тыва	9,47	7,1	8,84	↑ на 33 %	↑ на 7 %
4	Республика Хакасия	6,26	4,9	5,53	↑ на 27 %	↑ на 13,2 %
5	Пермский край	5,82	5,4	5,19	↑ на 8 %	↑ на 12 %
6	Республика Алтай	5,70	6,2	6,78	↓ на 8 %	↓ на 16 %
7	Забайкальский край	5,49	6,0	3,9	↓ на 8 %	↑ на 41 %
8	Архангельская область	4,83	4,6	4,84	↑ на 5 %	↓ на 0,2 %
9	Томская область	4,42	2,56	5,63	↑ в 1,7 раза	↓ на 21,5 %
10	Республика Карелия	4,41	2,09	4,23	↑ в 2,1 раза	↑ на 4 %
11	Иркутская область	4,26	3,8	4,16	↑ на 12 %	↑ на 2 %
12	Костромская область	4,08	4,6	4,44	↓ на 11 %	↓ на 8 %
13	Республика Коми	4,04	2,07	1,61	↑ в 1,9 раза	↑ в 2,5 раза
14	Вологодская область	3,84	1,78	4,49	↑ в 2,2 раза	↓ на 14,5 %
15	Удмуртская Республика	3,63	3,3	3,72	↑ на 11 %	↓ на 2 %

Эффективной мерой профилактики КВЭ является вакцинация, объемы которой ежегодно возрастают, за последние 10 лет они увеличились более чем на 50 % (с 2,612 млн в 2016 г. до 4,172 млн чел. в 2025 г.).

В 2025 году показатели вакцинации против КВЭ были увеличены: вакцинированы и ревакцинированы 4 159 452 человека (в 2024 году – 4 035 959 человек). Вакцинация и ревакцинация проводилась практически на всей территории Российской Федерации, за исключением 4 субъектов СКФО (Дагестан, Ингушетия, Северная Осетия – Алания, Карачаево-Черкесская Республика).

Охват экстренной иммуноглобулинопрофилактикой лиц, обратившихся в медицинские организации по поводу присасывания клещей, в последние годы находится на уровне 20–24 %, в 2025 году – 22,3 % (в том числе дети – 35,6 %). Среди заболевших КВЭ в 2025 году получили серопротекцию 14,0 % (2024 году – 10,6 %).

Приняты меры по увеличению акарицидных обработок в 2025 г. и охвачено 296 861,2 га (кратность обработок 1,2) территории страны, что на 15,8 % больше, чем в 2024 г. (256 270,8 га) и на 48,0 % больше СМУ (200 634,4 га). План прошедшего сезона акарицидных обработок выполнен во всех федеральных округах. Наибольший объем акарицидных обработок зарегистрирован в УФО – более 40 тысяч га.

В 2025 году на территориях летних оздоровительных учреждений (далее – ЛОУ) противоклещевая обработка проведена на площади 65 105,0 га, что в 1,5 раза выше запланированного объема (в 2024 г. – 55 468,8 га). Кратность обработок на территории ЛОУ составила 1,36.

Контроль качества акарицидных работ проведен специалистами подведомственных учреждений Роспотребнадзора и другими организациями на площади 226 031,2 га (88,2 % обработанных площадей). На территориях ЛОУ контроль качества работ осуществлен на 100 % обработанных площадей.

Заболевание **сибирским клещевым тифом (СКТ)** в 2025 году зарегистрировано в 14 субъектах Сибирского и Дальневосточного федеральных округов, в 9 – с превышением среднероссийского показателя заболеваемости (табл. 1.90). В Сибирском федеральном округе больше всего заболевших выявлено в Республике Алтай (89 случаев – 42,29 на 100 тыс. населения), Алтайском крае (305 случаев – 14,47 на 100 тыс. населения), Новосибирской области (102 случая с одним смертельным исходом – 3,66 на 100 тыс. населения). В Дальневосточном федеральном округе клещевой риккетсиоз чаще регистрировали в Хабаровском крае (296 случая – 23,2 на 100 тыс. населения), Приморском крае (140 больных – 7,76 на 100 тыс. населения).

Таблица 1.90

**Субъекты Российской Федерации с зарегистрированными случаями СКТ
в 2025 году**

№ п/п	Субъект страны	Показатель заболеваемости на 100 тыс. населения		СМУ (2013–2019, 2022–2024)	Рост/снижение по отношению	
		2025	2024		к 2024	к СМУ
	Российская Федерация	0,73	0,64	0,98	↑ на 14 %	↓ в 1,4 раза
1	Республика Алтай	42,29	33,21	81,1	↑ на 27 %	↓ в 1,9 раза
2	Хабаровский край	23,2	26,46	17,01	↓ на 14 %	↑ в 1,4 раза
3	Алтайский край	14,47	7,91	21,53	↑ в 1,8 раза	↓ в 1,5 раза
4	Приморский край	7,76	8,11	7,14	↓ на 4 %	↑ на 9 %
5	Еврейская автономная область	5,51	3,41	11,28	↑ в 1,6 раза	↓ в 2,0 раза
6	Республика Тыва	4,73	5,33	15,74	↓ на 13 %	↓ в 3,3 раза
7	Республика Хакасия	3,8	3,4	6,52	↑ на 11 %	↓ в 1,7 раза
8	Новосибирская область	3,66	3,4	6,43	↑ на 8 %	↓ в 1,8 раза
9	Иркутская область	2,28	1,67	2,31	↑ на 36 %	↓ на 1,3 %
10	Красноярский край	0,77	0,74	1,59	↑ на 4 %	↓ в 2,1 раза
11	Курганская область	0,53	0,13	0,19	↑ в 4,1 раза	↑ в 2,8 раза
12	Республика Бурятия	0,41	0,1	1,7	↑ в 4,1 раза	↓ в 4,1 раза
13	Омская область	0,06	0,6	0,11	↓ в 10 раз	↓ в 2,7 раза
14	Кемеровская область – Кузбасс	0,04	0,04	0,24	без изменений	↓ в 6 раз

Всего по итогам 2025 года в Российской Федерации диагноз СКТ был подтвержден 1061 пациенту (0,73 на 100 тыс. населения) (рис. 1.234).

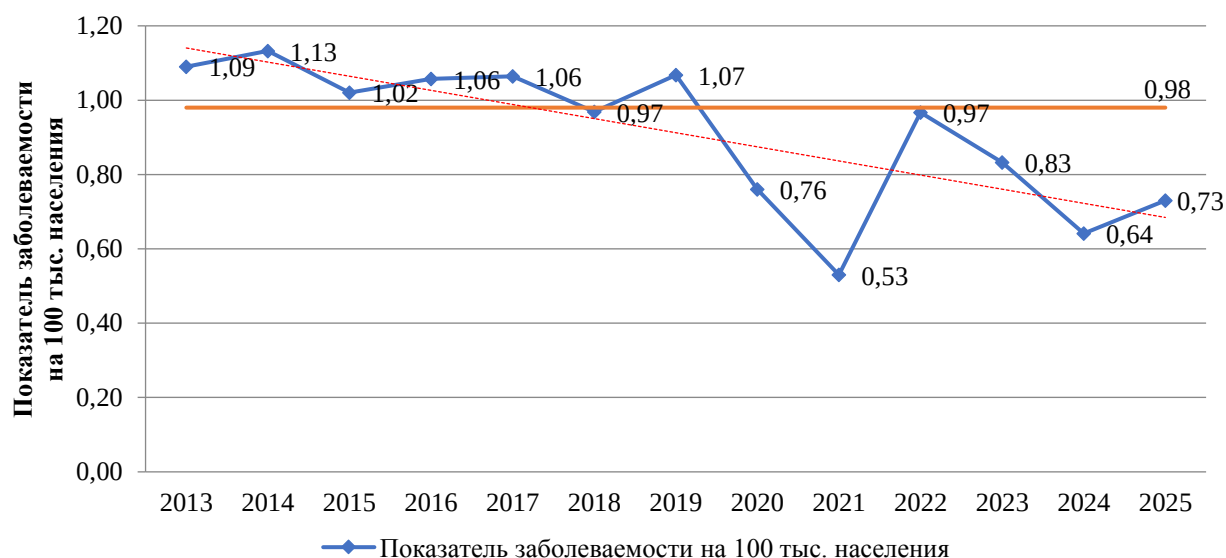


Рис. 1.234. Динамика заболеваемости СКТ в Российской Федерации в 2013–2025 гг. (на 100 тыс. населения)

В 2025 году регистрировались единичные случаи:

- **гранулоцитарного анаплазмоза человека** (7) – по 1 случаю в Воронежской, Тюменской, Челябинской областях, Кемеровской области – Кузбасс, Забайкальском крае и 2 случая в Приморском крае;

- **моноцитарного эрлихиоза человека** (всего – 10 заболевших) – в Архангельской области (1 случай), г. Санкт-Петербург (1), Ханты-Мансийском автономном округе (1), Кемеровской области-Кузбассе (1), Забайкальском крае (1), Иркутской области (2) и Красноярском крае (3);

- **марсельской (средиземноморской) лихорадки** (7 случаев) – в Республике Крым (5), г. Севастополь (2).

- **астраханской пятнистой лихорадки (АПЛ)** (103 случая) – в Астраханской области (100 больных, что на 19 выше по сравнению с 2024 г.), Краснодарском крае, Республике Дагестан и г. Москва (по 1 случаю).

На территории ЮФО и СКФО Российской Федерации имеются природные очаги трансмиссивных вирусных лихорадок – **Крымской геморрагической лихорадки (КГЛ)** и **лихорадки Западного Нила (ЛЗН)**. В 2025 году зарегистрировано 49 случаев КГЛ с шестью смертельными исходами в 7 регионах (годом ранее – 42 случая). Наиболее высокий показатель заболеваемости в 2025 году зарегистрирован в Республике Калмыкия – 1,13 на 100 тыс. населения, Ростовской области – 0,46 и Ставропольском крае – 0,48.

Заболевания КГЛ регистрировали во всех возрастных группах, кроме детей до 14 лет. Основная доля заболевших отмечалась в старших возрастных группах 50–59 лет и 60 лет и старше – по 26 % от общего числа случаев КГЛ. Все случаи заболевания подтверждены лабораторно.

Анализ клинических проявлений КГЛ показал, что у 49 % больных наблюдалась клиническая форма без геморрагических проявлений. Преобладающей была среднетяжелая форма течения болезни (61,2 % от всех случаев заболевания), тяжелая форма – 36,7 %. В 2025 году время регистрации первых случаев, возрастной и профессиональный состав заболевших, клинические формы и механизмы инфицирования соответствовали среднему многолетнему «классическому» течению эпидпроцесса.

Инфицирование людей в большинстве случаев происходило при реализации трансмиссивного механизма передачи – 83,6 %, в том числе при укусе клеща (49 %) и при контакте с клещом (34,7 %) (снятие незащищенными руками, раздавливание, напозание). Контакт с клещом происходил при уходе за сельскохозяйственными животными, выполнении сельскохозяйственных работ, нахождении в природных биотопах.

На базе референс-центра по мониторингу за КГЛ на базе ФКУЗ «Ставропольский научно-исследовательский институт» Роспотребнадзора проведено фрагментное и полногеномное секвенирование 24 штаммов и 87 РНК-изолятов вируса ККГЛ, выявленных в образцах клинического материала от больных КГЛ и суспензий иксодовых клещей из Ростовской, Астраханской, Волгоградской областей, Республик Калмыкия, Дагестан, Ставропольского края. Исследуемые штаммы и РНК-изоляты вируса, циркулировавшие в 2025 году на территории Российской Федерации, принадлежали к двум генетическим линиям Европа-1 (V) (75,8 %) и Европа-3 (VIII) (24,2 %), характерным для территории Российской Федерации. Во всех образцах клинического материала от больных КГЛ в 2025 году выявлены варианты вируса генетической линии Европа-1 (V).

Акарицидными обработками территории природных биотопов в субъектах ЮФО и СКФО в период с марта по октябрь 2025 года охвачено от запланированных площадей 100 % – в Ростовской, Астраханской, Волгоградской областях, республиках Ингушетия, Калмыкия, Дагестан, Адыгея, Крым, Кабардино-Балкарской республиках, Краснодарском крае. В период с марта по сентябрь 2025 года в субъектах ЮФО и СКФО проведены акарицидные обработки 100 % (с учетом повторных обработок) поголовья КРС и мелко-рогатого скота МРС.

По прогнозу: оптимальные для зимовки иксодовых клещей погодноклиматические условия зимы 2025–2026 годов, вероятно, будут способствовать сохранению численности основного переносчика возбудителя ККГЛ (*H. Marginatum*) на уровне среднесноголетнего уровня.

В 2025 году в Российской Федерации отмечено снижение регистрации числа случаев **лихорадки Западного Нила** (всего – 145 заболевших) по сравнению с предыдущим годом, но на уровне СМУ (0,1 на 100 тыс. населения) (рис. 1.235).

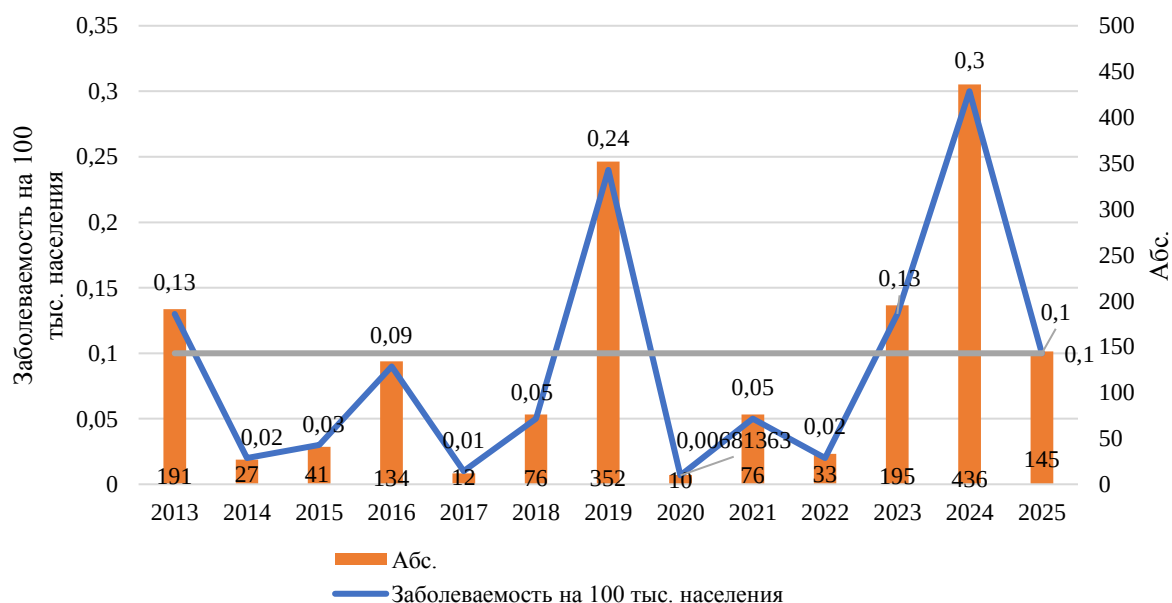


Рис. 1.235. Динамика показателя заболеваемости ЛЗН в Российской Федерации в 2013–2025 гг. (на 100 тыс. населения)

В 2025 году заболевания ЛЗН зарегистрированы в 22 субъектах, впервые в 4 субъектах (Республика Северная Осетия – Алания, Курганская область, Забайкальский край, Кировская область). Существенный рост показателя заболеваемости (в 3,1 раза и в 12 раз относительно 2024 г. и СМУ, соответственно) зарегистрирован в Тамбовской области (табл. 1.91).

Таблица 1.91

**Субъекты Российской Федерации с наибольшим показателем заболеваемости
ЛЗН в 2025 году**

№	Субъект страны	Показатель заболеваемости на 100 тыс. населения		СМУ (2013–2019, 2022–2024)	Рост/снижение показателя заболеваемости по отношению	
		2025	2024		к 2024	к СМУ
	Российская Федерация	0,1	0,3	0,1	↓ в 3,0 раза	отсутствует
1	Краснодарский край	1,37	1,89	0,57	↓ на 27,5 %	↑ в 2,4 раза
2	Тамбовская область	0,95	0,31	0,08	↑ в 3,1 раза	↑ в 12 раз
3	Республика Крым	0,84	0,89	0,06	↓ на 5,6 %	↑ в 14 раза
4	г. Севастополь	0,36	3,39	0,03	↓ в 9,4 раза	↓ в 12 раз
5	Республика Северная Осетия – Алания	0,29	0	0	↑ на 100 %	↑ на 100 %
6	Волгоградская область	0,20	2,52	0,72	↓ в 12,6 раза	↓ в 3,6 раза
7	Республика Адыгея	0,20	3,20	0	↓ в 16 раз	–
8	Республика Татарстан	0,17	2	0,03	↓ в 11,8 раза	↑ в 5,7 раза
9	Саратовская область	0,17	0	0,2	↑ на 100 %	↓ на 15 %
10	Курганская область	0,13	0	0	↑ на 100 %	↑ на 100 %
11	Ханты-Мансийский автономный округ – Югра	0,11	0,06	0,02	↑ в 1,8 раза	↑ в 5,5 раза
12	Ставропольский край	0,10	0,31	0,05	↓ в 3,1 раза	↑ в 2 раза
13	Забайкальский край	0,10	0	0	↑ на 100 %	↑ на 100 %
14	Кировская область	0,09	0	0	↑ на 100 %	↑ на 100 %
15	Воронежская область	0,09	0,48	0,25	↓ в 5,3 раза	↓ в 2,8 раза

Как и ранее, наибольшее число случаев ЛЗН (73,1 %) зарегистрировано в эндемичных регионах ЮФО (Краснодарский край и Республика Крым, на долю которых пришлось 75,5 % и 15,1 % от всех случаев по округу, соответственно), остальные случаи распределились: ПФО – 11,7 %, ЦФО – 8,3 %, СКФО – 3,4 %, УФО – 2,1 %, ДФО и СЗФО – по 0,7 % от всех случаев, зарегистрированных в 2025 г., что соответствует многолетним данным.

В структуре заболеваемости преобладало городское население – 73,8 %, что на уровне СМУ, женское население (53,1 %, в 2024 г. – 38,9 %), при этом в многолетней динамике доля заболевших мужчин превышала долю женщин в 1,3 раза (57,2 %).

В 2025 году в возрастной структуре заболевших, как и в предыдущие годы, преобладала возрастная группа 60 лет и старше (39,3 %, 2024 – 39,1 %, СМУ – 33,5 %).

В структуре заболеваемости ЛЗН в 2025 г., как и в предыдущие годы, преобладали случаи заболевания без поражения ЦНС (76,6 %, СМУ – 75,5 %). Нейроинвазивная форма болезни (с поражением ЦНС) отмечена в 23,4 % случаев (2024 – 29,4 %, СМУ – 24,5 %). Наиболее часто ЛЗН протекала в среднетяжелой форме (72,4 %), 2024 – 73,3 %, СМУ – 71,5 %). Доля легких форм в среднем по стране составила 17,9 % (2024 – 12,1 %, СМУ – 17,1 %).

Эпизоотологический мониторинг в 2025 г. проведен в 86 субъектах (2024 – 78).

По прогнозу референс-центра по мониторингу за ЛЗН на базе ФКУЗ «Волгоградский научно-исследовательский институт» Роспотребнадзора резкое повышение среднесуточных температур воздуха в весенний период 2026 года может привести к раннему началу сезона ЛЗН. Интенсивные проявления эпидемического процесса ЛЗН ожидаются в период с июля по сентябрь с пиком в августе. В эпидемический процесс будут активно вовлечены субъекты ЮФО, ЦФО, ПФО, что требует организации и проведения гидротехнических мероприятий на водоемах, препятствующих размножению комаров, ларвицидных обработок водоемов.

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС) – второе заболевание по встречаемости среди всех учтенных ПОИ. В 2025 году отмечен рост заболеваемости ГЛПС (4912 случаев, 3,36 на 100 тыс. населения) по сравнению с предыдущим годом в 1,6 раза, но без превышения СМУ (10-летний период без учета 2020 и 2021 гг.).

В целом по Российской Федерации для ГЛПС характерны циклические подъемы заболеваемости каждые 4–5 лет, тогда как для отдельных регионов страны цикличность может быть иной, например, 2–3 года.

Циклические подъемы заболеваемости в значительной мере связаны с численностью и инфицированностью ортохантавирусами основных носителей возбудителей ГЛПС в природных очагах – мелких млекопитающих, в первую очередь рыжей полевки, резервуарного хозяина ортохантавируса Пуумала – наиболее распространенного возбудителя ГЛПС на территории европейской части России.

Максимальный уровень заболеваемости, по-прежнему, отмечался в Приволжском федеральном округе (14,34 на 100 тыс. населения), который, как и в среднем по стране, вырос относительно прошлого года в 1,6 раза. Тенденция к росту заболеваемости по сравнению с предыдущим годом отмечена во всех регионах-лидерах (табл. 1.92), при этом максимальный рост (в 2,4 раза) отмечен в Удмуртской Республике (без превышения СМУ).

Таблица 1.92

**Субъекты Российской Федерации с наиболее высокими показателями
заболеваемости ГЛПС в 2025 году**

№ п/п	Субъект страны	Показатель заболеваемости на 100 тыс. населения		СМУ (2013– 2019, 2022– 2024)	Рост/снижение по отношению	
		2025	2024		к 2024	к СМУ
1	2	3	4	5	6	7
	Российская Федерация	3,36	2,32	5,10	↑ в 1,6 раза	↓ в 1,5 раза
1	Республика Удмуртия	39,62	16,41	64,87	↑ в 2,4 раза	↓ в 1,6 раза
2	Нижегородская область	14,92	13,06	12,36	↑ на 14,2 %	↑ на 20,7 %
3	Кировская область	16,89	12,79	13,92	↑ в 1,3 раза	↑ на 21,3 %
4	Республика Татарстан	13,49	12,39	19,93	↑ на 8,8 %	↓ в 1,5 раза
5	Пензенская область	17,7	11,44	19,66	↑ в 1,5 раза	↓ на 9,9 %
6	Республика Марий Эл	13,92	9,98	23,68	↑ в 1,4 раза	↓ в 1,7 раза
7	Ульяновская область	20,36	9,01	12,45	↑ в 2,3 раза	↑ в 1,6 раза
8	Оренбургская область	12,01	8,66	9,22	↑ в 1,4 раза	↑ на 30,2 %
9	Чувашская Республика	11,43	8,63	12,53	↑ в 1,3 раза	↓ на 8,6 %
10	Республика Мордовия	11,41	8,46	23,16	↑ в 1,3 раза	↓ в 2 раза

Продолжение табл. 1.92

1	2	3	4	5	6	7
11	Республика Башкортостан	18,06	8,45	37,54	↑ в 2,1 раза	↓ в 2,1 раза
12	Костромская область	10,82	7,38	10,65	↑ в 1,5 раза	–
13	Ярославская область	3,38	5,54	11,17	↓ в 1,6 раза	↓ в 3,3 раза
14	Орловская область	8,12	4,88	1,96	↑ в 1,7 раза	↑ в 4,1 раза
15	Брянская область	3,96	4,88	4,66	↓ на 18,8 %	↓ на 15 %

Несмотря на рост заболеваемости ГЛПС населения Российской Федерации в 2025 году, во многих субъектах зафиксировано снижение относительно СМУ, при этом максимальное снижение (в 3,3 раза) регистрировалось в Ярославской области. Увеличение заболеваемости по отношению к СМУ было выявлено в Нижегородской, Кировской, Оренбургской и Орловской областях, причем в последней более чем в 4 раза. ГЛПС в 2025 году регистрировали в 59 субъектах, как и в прошлом году. Динамика заболеваемости ГЛПС в Российской Федерации в период 2013–2025 годы приведена на рис. 1.236.

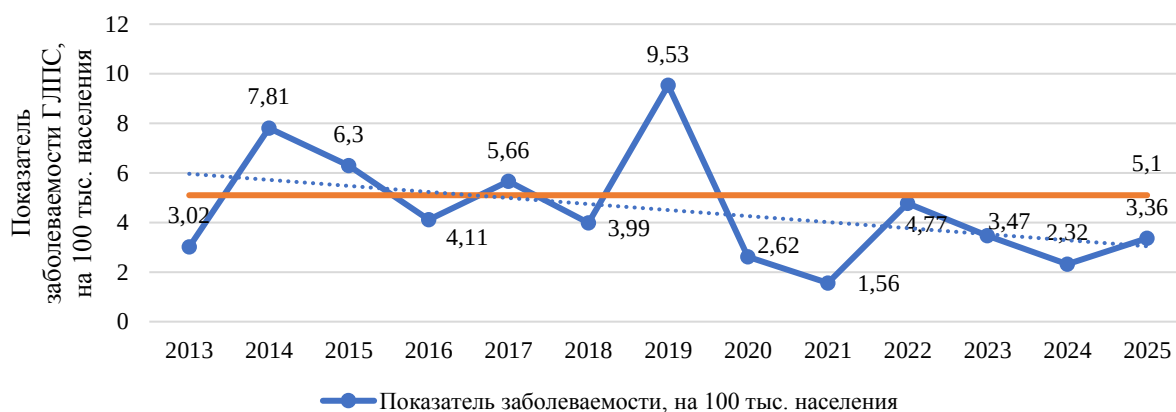


Рис. 1.236. Динамика заболеваемости ГЛПС в Российской Федерации в 2013–2025 гг. (на 100 тыс. населения)

В целом по Российской Федерации из 4912 случаев получили лабораторное подтверждение 4906 (99,8 %).

В социальной структуре заболевших в 2025 году установлено преобладание группы «неработающие граждане» и пенсионеры, показатель на 100 тыс. населения составил 0,92 и 0,56 соответственно. Большая часть выявленных больных заразилась в очагах по месту постоянного проживания, лишь 382 (7,7 %) человека заразились на других территориях.

Клинические формы с тяжелой степенью заболевания составили 3,3 %, со средней степенью тяжести – 93,5 %, с легкой степенью тяжести – 3,2 %.

Инфицирование возбудителями ГЛПС в основном связано с бытовым заражением по месту жительства (45,0 %). Заражения, связанные с пребыванием в лесу, составили 24,3 %, на садово-дачных участках – 22,3 %, с трудовой деятельностью в сельском хозяйстве и с производственной деятельностью – 2,9 % и 3,9 % соответственно.

Референс-центром по мониторингу за ГЛПС, функционирующем на базе ФКУЗ «Ставропольский научно-исследовательский противочумный институт» Роспотребнадзора, проведено ранжирование территорий Российской Федерации по уровню заболеваемости ГЛПС (рис. 1.237).

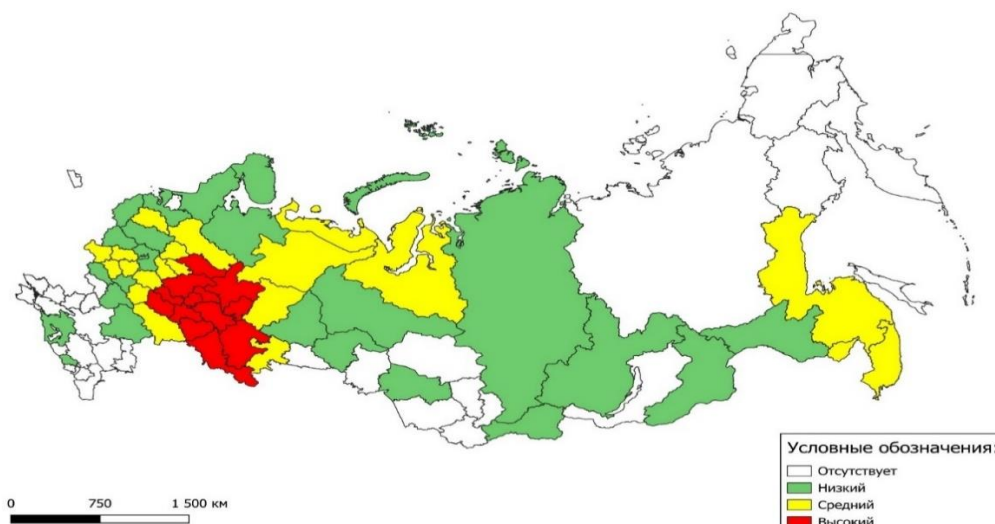


Рис. 1.237. Ранжирование территории Российской Федерации по уровню заболеваемости ГЛПС в 2025 году: 1 – заболеваемость отсутствует; 2 – низкий уровень; 3 – средний уровень; 4 – высокий уровень

По данным референс-центра по мониторингу за ГЛПС на базе ФКУЗ «Ставропольский научно-исследовательский противочумный институт» Роспотребнадзора на большинстве территорий европейской части страны, в особенности в ПФО и ЦФО, в 2026 году прогнозируется осложнение эпидемиологической ситуации по ГЛПС. В СЗФО, УФО и ДФО сохранятся условия для возникновения спорадических случаев ГЛПС. Не исключены спорадические случаи заболевания на отдельных территориях ЮФО, СКФО и СФО.

Референс-центром по мониторингу за ГЛПС проведено районирование субъектов Российской Федерации по прогностическим рискам заражения ГЛПС, выделены 6 групп территорий: с крайне высоким прогностическим риском (6 субъектов – республики Башкортостан, Мордовия, Татарстан, Удмуртия и Чувашия, Ярославская область), высоким (12 – Курская, Рязанская, Тульская, Кировская, Нижегородская, Оренбургская, Самарская, Саратовская и Ульяновская области, Республика Марий Эл, Хабаровский край, Еврейская автономная область), выше среднего (8 – Брянская, Калужская, Костромская, Московская, Вологодская и Пензенская области, г. Санкт-Петербург и Забайкальский край), средним, низким и минимальным (рис. 1.238).

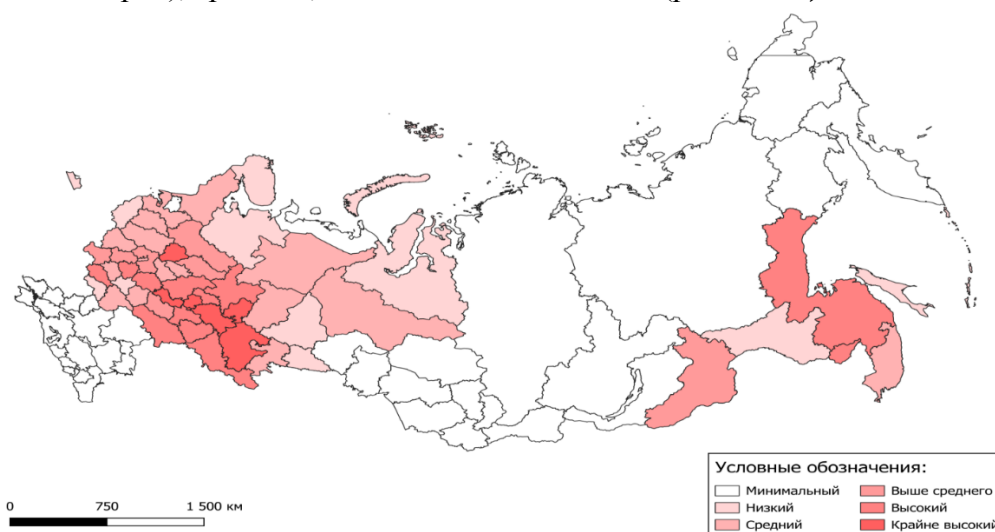


Рис. 1.238. Прогностические риски заражения ГЛПС на территории Российской Федерации в 2026 году: 1 – крайне высокий; 2 – высокий; 3 – выше среднего; 4 – средний; 5 – низкий; 6 – минимальный

Заболеваемость **впервые выявленным бруцеллезом** в 2025 году в целом стабильная (рис. 1.239), подтверждено 543 случая заболевания (показатель – 0,37 на 100 тыс. населения). Заболеваемость регистрировалась в 41 субъекте.

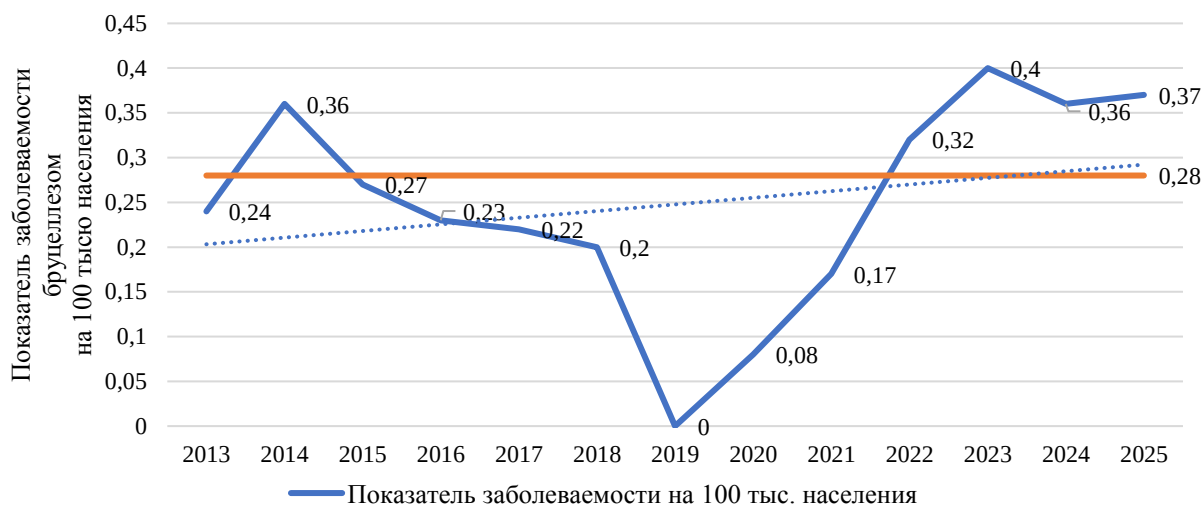


Рис. 1.239. Динамика заболеваемости впервые выявленным бруцеллезом в Российской Федерации в 2013–2025 гг. (на 100 тыс. населения)

Осложнение эпидемиологической ситуации отмечалась в Карачаево-Черкесской Республике (44 заболевших – 9,39 на 100 тыс. населения), Республике Дагестан (193 случая – 5,95 на 100 тыс.), Ставропольском крае (74 случая – 2,56 на 100 тыс.), Брянской области (30 случаев – 2,64 на 100 тыс.), Республике Калмыкия (22 случая – 8,23 на 100 тыс. населения). По итогам года заболеваемость в Республике Мордовия, Карачаево-Черкесской Республике и Томской области существенно превысила региональные значения СМУ (табл. 1.93).

Таблица 1.93

Субъекты Российской Федерации с наибольшим показателем заболеваемости впервые выявленным бруцеллезом в 2025 году

№	Субъект страны	Показатель заболеваемости на 100 тыс. населения		СМУ (2013–2019, 2022–2024)	Рост/снижение показателя заболеваемости по отношению	
		2025	2024		к 2024 г.	к СМУ
	Российская Федерация	0,37	0,36	0,28	↑ на 2,7 %	↑ в 1,3 раза
1	Карачаево-Черкесская Республика	9,39	4,06	1,07	↑ в 2,3 раза	↑ в 8,8 раз
2	Республика Калмыкия	8,23	14,31	11,24	↓ в 1,7 раза	↓ на 26,8 %
3	Республика Дагестан	5,95	6,67	5,52	↓ на 10,8 %	↑ на 7,2 %
4	Республика Мордовия	2,75	0	0,04	↑ на 100 %	↑ в 68,8 раз
5	Брянская область	2,64	5,58	0,12	↓ в 2,1 раза	↑ в 22 раза
6	Ставропольский край	2,56	2,42	2,78	↑ на 5,5 %	↓ на 7,9 %
7	Республика Тыва	2,07	2,37	2,74	↓ на 12,7 %	↓ на 24,5 %
8	Волгоградская область	1,43	0,16	0,41	↑ в 8,9 раз	↑ в 3,5 раза
9	Забайкальский край	1,22	0,1	0,47	↑ в 12,1 раз	↑ в 2,6 раза
10	Томская область	0,77	0,1	0,1	↑ в 7,7 раз	↑ в 7,7 раз
11	Астраханская область	0,74	1,27	0,31	↓ в 1,7 раза	↑ в 2,4 раз

Источниками заболеваний для людей всегда является больной скот и/или молоко, мясо от больного животного, употребленные в пищу.

Основной причиной увеличения количества случаев бруцеллеза среди людей явилось ухудшение в 2025 году эпизоотической ситуации по бруцеллезу среди КРС (увеличение количества неблагополучных пунктов по бруцеллезу КРС на 15,6 % по сравнению с 2024 годом).

Внешние риски по бруцеллезу связаны с импортом животных и продукции животноводства, ввозимыми в Россию из неблагополучных по бруцеллезу стран Центральной Азии и Закавказья, а также государств Ближнего Востока

С целью стабилизации эпизоотической ситуации и снижения заболеваемости людей бруцеллезом в субъектах страны разработаны и реализуются межведомственные комплексные планы мероприятий по профилактике и ликвидации бруцеллеза.

В Российской Федерации в 2025 году против бруцеллеза иммунизировано 4328 человек (в 2024 году – 4858 человек). При этом в Карачаево-Черкесской Республике и Брянской области, неблагополучных по бруцеллезу, в 2025 году вакцинация/ревакцинация не проводилась. Недостаточным является охват профилактическими прививками категорий населения высокого профессионального риска в Ставропольском крае, Астраханской области.

По прогнозу референс-центра по мониторингу за бруцеллезом, функционирующего на базе ФКУЗ «Ставропольский научно-исследовательский противочумный институт» Роспотребнадзора, в 2026 году прогнозируется уровень заболеваемости на 35–40 % выше СМУ в условиях эпизоотического неблагополучия животных. Количество заболеваний людей бруцеллезом в Российской Федерации может находиться на уровне 2024–2025 годов в диапазоне 500–550 случаев (0,35–0,38 на 100 тыс. населения).

Отмечается рост заболеваемости **кокциеллезом (лихорадкой Ку)**, что в том числе, связано с улучшением диагностики данного заболевания (рис. 1.240). В 2024 году Роспотребнадзором были приняты дополнительные меры по организации дифференциальной лабораторной диагностики кокциеллеза на базе медицинских организаций. В 2025 году диагноз подтвержден 280 пациентам в 5 субъектах страны. Показатель заболеваемости – 0,19 на 100 тыс. населения, превысил СМУ в 1,9 раза, а среди сельского населения в 2,1 раза.

Традиционно больше всего случаев зарегистрировано в Астраханской области (133 заболевших – 14,05 на 100 тыс. населения). В последние годы отмечается увеличение регистрации случаев в Ставропольском крае (в 2025 г. – 115 случаев – 3,99 на 100 тыс. населения) и Ростовской области (30 случаев – 0,72 на 100 тыс. населения).

Следует отметить, что плановая вакцинопрофилактика против лихорадки Ку, несмотря на наличие зарегистрированной вакцины, на протяжении многих лет не проводится.

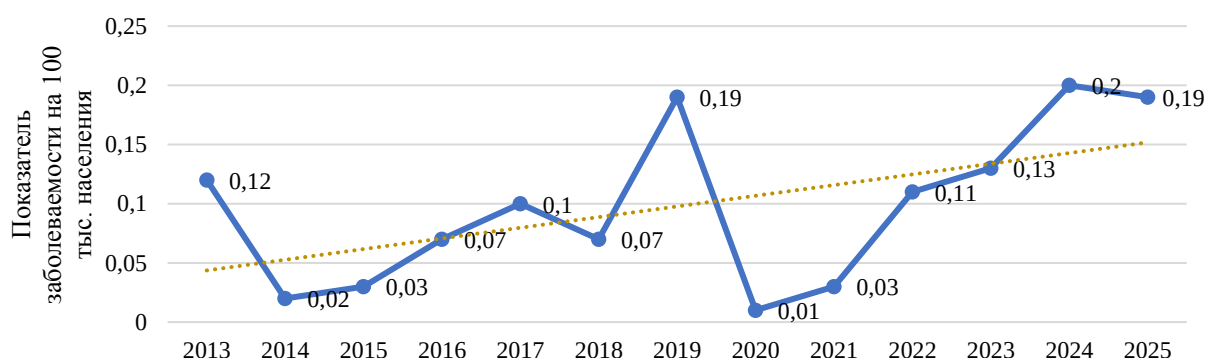


Рис. 1.240. Динамика заболеваемости лихорадкой Ку в Российской Федерации в 2013–2025 гг. (на 100 тыс. населения)

По прогнозу референс-центра по мониторингу за риккетсиозами, функционирующего на базе ФБУН «Омский научно-исследовательский институт природно-очаговых инфекций» Роспотребнадзора, в 2026 году не исключена регистрация заболеваний лихорадкой Ку в отдельных субъектах Южного, Северо-Кавказского федеральных округов, Воронежской области.

В условиях антропогенной трансформации ландшафтов, миграционной активности диких хищников, бездомных животных в Российской Федерации сохраняются эпизоотологические и эпидемиологические риски осложнения ситуации по бешенству.

В 2025 году по поводу укусов, ослюнений, оцарапываний животными в медицинские учреждения обратилось 390141 человек – 266,97 на 100 тыс. населения (в 2024 г. – 246,66 на 100 тыс. населения), из них пострадавших от диких животных – 14 842 человека (рис. 1.241). От укусов, нанесенных собаками пострадали 237 367 (показатель – 162,43 на 100 тыс. населения), что на уровне 2024 г.

Против бешенства в рамках национального календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям в 2025 году иммунизировано 38 177 человек.

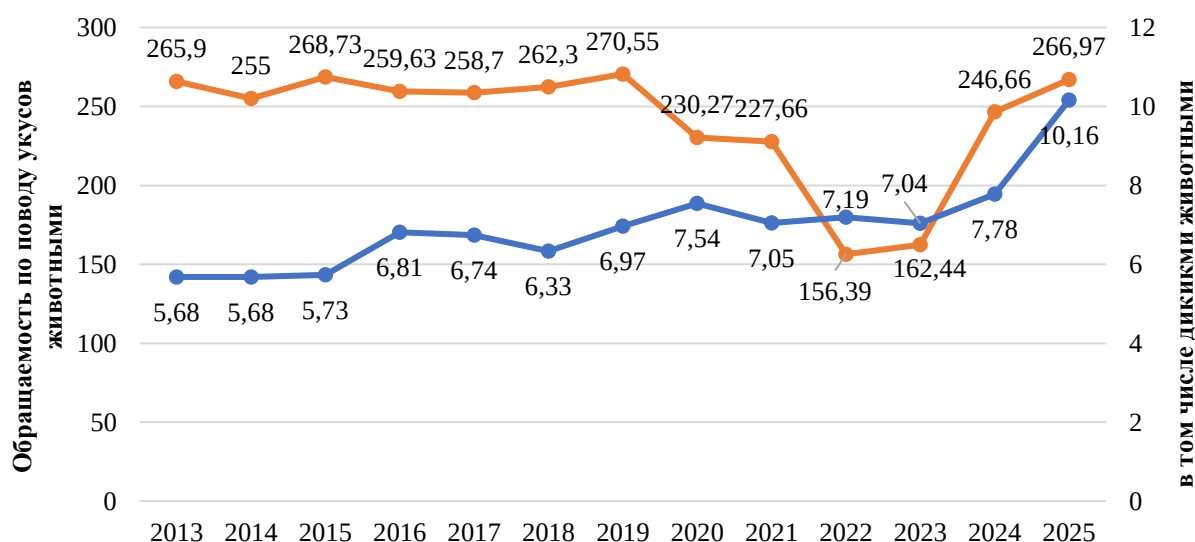


Рис. 1.241. Динамика обращаемости населения в Российской Федерации по поводу укусов, ослюнений, оцарапываний животными в 2013–2025 гг. (на 100 тыс. населения)

При анализе эпизоотолого-эпидемиологических и экологических показателей референс-центром по мониторингу за бешенством, функционирующим на базе ФБУН «Омский научно-исследовательский институт природно-очаговых инфекций» Роспотребнадзора, наибольшая степень риска заражения бешенством установлена для территорий Северо-Кавказского, Южного, Центрального, Приволжского федеральных округов, юга Уральского, Сибирского, Дальневосточного округов.

В 2025 году в Российской Федерации зарегистрированы 2 вспышки **сибирской язвы** среди животных в Нижегородской области и Красноярском крае благодаря своевременно и полной мере проведенному комплексу санитарно-противоэпидемических мероприятий заболевания среди людей не допущено.

Учитывая большое количество стационарно неблагополучных по сибирской язве пунктов и сибиреязвенных захоронений, высокую устойчивость спор возбудителя в объектах окружающей среды, прежде всего в почве, для снижения рисков возникновения неблагополучия сохраняет актуальность иммунизация. В 2025 году против сибирской язвы иммунизировано 41 967 человек (95,5 % от плана).

По прогнозу референс-центра по мониторингу за сибирской язвой на базе ФКУЗ «Ставропольский научно-исследовательский противочумный институт» Роспотребнадзора остаются риски осложнения эпидемиологической обстановки по сибирской язве, обусловленные возможностью завоза в приграничные субъекты Российской Федерации больных животных, животноводческой продукции из неблагополучных по сибирской язве стран, в первую очередь, из республик Центральной Азии.

С целью недопущения осложнений эпидемиологической ситуации по сибирской язве территориальным органам Роспотребнадзора совместно с органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере ветеринарии, территориальными органами Россельхознадзора, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области охраны здоровья, местного самоуправления в субъектах Российской Федерации необходимо обеспечить проведение комплекса профилактических санитарно-ветеринарных мероприятий.

Эпизоотическая ситуация по **туляремии** в 2025 году характеризовалась выраженной территориальной гетерогенностью при общей высокой активности природных очагов. Результаты исследования зоолого-энтомологического материала и объектов окружающей среды подтвердили сохранение напряженной эпизоотической обстановки и высокого эпидемического потенциала природных очагов туляремии во всех федеральных округах России.

Диагноз «**туляремия**» в 2025 году был подтвержден 45 заболевшим (0,03 на 100 тыс. населения), что почти в 2,7 раза меньше по сравнению с СМУ 10-летнего СМУ.

Референс-центром по мониторингу за туляремией на базе ФКУЗ «Ростовский-на-Дону ордена Трудового Красного Знамени научно-исследовательский противочумный институт» Роспотребнадзора проведено ранжирование регионов страны по степени рисков осложнения эпидемического процесса туляремии.

К территориям низкого эпидемического риска относятся 48 субъектов Российской Федерации: г. Москва г. Севастополь, Белгородская, Брянская, Ивановская, Калужская, Костромская, Курская, Тверская, Тульская, Ярославская, Вологодская, Калининградская, Мурманская, Новгородская, Псковская, Астраханская, Оренбургская, Свердловская, Тюменская, Челябинская, Амурская и Магаданская области, республики Коми, Адыгея, Калмыкия, Дагестан, Ингушетия, Кабардино-Балкария, Карачаево-Черкессия, Северная Осетия, Башкортостан, Марий Эл, Татарстан, Удмуртия, Чувашия, Алтай и Хакасия, Чеченская Республика, Краснодарский, Забайкальский, Камчатский, Хабаровский и Пермский края, Ненецкий, Чукотский и Ямало-Ненецкий автономные округа, Еврейская автономная область;

Среднего уровня – 21 субъект Российской Федерации: г. Санкт-Петербург, Владимирская, Воронежская, Липецкая, Московская, Орловская, Рязанская, Смоленская, Тамбовская, Ростовская, Нижегородская, Пензенская, Самарская, Саратовская, Ульяновская, Курганская, Кемеровская, Иркутская и Сахалинская области, Красноярский и Приморский края;

Высокого уровня – 20 субъектов Российской Федерации: Архангельская, Ленинградская, Волгоградская, Кировская, Новосибирская, Омская, Томская, Херсонская и Запорожская области, республики Карелия, Крым, Мордовия, Тыва, Бурятия и Саха (Якутия), Ставропольский и Алтайский края, Ханты-Мансийский автономный округ, Донецкая и Луганская народные республики.

Во внутригодовой динамике 48,9 % случаев заболеваний приходились на август и сентябрь.

В целом по стране в 2025 году против туляремии иммунизировано 871 599 человек.

Недопущению осложнения эпидемиологической ситуации по туляремии способствует проведение комплекса противоэпидемических (профилактических) мероприятий, включающего проведение дератизации, дезинсекции и дезакаризации,

вакцинации населения, проживающего на эндемичных территориях, информационной работы с населением по профилактике туляремии.

В 2025 году заболеваемость **лептоспирозами** в Российской Федерации оставалась на уровне 2024 года – 82 случая (0,06 на 100 тыс. населения), что в 1,8 раза ниже СМУ.

Наибольшее количество заболевших зарегистрировано в г. Санкт-Петербурге и в Краснодарском крае (по 14 человек).

В 2025 году были привиты от лептоспироза 17 980 человек, что почти на 2,8 тыс. больше, чем в 2024 году.

В 2025 году зарегистрирован 281 случай **псевдотуберкулеза** (0,19 на 100 тыс. населения), что в 2,5 раза ниже СМУ. Чаше заболевание регистрировали в Новосибирской области (111 человек – 3,98 на 100 тыс. населения), в Камчатском крае (35 больных – 12,13 на 100 тыс.), г. Санкт-Петербург (28 случаев – 0,5 на 100 тыс.).

В 2025 году зарегистрировано 193 случая **листериоза** (2024 год – 208 случаев). Показатель заболеваемости в Российской Федерации в 2025 году превысил СМУ в 3,3 раза. Больше всего инфицированных зарегистрировано в г. Москва (45 случаев) и Санкт-Петербург (19 случаев).

На территории Российской Федерации расположено 11 природных очагов **чумы**. В 2025 году сохраняли свою активность 3 очага: Центрально-Кавказский высокогорный, Горно-Алтайский высокогорный, Тувинский горный.

На базе референс-центра по мониторингу за чумой на базе ФКУН «Российский научно-исследовательский противочумный институт «Микроб» в 2025 г. изолировано 13 культур чумного микроба, из них 12 – филогенетическая ветвь 4.ANT античного биовара и 1 – филогенетическая ветвь 2MED0 средневекового биовара основного подвида *Y. pestis pestis*.

На территории Горно-Алтайского высокогорного природного очага чумы иммунизацией охвачено 15 066 человек (100,4 % от плана). В Тувинском горном и Центрально-Кавказском высокогорном природных очагах чумы ежегодная вакцинация против чумы проводится отдельным контингентам, относящимся к группам повышенного риска заражения, вакцинировано 9692 человека (100,2 %) и 8383 человек (100,5 %) соответственно. Показателем эффективности планирования и проведения вакцинации против чумы населения на природно-очаговых территориях является отсутствие осложнений эпидемиологической ситуации по чуме в период 2017–2025 гг.

В 2025 г. санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия в природных очагах чумы Российской Федерации проводились с учетом среднесрочных и краткосрочных прогнозов эпизоотической обстановки, подготовленных референс-центром по мониторингу чумы. Реализуемый комплекс санитарно-противоэпидемических мероприятий (вакцинация населения, инсектицидные и дератизационные мероприятия, усиленный зоо-энтомологический контроль, разъяснительная работа с населением) позволил не допустить осложнения эпидемиологической ситуации при значительной активности природных очагов чумы.

1.3.2. Санитарная охрана территории Российской Федерации

Напряженная эпидемиологическая ситуация в мире (вспышки лихорадок Марбург, Эбола, Ласса, Денге, рост заболеваемости лихорадкой чикунгунья, неблагополучие по чуме, широкое распространение холеры, оспа обезьян, корь и другие вакциноуправляемые инфекции), рост объемов трансграничных перевозок грузов и пассажиропотока требуют совершенствования мероприятий по санитарной охране территории Российской Федерации, являющихся одним из ключевых направлений деятельности Роспотребнадзора.

В 2025 году были зарегистрированы завозы случаев холеры, туберкулёза, ВИЧ-инфекции, сифилиса, малярии, лихорадки денге, кори, краснухи, эпидемического паротита, гриппа, ветряной оспы, COVID-19, внебольничной пневмонии,

энтеровирусных инфекций (ЭВИ), менингококковой инфекции, острых гепатитов А, В, С, Е, ОКИ установленной и не установленной этиологии, сальмонеллёза, шигеллёза, коклюша, бруцеллёза, клещевого боррелиоза (болезнь Лайма), лихорадки чикунгунья, ОРВИ, болезни, вызванной вирусом Зика, ГЛПС, лихорадки Западного Нила (ЛЗН), туляремии, бешенства, Крымской геморрагической лихорадки (КГЛ), легионеллёза, оспы обезьян, педикулёза и токсоплазмоза.

В 2025 году внедрен новый алгоритм проведения санитарно-карантинного контроля, включая двойной тепловизионный контроль, цифровую трансформацию – использование АИС «Периметр» для оценки эпидемиологических рисков в режиме реального времени.

Для быстрого реагирования на ситуацию в 14 субъектах Российской Федерации (Казахстанский и Белорусский участки границы) используются мобильные санитарно-карантинные комплексы с лабораторной поддержкой.

В 2025 году в санитарно-карантинных пунктах пропуска (СКП) через государственную границу Российской Федерации досмотрено 6,7 млн транспортных средств, прошли санитарно-карантинный контроль 52,9 млн человек. При этом наибольшее количество – в пунктах пропуска Ростовской, Московской, Свердловской и Новосибирской областей, г. Москвы и г. Санкт-Петербурга, республик Крым, Северная Осетия – Алания и Татарстан, Краснодарского края. Из числа досмотренных на границе выявлено 623 человека с признаками инфекционных болезней (2024 год – 583), из них в воздушных пунктах пропуска – 55,4 %, автомобильных – 41,5 %, морских – 2,5 %, железнодорожных – менее 1 %.

Благодаря усилению мероприятий по санитарно-карантинному контролю удалось не допустить распространения среди населения страны опасных инфекционных заболеваний.

1.3.3. Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи

В 2025 году в Российской Федерации зафиксировано снижение уровня заболеваемости инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи (ИСМП), зарегистрировано 22 212 случаев **ИСМП**, что меньше прошлого года на 4,77 % (2024 г. – 23 326 случаев) (рис. 1.242).

Количество случаев ИСМП, без учета случаев COVID-19, за отчетный год увеличилось на 6,2 % – 20 338 случаев (в 2023 г. – 18 556 случаев, в 2024 г. – 19 158 случаев). При этом по сравнению со среднескользящим уровнем за период с 2013 по 2024 г. (без учета 2020–2021 гг.) количество случаев ИСМП в 2025 г. ниже на 10,1 % (22 622 случая). Характер динамики заболеваемости ИСМП может свидетельствовать о наличии системных проблем в диагностике, регистрации и учете случаев ИСМП.

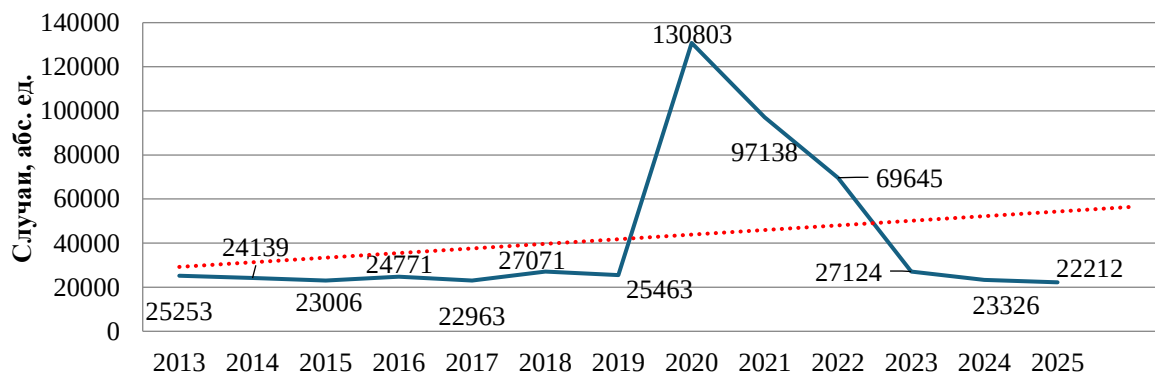


Рис. 1.242. Число случаев ИСМП, Российская Федерация, 2013–2025 гг. (абс.)

По сравнению с прошлым годом заболеваемость персонала медицинских организаций в 2025 году снизилась на 63,9 % – зарегистрировано 114 случаев, из них 47

случаев (41,23 %) – COVID-19 (2024 г. – 316 и 243 случая, соответственно). Число других форм ИСМП медицинского персонала снизилось с 73 случаев в 2024 году до 67 случаев в 2025 году. Среди персонала зарегистрированы 13 впервые выявленных случаев активного туберкулеза, 24 случая острых кишечных инфекций и другие. Обращает на себя внимание регистрация среди персонала 27 случаев воздушно-капельных инфекций, из них 2 случая кори, что говорит о дефектах в организации вакцинации персонала или нарушении схем вакцинации.

Треть случаев ИСМП в 2025 году (34,2 %) зарегистрирована в хирургических стационарах (2024 г. – 31,9 %). Доля ИСМП, выявленных в акушерских стационарах, составила 17 % случаев (2024 г. – 17 %), в учреждениях стационарного социального обслуживания – 3,4 %, (2024 г. – 5 %), в инфекционных стационарах и отделениях – 2,3 % (2024 г. – 2,7 %). Наибольшее число случаев ИСМП, как и ранее, выявлено в прочих стационарах (отделениях) – 39,7 %, где чаще всего выявлялись случаи COVID-19, но их доля с 2021 года снижается (2021 г. – 46,8 %) (рис. 1.243).

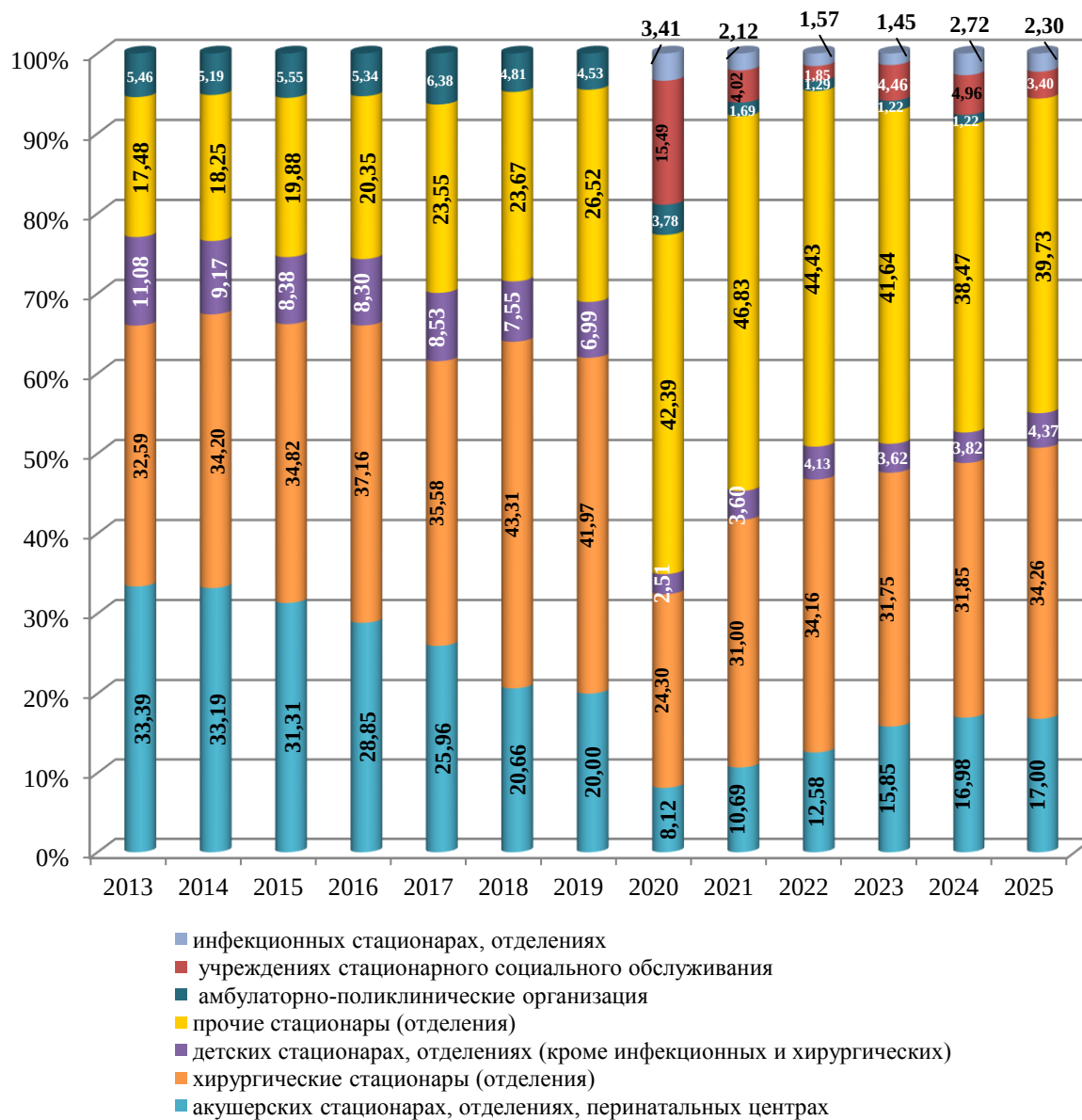


Рис. 1.243. Распределение случаев ИСМП по видам медицинских стационаров (отделений), 2013–2025 гг., %

В структуре ИСМП в 2025 году преобладают случаи инфекций нижних дыхательных путей (ИНДП) – 38,21 % (2024 г. – 32,2 %). Доля случаев COVID-19 существенно снизилась до 8,43 % (2024 г. – 17,9 %). По итогам 2025 года в структуре заболеваемости ИСМП увеличилась доля следующих форм: инфекций в области хирургического вмешательства (ИОХВ) – 17,3 % (2024 г. – 16,4 %), воздушно-капельных инфекций – 7,9 % (2024 г. – 5,9 %). Удельный вес гнойно-септических инфекций (ГСИ) новорождённых составил 7,6 % (2024 г. – 8,04 %), ГСИ родильниц – 8 % (в 2024 г. – 8,2 %), инфекций мочевыводящих путей (ИМВП) – 2,3 % (2024 г. – 2,1 %) (рис. 1.244).

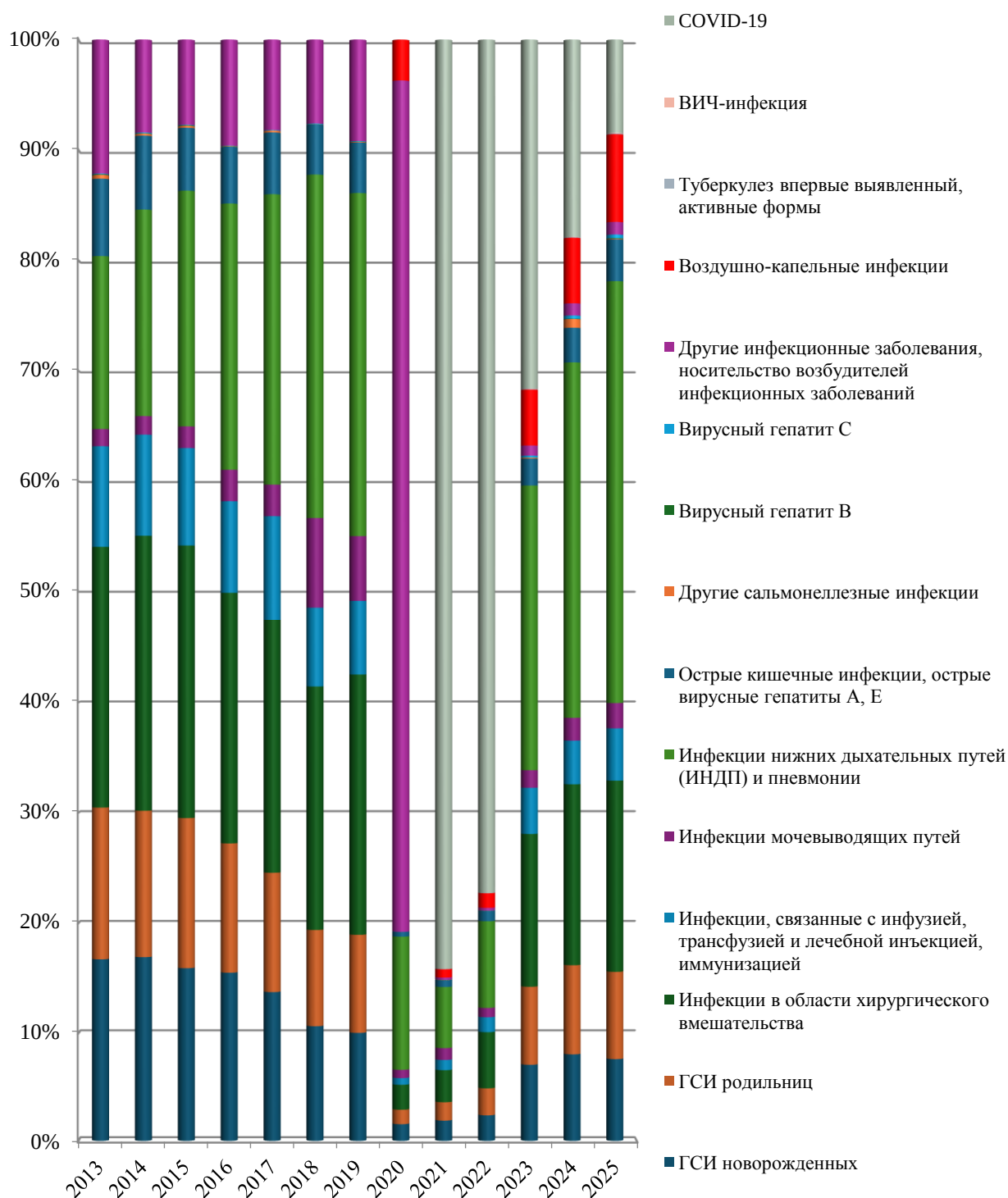


Рис. 1.244. Динамика нозологической структуры заболеваемости ИСМП в Российской Федерации с 2013 по 2025 г., %

Количество случаев COVID-19, связанных с инфицированием при оказании медицинской помощи, в 2025 году составило 1874, что в 2 раза меньше, чем в 2024 году (4168 случаев). При этом в 97,5 % случаев заболевание зарегистрировано среди пациентов (2024 год – 94,2 %), в форме пневмонии – 11,4 % случая. Чаще всего случаи регистрировали в прочих стационарах и отделениях (1254 случая) и в хирургических стационарах, отделениях (395 случаев).

В 2025 году отмечен умеренный рост заболеваемости инфекциями нижних дыхательных путей (ИНДП) – на 13 %, число случаев увеличилось с 7506 в 2024 году до 8485 в 2025 году. Наибольшая доля ИНДП зарегистрирована в прочих стационарах и отделениях (61,5 %), за которыми следуют хирургические стационары и отделения (31,6 %). За тот же период зафиксировано увеличение числа случаев воздушно-капельных инфекций: с 1385 случаев в 2024 году до 1765 в 2025 году. Из них 49,7 % случаев пришлось на категорию «прочие стационары и отделения». Данная статистика может указывать на недостаточную настороженность в отношении своевременного выявления инфекционных заболеваний в указанных учреждениях, а также на несвоевременное применение мер изоляции или направления пациентов в профильные стационары при обнаружении соответствующих клинических признаков.

По итогам 2025 года в целом по стране сократилось количество гнойно-септических инфекций (ГСИ) родильниц – 1775 случаев (2024 г. – 1901). При этом в отдельных субъектах наблюдается тенденция к росту, что может свидетельствовать об улучшении качества их выявления и учета. Так, в Калужской области в 2025 году зарегистрировано 19 случаев (2024 г. – 8), в Республике Северная Осетия – Алания – 15 случаев (2024 г. – 10), в Пермском крае – 31 случай (2024 г. – 19), в Ямало-Ненецком автономном округе – 23 случая (2024 г. – 13).

Количество случаев ГСИ новорождённых в 2025 г. уменьшилось на 10 % – до 1688 случаев (2024 г. – 1875). В нозологической структуре заболеваемости новорождённых удельный вес генерализованных форм (сепсис, остеомиелит и бактериальный менингит) незначительно уменьшился до 10,7 % (2024 г. – 15,25 %), в том числе на бактериальный менингит приходилось – 0,6 % случаев, на сепсис – 9,1 %, остеомиелит – 1 %. Наибольшую долю среди ГСИ новорождённых составили конъюнктивит и дакриоцистит – 25,1 % (2024 г. – 21,6 %), на втором месте – пиодермия, импетиго, панариций, паронихий и мастит – 23,8 % (2024 г. – 22,5 %), на третьем – пневмонии – 10 % (2024 г. – 14,5 %).

Соотношение внутрибольничных ГСИ новорождённых к ВУИ новорождённых в целом по Российской Федерации в 2025 году составил 1:17,9 (2016 год – 1:8,5). В 53 субъектах число зарегистрированных случаев ВУИ в 10 и более раз превышает число ГСИ новорождённых, наиболее высокие показатели соотношения зарегистрированы в Калужской, Ярославской, Новгородской, Ростовской и Новосибирской областях, г. Москве (табл. 1.94). Это может указывать на маскировку медицинскими организациями внутрибольничных инфекций под диагнозы ВУИ. Причинами служат отсутствие четких критериев дифференциальной диагностики и недостаточный объем микробиологического обследования пар «мать-дитя».

Таблица 1.94

Субъекты Российской Федерации с наиболее высоким соотношением ВУИ новорождённых к внутрибольничным ГСИ новорождённых в 2025 г.

Субъекты Российской Федерации	Соотношение внутрибольничных ГСИ новорождённых к ВУИ новорождённых
Калужская область	1 : 305
Ярославская область	1 : 146
Новосибирская область	1 : 145
Новгородская область	1 : 144
Ростовская область	1 : 139
г. Москва	1 : 115

При отсутствии зарегистрированных случаев ГСИ новорождённых регистрируются только внутриутробные инфекции в Волгоградской области (543 случая), Брянской области (375), Орловской области (46), Республике Коми (34), Владимирской области (24), Ненецком автономном округе (8), Чувашской Республике (5), Камчатском крае (4). Отсутствие как случаев ГСИ новорождённых, так и ВУИ отмечено в Костромской области, Республике Ингушетия, Еврейской автономной области, Чукотском автономном округе, что свидетельствует об отсутствии налаженной в этих субъектах налаженной работы по выявлению и учету этих инфекций.

Сохраняется стабильно низкий уровень заболеваемости вирусным гепатитом В, связанным с внутрибольничным инфицированием (регистрируются единичные случаи), что является результатом массовой вакцинации населения против данной инфекции. В 2025 году зарегистрировано 12 случаев внутрибольничного инфицирования вирусом гепатита В (ВГВ) в медицинских организациях (2016 год – 11).

В 2025 году зарегистрировано 73 случая внутрибольничного инфицирования вирусом гепатита С (ВГС) (2024 г. – 68), включая 2 случая, связанные с исполнением служебных обязанностей у персонала медицинских организаций. По сравнению с 2016 годом (7 случаев) количество случаев увеличилось в 10 раз. Такая ситуация требует повышения внимания медицинского персонала к неукоснительному выполнению санитарно-эпидемиологических требований, соблюдению режимов дезинфекции и стерилизации при оказании медицинской помощи.

Продолжается регистрация внутрибольничных случаев инфицирования ВИЧ-инфекцией, обусловленных нарушениями санитарно-эпидемиологических требований в медицинских организациях. Так, в 2025 году подтверждено 8 случаев внутрибольничного инфицирования ВИЧ-инфекцией (2024 г. – 3).

Современные методы исследования, включая генотипирование вирусов, и их активное применение расширило возможности подтверждения эпидемиологической связи между инфицированными вирусами ВИЧ, гепатитов В и С, что повысило качество эпидемиологических расследований и отразилось на регистрации случаев таких заболеваний.

Для профилактики внутрибольничного инфицирования ВИЧ-инфекцией, ВГВ и ВГС в медицинских организациях следует усилить ведомственный и внутренний контроль за соблюдением дезинфекционно-стерилизационного режима, поддерживать на высоком уровне охват вакцинацией против гепатита В, регулярно повышать уровень знаний персонала по вопросам профилактики ИСМП, соблюдения требований санитарного законодательства по обеспечению эпидемиологической безопасности при оказании медицинской помощи.

Количество очагов групповой заболеваемости, зарегистрированных в медицинских организациях, в 2025 году уменьшилось по сравнению с предыдущим годом до 56 очагов (2024 г. – 61). Общее число пострадавших в таких очагах уменьшилось по сравнению с 2024 годом на 16 % (с 954 человек до 798), при этом удельный вес детей в возрасте до 17 лет сократился и составил 37,1 % (2024 г. – 47,2 %). Наибольшая доля вспышек была зарегистрирована в прочих стационарах (29 вспышек, 52 %), на втором месте – детские стационары (14, 25 %), на третьем – санаторно-курортные организации (10, 1,8 %). В родильных домах зарегистрировано 2 вспышки, в хирургическом стационаре – 1.

По итогам 2025 года вспышки в медицинских организациях преимущественно были связаны с аэрозольным механизмом передачи инфекций (44,6 % от всех вспышек). При этом 44 % таких вспышек были обусловлены корью (11 очагов групповой заболеваемости, 115 пострадавших), кроме этого зарегистрировано 10 вспышек гриппа и ОРИ (141 пострадавших), 3 вспышки новой коронавирусной инфекции (29 пострадавших), 1 вспышка менингококковой инфекции (3 пострадавших).

Зарегистрирован 21 очаг с фекально-оральным механизмом передачи, из них 16 очагов норовирусной инфекции (243 пострадавших), 2 очага ротавирусной инфекции (19 пострадавших), 1 вспышка кишечной инфекции, обусловленной условно патогенной микрофлорой (83 пострадавших), 1 вспышка ОКИ неустановленной этиологии (18 пострадавших), 1 вспышка смешанной этиологии (норовирусная и ротавирусная инфекция) (33 пострадавших).

В 2025 году в медицинских организациях зарегистрировано 9 очагов с парентеральным механизмом передачи: 2 очага ВИЧ-инфекции (3 пострадавших), 5 очагов гепатита С (15 пострадавших), 1 очаг смешанной этиологии (ВГС+ВИЧ инфекция, ВГС+ ВГВ), 1 очаг бактериальной инфекции неуточненной.

Вспышки вакциноуправляемых инфекций в медицинских организациях свидетельствует о необходимости повышения охвата вакцинацией населения против данных инфекций, а также контроля за иммунизацией работников медицинских организаций против кори, гриппа и других инфекций.

Вопросы выявления и учета ИСМП в отдельных субъектах Российской Федерации продолжают сохранять свою актуальность. Так, в 2025 году в некоторых субъектах были зарегистрированы единичные случаи ИСМП, что говорит о проблемах в их выявлении и учете: в Республике Адыгея (1 случай), Карачаево-Черкесской Республике (3 случая). В Чукотском автономном округе не зарегистрировано случаев ИСМП. В 55 субъектах Российской Федерации не регистрировались внутрибольничные инфекции мочевыводящих путей, в 24 субъектах – инфекции нижних дыхательных путей и пневмонии, в 17 субъектах – ГСИ родильниц, в 13 субъектах – ГСИ новорожденных, в 20 субъектах – инфекции в области хирургического вмешательства, в 17 субъектах – инфекции, связанные с инфузией, трансфузией и лечебной инъекцией, иммунизацией.

1.3.4. Паразитарные заболевания

По итогам 2025 года в Российской Федерации суммарно зарегистрировано 184 759 случаев паразитарных заболеваний, показатель заболеваемости – 126,43 на 100 тыс. населения, что ниже показателя предыдущего года на 7,2 % (135,51 на 100 тыс. населения) и в 1,6 раза ниже СМУ (197,45 на 100 тыс. населения).

За период 2013–2025 годов прослеживается устойчивая тенденция к снижению заболеваемости, главным образом за счет уменьшения количества случаев таких паразитарных заболеваний как энтеробиоз, лямблиоз, аскаридоз, описторхоз, токсоплазмоз, трихоцефалёз, трихинеллёз, токсокароз, тениаринхоз и других.

Среди заболевших традиционно превалирует детское население (удельный вес – 85,2 %).

В 36 субъектах отмечается превышение среднероссийского показателя суммарной заболеваемости паразитарными болезнями, из них более чем в 3 раза – в 5 субъектах; более чем в 2 раза – в 17. Субъекты Российской Федерации с наиболее высокими показателями суммарной заболеваемости паразитарными болезнями представлены в табл. 1.95.

Таблица 1.95

Субъекты Российской Федерации с наиболее высокими показателями суммарной заболеваемости паразитарными болезнями в 2025 году

№ п/п	Субъекты Российской Федерации	Суммарное количество паразитарных заболеваний	Показатель на 100 тыс. населения	СМУ (2013–2019, 2022–2024 гг.)	Рост/снижение относительно СМУ, раз
1	2	3	4	5	6
	Российская Федерация	184759	126,43	197,45	↓ в 1,6 раз
1	Ненецкий автономный округ	245	582,43	1113,51	↓ в 1,9 раз

Продолжение табл. 1.95

1	2	3	4	5	6
2	Республика Карелия	2314	443,80	321,7	↑ на 38 %
3	Томская область	4469	429,07	536,05	↓ на 20,0 %
4	Новосибирская область	11912	427,25	477,96	↓ на 10,6 %
5	Вологодская область	4679	418,38	504,66	↓ на 17,0 %
6	Республика Саха (Якутия)	3799	378,34	476,47	↓ на 20,6 %
7	Курганская область	2580	344,58	507,35	↓ в 1,5 раз
8	Ямало-Ненецкий автономный округ	1769	340,50	476,84	↓ на 28,6 %
9	Республика Алтай	706	335,50	386,97	↓ на 13,3 %
10	Республика Коми	2343	326,46	630,65	↓ в 1,9 раз

В структуре паразитарных заболеваний удельный вес инвазий гельминтами составил 88,8 % (2024 г. – 87,95 %), протозоозами – 11,2 % (2024 г. – 12,05 %).

На **энтеробиоз** приходится наибольший удельный вес в структуре гельминтозов (75 %). Многолетняя динамика заболеваемости энтеробиозом характеризуется существенным снижением с 150,19 на 100 тыс. населения в 2013 году до 97,74 на 100 тыс. населения в 2025 году (в 1,5 раза), среди детей 0–17 лет с 773,2 на 100 тыс. детского населения в 2013 году до 459,26 – в 2025 году (в 1,7 раза) (рис. 1.245).

В 2025 году зарегистрировано 138 443 случая, заболеваемость населения Российской Федерации энтеробиозом осталась на уровне 2024 года, при этом снизилась относительно СМУ в 1,4 раза (136,61).

Превышение среднероссийского показателя заболеваемости энтеробиозом по итогам года отмечено в 38 субъектах.

В 2025 году случаи заболевания энтеробиозом регистрировались во всех возрастных группах, включая детей первого года жизни (24,30 на 100 тыс., 302 сл.).

Группой «риска» продолжают оставаться дети в возрасте 3–6 лет (показатель заболеваемости – 890,65 на 100 тыс. детей данной возрастной группы), что требует контроля за организацией и проведением обследований на энтеробиоз подлежащих контингентов; мероприятиями в очагах энтеробиоза; активизации информационной работы с родителями о мерах профилактики.

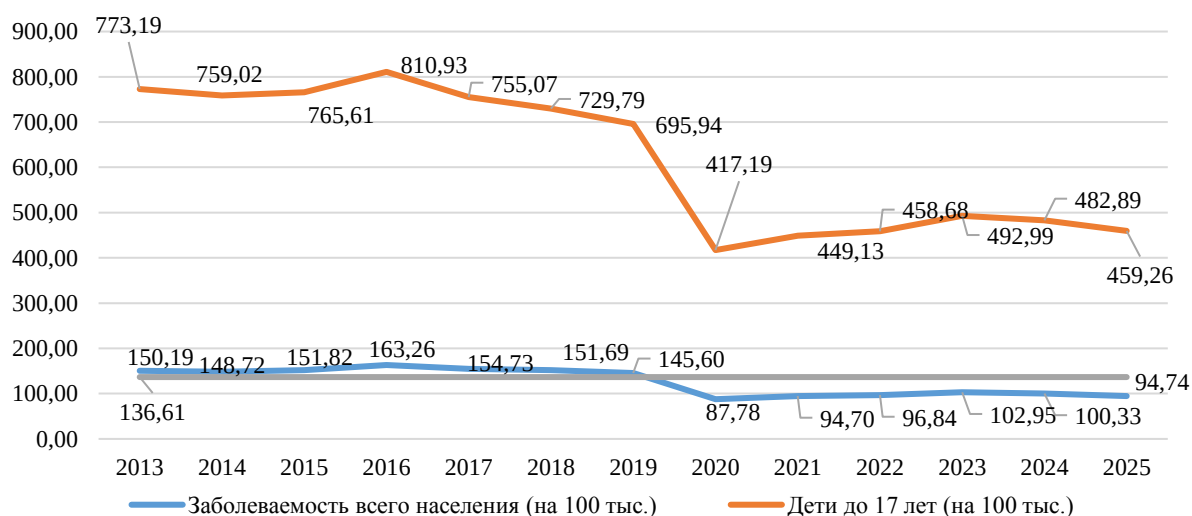


Рис. 1.245. Динамика заболеваемости энтеробиозом в Российской Федерации, 2013–2025 гг., на 100 тыс. населения

Наиболее распространенным протозоозом на территории Российской Федерации остается **лямблиоз** (79,7 %).

В многолетней динамике заболеваемости прослеживается тенденция к снижению в 4 раза (2013 г. – 45,13 на 100 тыс. населения). Относительно 2024 года заболеваемость снизилась на 17,1 %, показатель заболеваемости составил 11,31 на 100 тыс. населения (2024 год – 13,64 на 100 тыс. населения), относительно СМУ (27,14) – в 2,4 раза (рис. 1.246).

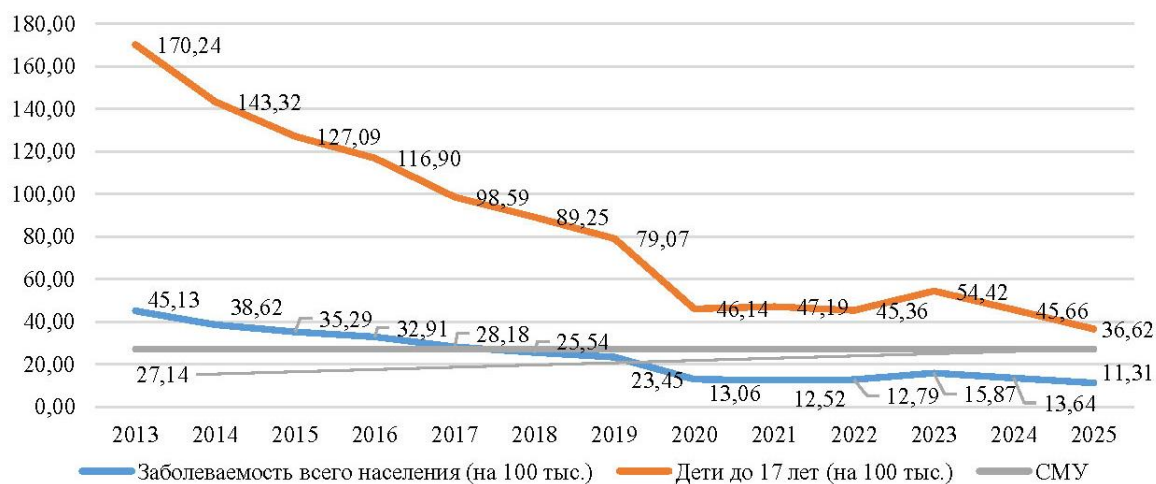


Рис. 1.246. Динамика заболеваемости лямблиозом в Российской Федерации, 2013–2025 гг., на 100 тыс. населения

В 2025 г. лямблиоз регистрировался во всех субъектах Российской Федерации, кроме г. Севастополь, Карачаево-Черкесской Республики и Чукотского автономного округа. Превышение среднероссийского показателя наблюдается в 25 субъектах страны. Субъекты Российской Федерации с наиболее высокими показателями заболеваемости лямблиозом в 2025 году представлены в табл. 1.96.

Таблица 1.96

**Субъекты Российской Федерации с наиболее высокими показателями
заболеваемости лямблиозом в 2025 году**

№ п/п	Субъекты Российской Федерации	Всего	Показатель на 100 тыс. населения	СМУ (2012–2019, 2022–2023 гг.)	Рост /снижение относительно СМУ
Российская Федерация		16525	11,31	27,14	↓ в 2,4 раза
1	Томская область	1594	153,04	190,74	↓ на 19,8 %
2	Республика Карелия	476	91,29	58,72	↑ в 1,6 раз
3	Республика Алтай	129	61,30	43,71	↑ на 40,0 %
4	Курганская область	458	61,17	142,53	↓ в 2,3 раз
5	Республика Коми	406	56,57	149,67	↓ в 2,6 раз
6	Волгоградская область	1286	52,62	76,92	↓ в 1,5 раз
7	Кемеровская область – Кузбасс	1240	48,87	97,62	↓ в 2 раз
8	Новосибирская область	1360	48,78	93,42	↓ в 1,9 раз
9	Красноярский край	1369	48,17	70,25	↓ в 1,5 раз
10	Алтайский край	917	43,52	59,24	↓ на 26,5 %

В возрастной структуре заболеваемости удельный вес детей в возрасте до 17 лет составил 66,2 %, показатель заболеваемости данной возрастной группы в 2025 году по сравнению с прошлым годом уменьшился на 19,8 % и составил 36,62 на 100 тыс. Основной группой риска являются дети в возрасте 3–6 лет (2601 случай, показатель 42,91 на 100 тыс. населения) и 1–2 года (920 случаев, 34,96 на 100 тыс. населения).

В связи с циркуляцией цист лямблий в объектах внешней среды учреждениями Роспотребнадзора проводится мониторинг, в рамках которого ежегодно проводятся санитарно-паразитологические исследования воды централизованного водоснабжения и воды плавательных бассейнов. Цисты лямблий обнаружены в воде централизованного водоснабжения в 0,004 % исследований, что меньше в 2,3 раза показателя прошлого года (2024 г. – 0,009 %), в воде плавательных бассейнов – 0,004 %, что аналогично показателям прошлого года (2024 г. – 0,003 %). При выявлении цист лямблий инициируется проведение санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий.

По итогам года в Российской Федерации зарегистрировано 200 случаев впервые выявленной **малярии** (показатель – 0,14 на 100 тыс. населения) и 1 случай паразитоза малярии в 54 субъектах Российской Федерации (2024 г. – в 55 субъектах). Показатель заболеваемости относительно 2024 года увеличился на 16,7 % (2024 г. – 171 сл., показатель – 0,12 на 100 тыс. населения), относительно СМУ – в 1,8 раза (0,08 на 100 тыс. населения).

Зарегистрированные случаи малярии имеют завозной характер и связаны с поездками в страны дальнего зарубежья, включая государства Африки, Азии, Южной Америки и Океании. Рост числа завозов обусловлен активизацией международного туризма, а также расширением сотрудничества с африканскими и азиатскими странами. Среди ключевых факторов со стороны путешественников отмечаются недостаточная осведомленность о рисках и не соблюдение мер профилактики, в том числе отсутствие химиопрофилактики, недостаточное применение средств защиты от укусов комаров.

На территории Российской Федерации сохраняется риск передачи трехдневной малярии через местных комаров. В целях недопущения местной передачи малярии, снижения численности переносчиков Роспотребнадзором организуются профилактические мероприятия, в т. ч. проведение ларвицидных обработок анофелогенных водоемов, а также осуществляется контроль за их проведением. В 2025 г. объемы обработанной площади с учетом кратности составили 29 683,13 га. Контролем качества охвачено 10 723,98 га, или 36,1 %.

Аскаридоз является самым распространенным из геогельминтозов. В 2025 году показатель заболеваемости населения аскаридозом относительно 2024 года снизился на 14,4 % (8045 сл., 5,51 на 100 тыс. населения, 2024 г. – 6,44 на 100 тыс. населения) и в 2,3 раза – относительно СМУ (12,94 на 100 тыс. населения) (рис. 1.247).

Доля детей в структуре заболевших составила 67,9 % (5461 сл., 18,29 на 100 тыс. детского населения). Наиболее высокие показатели заболеваемости регистрируются у детей в возрасте 1–2 года (36,40 на 100 тыс. детского населения) и 3–6 лет (30,24), что обусловлено низкими гигиеническими навыками у детей данных возрастов.

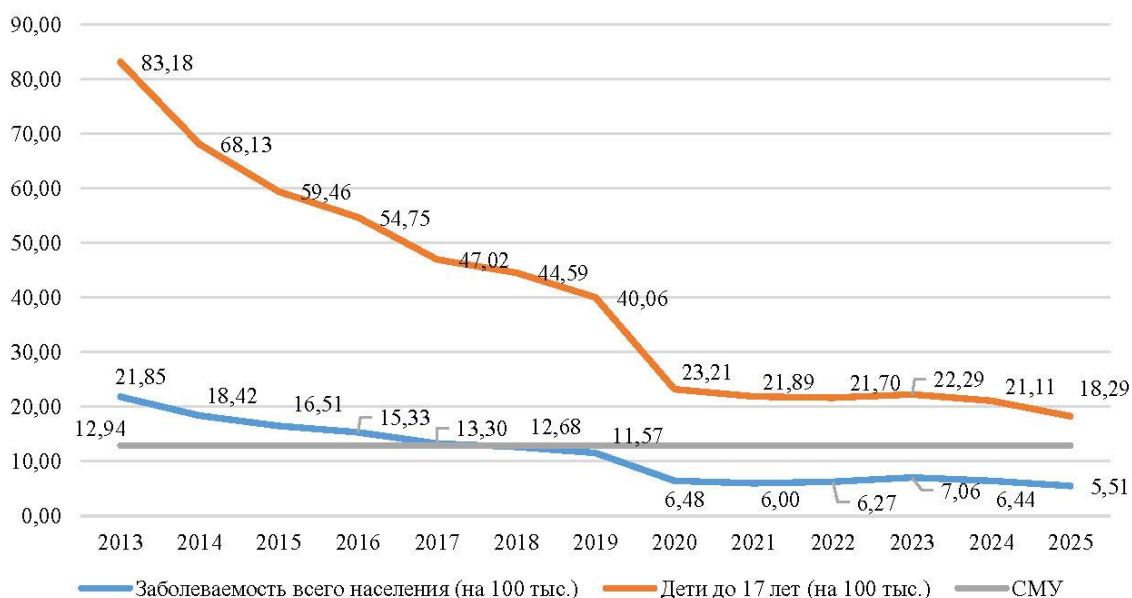


Рис. 1.247. Заболеваемость аскаридозом населения Российской Федерации 2013–2025 гг., на 100 тыс. населения

Превышение среднероссийского показателя заболеваемости аскаридозом зарегистрировано в 32 субъектах страны. Наиболее высокие показатели заболеваемости отмечены в 10 субъектах (табл. 1.97).

Таблица 1.97

Субъекты Российской Федерации, где зарегистрированы наиболее высокие показатели заболеваемости аскаридозом в 2025 году

№ п/п	Субъекты Российской Федерации	Всего	Показатель на 100 тыс. населения	СМУ (2013–2019, 2022–2024 гг.)	Рост /снижение относительно СМУ
Российская Федерация		8045	5,51	14,72	↓ в 2,3 раза
1	Тверская область	443	37,07	48,18	↓ на 23,1 %
2	Республика Дагестан	941	28,99	76,89	↓ в 2,7 раз
3	Республика Карелия	135	25,89	18,69	↑ на 38,5 %
4	Чукотский АО	12	25,05	6,2	↑ в 4 раза
5	Брянская область	260	22,86	21,73	↑ на 5,2 %
5	Ямало-Ненецкий АО	113	21,75	16,63	↑ на 30,8 %
6	Республика Хакасия	114	21,64	18,27	↑ на 18,4 %
7	Республика Мордовия	147	19,28	34,56	↓ в 1,8 раз
8	Красноярский край	506	17,80	29,73	↓ в 1,7 раз
9	Алтайский край	351	16,66	39,05	↓ в 2,3 раз
10	Псковская область	96	16,61	41,85	↓ в 2,5 раз

По итогам 2025 года в Российской Федерации выявлено 1331 случай **токсокароза** (0,91 на 100 тыс. населения), по сравнению с 2024 годом заболеваемость незначительно снизилась – на 5,2 % (2024 г. – 0,96 на 100 тыс. населения) и не превысила СМУ (1,49). Удельный вес детей до 17 лет в структуре заболевших составляет 26,4 % (351 случай, 1,18 на 100 тыс. данного возраста). На заболеваемость токсокарозом влияет

несоблюдение правил содержания собак и отсутствие мер дезинвазии экскрементов, которые могут быть заражены яйцами гельминтов.

Заражению населения способствует загрязнение почвы и песка, в т. ч. на детских площадках, из-за несоблюдения правил содержания домашних собак, недостатка или отсутствия специальных мест для их выгула, наличия на территориях бездомных животных. Вышеуказанное требует усиления контроля за правилами содержания домашних животных, мероприятий по регулированию численности бродячих животных, недопущения на территорию детских образовательных организаций животных, проведения дезинвазии песка.

Самым распространенным биогельминтозом в Российской Федерации является **описторхоз**, передающийся через зараженную пресноводную рыбу. В многолетней динамике отмечается тенденция к снижению показателя заболеваемости.

В 2025 году показатель заболеваемости остался практически на уровне прошлого года и составил 9,15 на 100 тыс. населения (13 376 сл.) (2024 г. – 9,4 на 100 тыс.), но ниже СМУ – в 1,5 раза (13,32) (рис. 1.248). Городское население заражается чаще сельского – по итогам года – 75 % от всех случаев заболевания (10 027 случаев).

В основном описторхозом болеет взрослое население, доля детей до 17 лет составила всего 8,9 % (1191 случай, 3,99 на 100 тыс. населения данной возрастной группы).

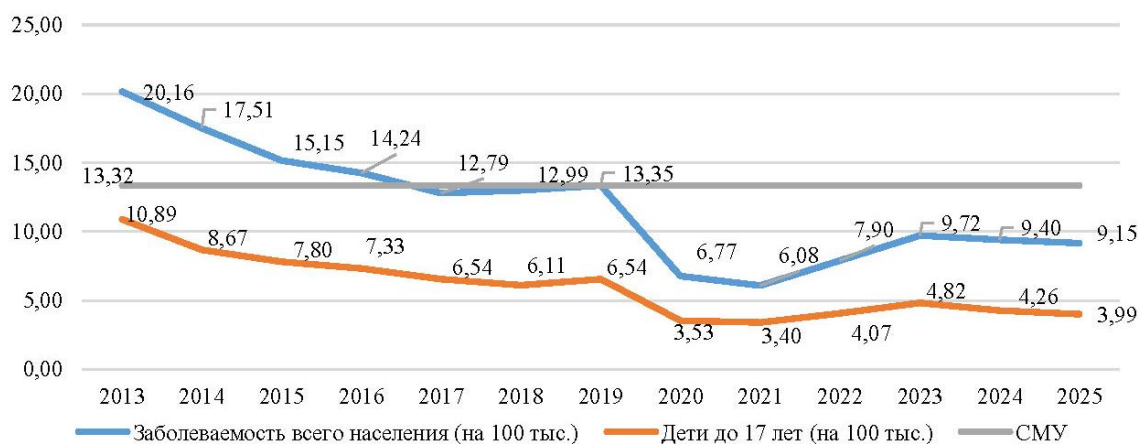


Рис. 1.248. Заболеваемость описторхозом населения Российской Федерации 2013–2025 гг., на 100 тыс. населения

В субъектах Сибирского и Уральского федеральных округов традиционно регистрируется наиболее высокая заболеваемость описторхозом, что обусловлено самым крупным природным очагом описторхоза с эпицентром в Обь-Иртышском бассейне (табл. 1.98). По данным референс-центра по мониторингу за биогельминтозами, функционирующем на базе ФБУН «Тюменский научно-исследовательский институт краевой патологии» Роспотребнадзора, зараженность личинками *O. Felineus* от числа исследованных рыб семейства карповых в Обь-Иртышском бассейне более 90 %. Вовлечение населения в эпидемический процесс, особенно на территориях риска, обусловлено употреблением необеззараженной готовой рыбной продукции в копченом или вяленом виде, а также загрязнением поверхностных водоемов недостаточно очищенными сточными водами. Учреждениями Роспотребнадзора проводится мониторинг за очисткой сточных вод, при выявлении положительных находок организуется и держится на контроле проведение комплекса профилактических мероприятий.

Таблица 1.98

**Субъекты Российской Федерации с наиболее высокими показателями
заболеваемости описторхозом в 2025 году**

№ п/п	Субъекты Российской Федерации	Всего	Показатель на 100 тыс. населения	СМУ (2012–2019, 2022–2024 гг.)	Рост /снижение относительно СМУ
	Российская Федерация	13376	9,15	13,32	↓ 1,5 раза
1	Томская область	1018	97,74	114,77	↓ на 14,8 %
2	Новосибирская область	2682	96,20	117,1	↓ на 17,8 %
3	Омская область	1545	85,27	81,6	↑ на 4,5 %
4	Ханты-Мансийский автономный округ – Югра	1409	79,58	281,53	↓ в 3,5 раз
5	Красноярский край	1935	68,08	50,48	↑ на 34,9 %
6	Ямало-Ненецкий автономный округ	330	63,52	148,59	↓ в 2,3 раз
7	Республика Алтай	117	55,60	43,67	↑ на 27,3 %
8	Алтайский край	1158	54,95	42,94	↑ на 28,0 %
9	Тюменская область	846	52,19	97,59	↓ в 1,9 раз
10	Кемеровская область	1181	46,54	55,48	↓ на 16,0 %

Заболеваемость **дифиллоботриозом** спорадическая. В 2025 году выявлено 1874 случая, показатель заболеваемости составил 1,28 на 100 тыс. населения, что меньше показателя прошлого года на 7,2 % (2024 г. – 1,38) и ниже СМУ на 56,2 % (2,76). Основную долю заболевших составляет взрослое население (92,7 %).

Случаи дифиллоботриоза выявлены в 54 субъектах Российской Федерации. Показатель заболеваемости превышающий среднероссийский отмечен в 12 субъектах страны.

В 2025 году зарегистрировано 479 случаев заболеваний **эхинококкозом** в 65 субъектах страны, заболеваемость составила 0,33 на 100 тыс. населения незначительно превысив СМУ – на 6,5 %.

Доля детского населения среди заболевших составила 11,7 % (56 случаев, 0,19 на 100 тыс. детей данного возраста), в том числе 7 случаев среди детей в возрасте 3–6 лет.

В 2025 году зарегистрировано 65 случаев **альвеококкоза** (0,04 на 100 тыс. населения), что на уровне СМУ (0,04), из них 2 случая у детей.

Традиционно наиболее высокая заболеваемость эхинококкозом и альвеококкозом регистрируется в субъектах страны, где население занимается охотничьим промыслом и отгонно-пастбищным животноводством.

Существенной проблемой является поздняя диагностика заболевания, в большинстве случаев диагноз «эхинококкоз» верифицируется лишь на поздних стадиях, при развитии осложнений на основании данных инструментальной диагностики (УЗИ, рентгенография, КТ), в процессе оперативного лечения.

По итогам 2025 года зарегистрировано 35 случаев **трихинеллеза** (0,02 на 100 тыс. населения), что ниже СМУ в 2 раза (0,04 на 100 тыс. населения) в 20 субъектах Российской Федерации. Наибольшее число случаев зарегистрировано в г. Санкт-Петербург (5 случаев), Оренбургской области (4 случая). Среди детей в возрасте до 17 лет в стране выявлено 2 случая инвазии. Инфицирование происходит при употреблении в пищу мяса домашних и диких животных, не прошедшего ветеринарно-санитарную экспертизу, добытого на охоте или приобретенного в местах несанкционированной торговли, что требует дополнительных мероприятий по недопущению несанкционированной торговли.

Раздел 2. Основные результаты научных исследований в области гигиены, эпидемиологии, профилактической медицины

2.1. Основные результаты научных исследований в области гигиены

Научные исследования в области гигиены выполняются 8 подведомственными научными организациями в соответствии с планами научно-исследовательских работ (далее – НИР) на основе отраслевой научно-исследовательской программы Роспотребнадзора на период 2021–2025 гг. «Научное обоснование национальной системы обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия, управления рисками здоровью и повышения качества жизни населения России» (НИР), а также ФП «Чистый воздух» и др.

По итогам 2025 г. основными результатами научно-исследовательских работ стали: 213 объектов интеллектуальной собственности, зарегистрированные в Роспатенте (включая патенты на изобретения, полезные модели, промышленные образцы, свидетельства на программы для ЭВМ и базы данных), 2 руководства, 28 методических указаний по контролю (МУК), 8 методических указаний (МУ), 47 методических рекомендаций (МР), 1067 гигиенических нормативов, в том числе включенных в состав санитарных правил и норм (ГН и СанПиН), 24 информационно-методических письма. Все результаты направлены на обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Научно-методическое и экспертно-аналитическое сопровождение деятельности органов и учреждений Роспотребнадзора базируется на учете современных мировых научных тенденций, оперативном реагировании на актуальные вызовы, связанные с воздействием на человека факторов различной природы, соответствует целям ключевых стратегических документов Российской Федерации и способствует получению новых знаний и данных в области гигиены.

2.1.1. Научные исследования в области анализа факторов риска среды обитания, образа жизни и разработки мероприятий, направленных на обеспечение безопасности среды обитания и сохранение здоровья населения Российской Федерации

Отработан новый алгоритм мониторинга за качеством и безопасностью водоемностей, позволяющий оцифровывать данные физико-химического состава, оценивать биологические свойства воды, рассчитывать эффективность водоподготовки, управлять качеством питьевой воды и рисками здоровью. Математическая кластеризация показателей состава воды позволяет получить информацию о вероятных источниках поступления загрязняющих веществ в воду, их миграции, химической и биологической трансформации, наличии аддитивных эффектов при воздействии на организм.

Разработан комплекс методических и алгоритмических решений (патенты RU 146887 и RU 146757), направленных на повышение точности оценок экспозиции при остром и хроническом воздействии химических веществ атмосферного воздуха и эффективности управления рисками для здоровья населения.

Усовершенствован и апробирован поэтапный интегральный (системный) подход к гигиенической оценке загрязнения атмосферного воздуха с учетом риска ощущения запаха, который может быть использован органами Роспотребнадзора для расследования жалоб населения на неприятные запахи и принятия управленческих решений в условиях, когда инструментальные замеры по нормируемым веществам не выявляют превышений.

Разработан поэтапный план управленческих мер по устранению навязчивых запахов на примере г. Кирова и тиражирован на территориях с аналогичными источниками загрязнения. Доказана репрезентативность и эффективность социологических методов (фокус-группы, анкетирование) как необходимого элемента гигиенической оценки.

Разработаны модели оценки динамических характеристик выбросов примесей из труб ТЭЦ на основе теории подобия, спутниковых снимков и гидродинамического моделирования (модель WRF). Апробация на дымовых шлейфах Гусиноозёрской ГРЭС (Байкальская природная территория) подтвердила совпадение расчетных траекторий с наблюдаемыми в рамках «закона 2/3» (движение частиц или потоков подчиняется классическим физическим принципам турбулентности). Оцененные скорости подъема дымовых струй повышают точность прогноза рассеивания примесей и позволяют совершенствовать системы мониторинга загрязнения атмосферного воздуха.

Разработана методика количественной оценки и прогноза риска для здоровья населения, формируемого при сочетанном влиянии метеорологических и химических факторов с экономической составляющей. Методические подходы использованы при реализации национального и отраслевых планов адаптации к изменениям климата.

Разработаны алгоритм оценки и рекомендации по гигиенической оценке комфортности городской среды, основанные на методологии оценки риска для здоровья населения. Проведены расчеты экологического бремени болезней, которое составило для города с населением 1000 человек при величине транспортного шума ~2.74 года здоровой жизни ежегодно. При «умеренном» уровне в 60 дБА бремя составляет более 1 DALY/год на 1000 человек. В масштабах крупного города (например, 1 млн человек) – это уже тысячи потерянных лет здоровой жизни ежегодно, что представляет собой значимую проблему, требующую системных решений по шумоподавлению.

Разработаны рекомендации по ведению СГМ в Арктике с применением геоинформационных систем, внедрение которых позволит своевременно разрабатывать и реализовывать меры минимизации негативных последствий для здоровья населения северных территорий. По результатам актуализации баз данных и комплексного анализа качества факторов среды обитания и здоровья населения Арктической зоны Российской Федерации подготовлен информационный бюллетень (2014–2025 гг.), отражающий состояние микрофлоры природной среды, ситуацию по возбудителям особо опасных инфекций и эпидемиологическое состояние инфекционных болезней с прогнозированием рисков.

Получены математические модели эволюции (нарастания) рисков для здоровья населения в условиях сочетанного влияния шумовой нагрузки и загрязнения воздуха взвешенными частицами, оксидом углерода, формальдегидом, ароматическими углеводородами. Метод обеспечивает возможность оценивать перспективы и ограничения развития, а также функционального зонирования урбанизированных территорий.

Сформулированы практические рекомендации по безопасному размещению приборов на основе лидарных технологий в условиях жилой застройки. Разработаны МУК 4.3.4157–25, регламентирующие единые подходы к контролю и гигиенической оценке лазерного излучения в жилых и общественных зданиях, на территории жилой застройки, что способствует минимизации рисков для здоровья при активном внедрении современных лазерных технологий в городскую среду.

2.1.2. Формирование научно обоснованной системы здорового и рационального питания человека, обеспечения продовольственной безопасности для профилактики алиментарно-зависимых заболеваний с учётом региональных особенностей мест проживания

Создано программное средство «Мониторинг питания и здоровья», которое является целостной технологической и методологической платформой, осуществляющей трансформацию организации детского питания – от этапа проектирования рациона до его гигиенической оценки, адаптации и последующего многоуровневого анализа. Разработан набор унифицированных рецептов с высокой витаминно-минеральной плотностью, учитывающий региональную эндемику и позволяющий эффективно восполнять дефицит микронутриентов. Программное средство объединило 8824 образовательные организации из 87 субъектов Российской Федерации и на его основе разработано более 30 тыс. меню организованного питания.

Обоснована региональная модель профилактики инфекционных и неинфекционных заболеваний в Арктической зоне Российской Федерации (ХМАО и ЯНАО) по результатам контролируемого курса биопрофилактики среди детей дошкольного и школьного возраста с использованием специализированного продукта на основе коровьего молозива с учетом региональных особенностей питания и дефицитов микронутриентов с рекомендуемой дозировкой (100 мл/сут.). Показана эффективность по нормализации кишечного микробиоценоза, улучшению состояния ротоглотки и местного иммунитета (повышается уровень лизоцима и γ -интерферона).

Разработан и апробирован новый подход к оценке питания, основанный на анализе многомерного статистического анализа данных, объединивших оценку качества питания (индекс качества на основе 5 продуктов и 5 нутриентов), метаболомный профиль (60 органических кислот) и микробиомные характеристики (общая бактериальная нагрузка, структура микробиотического ядра, содержание условно-патогенных микроорганизмов и грибов). Показано, что школьники г. Екатеринбурга, придерживающиеся здоровой модели питания, демонстрируют наилучшие показатели по потреблению зерновых, овощей, фруктов, белковых продуктов и пищевых волокон и у них установлено оптимальное количество пропионовокислых бактерий и сахаролитических бактерий *Corynebacterium* spp. Выявлена прямая корреляция между низким уровнем нутриентов и маркерами митохондриальной дисфункции. Идентифицировано пять фенотипов питания. Разработанный подход к оценке питания позволяет проводить персонализированную коррекцию питания школьников. Разработаны схемы метаботипинга при оценке фенотипа питания (патент № 50052 от 13.11.25) и нутриентного профилирования на основе метаботипинга (патент № 150586 от 16.12.25); способ нутритивной профилактики заболеваемости работников промышленных предприятий на основе фенотипирования (патент № 2851069).

Сформирована доказательная база безопасного применения радиационной обработки широкого спектра пищевой и сельскохозяйственной продукции в дозах до 10 кГр, дифференцированных в зависимости от вида продукции и обеспечивающей инактивацию микроорганизмов и сохранность качества. Определены оптимальные режимы обработки ионизирующим излучением и хранения. Подтверждена воспроизводимость режимов в пилотных условиях с применением программно-аппаратного комплекса «Радуризация».

В сфере безопасности бортового питания определены критические контрольные точки технологического процесса приготовления, хранения и доставки. Экспериментально доказана эффективность обеззараживания овощной продукции ионизирующим излучением в дозе 4 кГр, установлены соответствующие микробиологические нормативы. Обоснованы режимы охлаждения: для мясной

продукции и птицы допускается естественное охлаждение не более 2 часов при температуре +20 °С, тогда как для рыбной продукции этот этап исключен. Для летного состава разработано сбалансированное меню из 142 блюд, дифференцированное по длительности полета, учитывающее энергетические затраты экипажа и нормативные требования безопасности.

Рассчитан риск здоровью населения при употреблении воды для детского питания семи торговых марок с учетом содержания в ней фталатов и минеральных веществ. Подготовлены рекомендации о необходимости включения ди(2-этилгексил)фталата в перечень контролируемых показателей безопасности упакованной питьевой воды и упаковки в технические регламенты ЕАЭС (ТР ЕАЭС 044/2017 и ТР ТС 005/2011).

Установлен системный дисбаланс фактического питания работников предприятий горнодобывающей и металлургической промышленности, расположенных в зонах умеренного климата и Крайнего Севера: избыток жиров и простых сахаров, дефицит пищевых волокон, белка, витаминов (D, C, группы B) и минералов (кальций, магний), являющийся ключевым фактором риска метаболического синдрома. Структура алиментарных рисков меняется в зависимости от возраста: если у работников 30–44 лет преобладают избыточное потребление сахаров и алкогольная нагрузка, то у лиц 45–60 лет – избыток жиров в рационе при недостаточном поступлении пищевых волокон.

Выявлен устойчивый структурный дисбаланс рациона среди всех половозрастных групп населения Республики Башкортостан: дефицит потребления овощей (14–34 % от нормы), рыбы (9–60 %) и молочных продуктов (13–54 %) сочетается с избыточным потреблением соли (140–280 %), простых углеводов и насыщенных жирных кислот. Отмечено нарушение режима питания со смещением основной калорийности на вторую половину дня. Продемонстрирована возрастная динамика ухудшения нутритивного статуса: от относительного благополучия у младших школьников к прогрессирующему дефициту макро- и микронутриентов у студентов и трудоспособного населения, что создает кумулятивный эффект рисков для здоровья. Результаты исследования легли в основу адресных образовательных программ по здоровому питанию и базы данных для комплексного анализа рациона в зависимости от профессии, дохода и возраста.

Реализованы санитарно-просветительские программы «Основы здорового питания», направленные на формирование у детей и подростков осознанного выбора в пользу здорового питания и образа жизни. Программы эффективно внедрены в образовательную среду. Обучено более 8 млн чел.

2.1.3. Научное обоснование системы гигиенической безопасности и управления рисками здоровью детей и подростков, в том числе в условиях цифровой трансформации общества

С использованием технологий искусственного интеллекта (искусственных нейронных сетей – layers 5,2–18,5, $R^2 = 0,10–0,49$) доказано влияние факторов образовательного процесса, питания, образа жизни, химического загрязнения воздуха помещений на изменение оксидантно-антиоксидантного, пищевого и метаболического статуса школьников, функциональных показателей вегетативного гомеостаза и параметров состава тела. Уточнены вклады факторов риска в вероятность снижения напряженности гуморального противои инфекционного иммунитета. Дополнены и верифицированы ключевые звенья патогенеза и общие маркерные показатели риск-ассоциированных нарушений противои инфекционного иммунитета и аллергической реактивности ($\text{MDA} > 2,5 \text{ мкмоль/см}^3$, $\text{ЛПНП} > 3,9 \text{ ммоль/дм}^3$, $\text{LF/HF} > 1,5 \text{ у.е.}$, CD3+CD8+ -лимфоциты, $\text{отн.} > 41,0 \%$, $\text{IgG} < 10,96 \text{ г/дм}^3$), являющиеся целевыми для медико-профилактических мероприятий.

Для оптимизации учебной нагрузки подготовлена база нормативно-методических документов, включая Методические рекомендации к санитарным нормам и правилам, регулирующим вопросы обеспечения условий образовательной деятельности, оказания услуг по воспитанию и обучению (МР 2.4.0380–25). Документы учитывают выявленную выраженную напряженность учебной деятельности старшеклассников, обусловленную интенсивным интеллектуальным и информационным воздействием. Установлено, что наиболее продолжительным видом деятельности является выполнение заданий по самостоятельно выбранному алгоритму (61,3 % учебного времени, или 1422 минуты за неделю), при этом 73,9 % занятий проводятся без временных ограничений, а каждое десятое (11,4 %) – в условиях дефицита времени.

Разработана и апробирована инновационная методика расчета индивидуально допустимых физических нагрузок для подростков 14–17 лет для принятия решения о возможности их допуска к выполнению трудовых функций, интегрирующая компьютерное зрение, биомеханическое моделирование и функциональную диагностику. Алгоритм включает биомеханический анализ (REBA/RULA), расчет механической работы и определение персональных лимитов нагрузки, обеспечивающих безопасность для здоровья.

Запатентован инновационный метод объективной оценки показателей ходьбы человека (патент RU 2849311), базирующийся на использовании эталонных кинематических характеристик и угловых параметров, соответствующих биомеханической норме. С помощью нейросети с высокой точностью определяются ключевые точки тела человека при выполнении отдельных параметров ходьбы (длина шага, углы в суставах) и сравниваются с эталонными. Метод в перспективе может успешно использоваться не только в гигиенических исследованиях, диагностике и оценке реабилитационных мероприятий, но и в сфере детско-юношеского спорта для комплексного оценивания физической формы, наличия признаков перегрузки опорно-двигательного аппарата, отслеживания этапов восстановления после спортивных травм.

Рассчитана величина риска возникновения патологий глаза (класс VII по МКБ-10) в зависимости от интенсивности освещения в дошкольных организациях. Если освещенность в дошкольных образовательных организациях ниже 400 лк, риск формирования болезней глаза и его придаточного аппарата (H00-H59) у дошкольников составляет $6,0 \times 10^{-4}$, при значениях, превышающих 600 лк, риск возрастает – $7,0 \times 10^{-4}$.

Разработаны инструменты идентификации факторов риска здоровью детей и подростков, включая методику комплексной оценки санитарно-эпидемиологического благополучия общеобразовательной организации, шкалу оценки достатка семьи и инструмент выявления факторов риска образа жизни обучающихся. Определены 5 ведущих факторов риска: гиподинамия, нерациональное питание, дефицит сна, несоблюдение правил личной гигиены и чрезмерное использование гаджетов. Научно обоснована пятиэтапная модель управления рисками здоровью детей и подростков в образовательных организациях: от идентификации и гигиенического ранжирования факторов риска до реализации адресных профилактических программ с последующим мониторингом их эффективности и динамической коррекцией.

2.1.4. Научное обеспечение сохранения здоровья работающего населения через системное управление профессиональными рисками и сохранение трудового долголетия в различных отраслях промышленности и сельского хозяйства

Управлению риском для здоровья работающего населения способствует внедрение новых медицинских технологий оценки экспозиции факторов производственной среды, выявление предикторов, биомаркеров воздействия,

чувствительности и эффекта, в том числе с помощью молекулярно-генетических методов.

Усовершенствована методическая база определения короткоцепочечных спиртов, бензола и его гомологов, озона, формальдегида, ацетата натрия в воздухе рабочей зоны и биологических средах. Обоснованы критерии оценки и прогнозирования индивидуального риска при воздействии вредных веществ в условиях производственной экспозиции для осуществления СГМ.

Разработана и апробирована методология комплексного анализа психосоциальных факторов рабочей среды, позволяющая оперативно выявлять критические показатели напряженности труда и устанавливать причинно-следственные связи между интеллектуальными нагрузками и психоэмоциональными расстройствами.

Разработаны методические рекомендации, позволяющие на основе оценки условий труда и стажа работы определить риск формирования производственно-обусловленных заболеваний, ведущих к снижению и(или) утрате трудоспособности, что способствует своевременному проведению профилактических мероприятий, направленных на сохранение здоровья и продление активной трудовой жизни людей предпенсионного и пенсионного возраста.

Усовершенствованы методические подходы к гигиенической оценке риска воздействия пестицидов на здоровье работающих с ними, учитывающие комбинированное действие компонентов препаратов и их поглощенную дозу, включая оценку опасности кожной экспозиции. Установлена эффективность неинвазивных методов диагностики с целью выявления субклинических уровней воздействия пестицидов. Впервые разработаны МР 1.2.0390–25 «Оценка риска для пользователей при применении пестицидов в условиях фермерских и личных подсобных хозяйств в период регистрационных испытаний», рассматривающие особенности применения пестицидов в фермерских и личных подсобных хозяйствах.

Научно обоснован комплекс информативных лабораторных биомаркеров для ранней диагностики вредного воздействия производственных факторов на кожу. Выявлена связь риска профессиональных заболеваний кожи с полиморфизмом гена NAT2 и специфическими комбинациями гаплотипов генов детоксикации и антиоксидантной защиты. Установлены гендерные особенности генетической устойчивости: мужчины с генотипами G/G и G/A rs1799930, C/C и C/T rs1799929 проявляют повышенную резистентность к производственным вредностям.

Оптимизированы методы озонотерапии и внутривенного лазерного облучения крови (ВЛОК) для индивидуальной профилактики кожной патологии с подтвержденной эффективностью 83–91 %. Создана инновационная модель персонифицированных профилактических программ, основанная на избирательном применении генетических маркеров, что позволяет сократить объем диагностики и использовать полученные данные для построения персонализированных моделей риска на базе ИИ.

Обнаружено критическое превышение содержания микроорганизмов в воздушной среде животноводческих помещений (более 230 тыс. КОЕ/м³), значительная доля которых обладает высокой устойчивостью к основным группам антибиотиков. Разработаны обучающие программы, направленные на повышение информированности работников в области рационального применения антибиотиков. Создана автоматизированная система, алгоритм которой осуществляет расчет индивидуальных рисков и обеспечивает сотрудников адресной информацией о правилах антибиотикотерапии.

Проведен ряд работ по изучению влияния производственных факторов на организм работающих, включая выявление молекулярно-генетических предикторов,

вклада в развитие конкретных нозологий (сердечно-сосудистые, дыхательные, репродуктивные нарушения) и роли сопутствующих заболеваний.

Идентифицирован комплекс молекулярно-генетических предикторов индивидуальной восприимчивости к профессиональным факторам риска. В частности установлена связь вариабельности гена вазоактивного интестинального пептида (VIP) с риском аллергии, а генов CYP2J2 и IL4RA – с аллергическим дерматитом. Определены генетические детерминанты хронического бронхита (ген GSTM), особенности восприятия шума (гены PCDH15) и риска вибрационной болезни (гены SOD2, NOS1, TNF- α , IL-1 β). Выявлено статистически достоверное сокращение длины теломер (защитных концевых участков хромосом) у работников с вибрационной болезнью как маркера ускоренного биологического старения. Также обнаружены эпигенетические сдвиги (гипометилиация LINE-1 и Alu) у матерей-работниц нефтехимии и их детей, где уровень профессиональной обусловленности осложнений гестации достигает 66,7 %.

Среди работников конвертерного производства выявлены ассоциации полиморфизмов генов SIRT1 и ACE с преждевременным старением и потерей эластичности сосудов, а вариант гена SOD2 указывает на снижение антиоксидантного статуса и риск сердечно-сосудистых заболеваний. На основе полученных данных разработан стандарт обследования и алгоритм донозологического скрининга. Внедрение молекулярно-генетического мониторинга позволит выявлять работников с высокой генетической предрасположенностью к мультифакториальным патологиям до появления клинических симптомов.

У работников медеплавильного производства контаминация мокроты металлами напрямую влияет на уровень бактериальной нагрузки *S. pneumoniae* и повышает риск развития антибиотикорезистентности у носителей. Выявлено увеличение частоты встречаемости генетических детерминант устойчивости к макролидам генов Mef и ErmB у *S. pneumoniae*, персистирующих на слизистой оболочке верхних дыхательных путей у работающих в контакте с промышленными аэрозолями. Обнаружена генетическая детерминированность состава микрофлоры: работники с определенными полиморфизмами генов Toll-подобных рецепторов (TLR-4 и TLR-6) в разы чаще становятся носителями агрессивной условно-патогенной флоры. Результаты исследования подтверждают важность комплексного подхода к сохранению здоровья работников, включающего в себя меры по защите органов дыхания, укреплению иммунитета, вакцинации и рациональному подходу к назначению антибиотиков.

У рабочих, подвергающихся воздействию химических факторов металлургического производства, в ситуации когнитивной нагрузки наблюдается нарастание тета- и угнетение бета-ритмов, что свидетельствует о лобно-подкорковой дисфункции и быстром истощении ресурсов мозга, проявляющихся в снижении памяти и внимания. В то же время курс тренировок по методу нейромышечной активации с вестибулярной нагрузкой достоверно нормализует биоэлектрическую активность мозга. Это приводит к восстановлению объема внимания и памяти, повышая функциональную устойчивость нервной системы.

Разработана предиктивная модель оценки риска нарушений репродуктивного здоровья у женщин, занятых выполнением трудовых операций на открытой территории в районах холодного климата при одновременном воздействии других вредных производственных факторов. Создана схема экспериментальной оценки феномена наследования рисков гендерного дисбаланса и жизнеспособности (патент № 138706).

Разработан и обоснован комплекс биохимических маркеров (система свободно-радикального окисления, антиоксидантная защита, гомоцистеин, белок sST2, катестатин, неоптерин, оксид азота и др.) для ранней доклинической диагностики и профилактики риск-ассоциированных патологий у трудоспособного населения, работающего во

вредных условиях труда. Дана оценка выбранным показателям как предикторам развития сердечно-сосудистой и бронхолегочной патологии при воздействии вредных производственных факторов.

У более половины работников (57,7 %) предприятий черной металлургии выявлена высокая распространенность заболеваний эндокринной системы, а у трети (37,0 %) – болезней системы кровообращения (БСК). При увеличении возраста и стажа работы в более вредных условиях труда классов 3.3, 3.4 уровень распространенности гипертонической болезни (88,2 % от всех БСК) у мужчин нарастает быстрее ($r_s = 0,9 \leftrightarrow p = 0,037$) по сравнению с группой лиц сопоставимого возраста, занятых на производстве с допустимыми условиями (2.0), что позволяет считать вредные условия труда одним из ведущих факторов риска развития артериальной гипертензии (рис. 2.1). На основе полученных данных разработана математическая модель прогнозирования артериальной гипертензии у мужчин, занятых на металлургическом производстве. Модель позволяет оценивать риск развития сердечно-сосудистых патологий у работающих во вредных условиях, что актуально для всех промышленных регионов.



Рис. 2.1. Темп прироста болезней, характеризующихся повышенным кровяным давлением, в зависимости от класса условий труда, %

У работников основных профессий производства подшипников этиологический вклад условий труда в формирование риска развития болезней системы кровообращения составил 52–59 % для термистов, токарей, наладчиков шлифовальных станков и 69–72 % для шлифовщиков и наладчиков автоматов (рис. 2.2). Уровни группового профессионального риска БСК для работников основных профессий производства явились неприемлемыми и по результатам количественной вероятности и тяжести категоризованы как «средний риск» ($1,30 \times 10^{-2} - 3,08 \times 10^{-2}$) (рис. 2.3). Выявлено, что высокоинтенсивный шум выступает приоритетным фактором производственной среды, повышающим риск развития болезней системы кровообращения. Результаты стратификации работников показали преобладание лиц с «умеренным» (41,85 %) и «средним» (22,68 %) уровнями риска, что требует разработки мер по снижению профессионального риска.



Рис. 2.2. Причинно-следственная связь нарушений здоровья с условиями труда у работников разных профессиональных групп производства подшипников

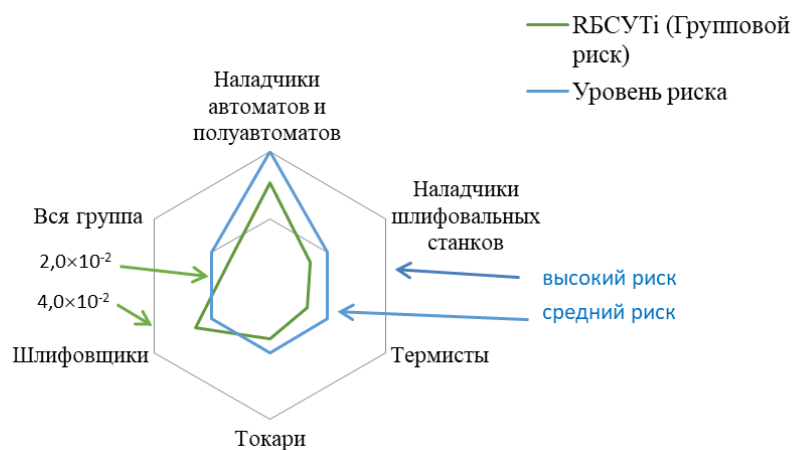


Рис. 2.3. Категорирование группового профессионального риска развития БСК, связанных с условиями труда, для здоровья работников производства подшипников

Разработан программный прототип информационно-аналитической системы (ИАС), предназначенный для раннего мониторинга и прогнозирования рисков здоровью персонала. Система позволяет оценивать функциональное состояние сердечно-сосудистой системы с учетом комплексного воздействия приоритетных факторов риска (медико-социальных, производственных, поведенческих). Экспертная система реализована на языке PHP, что делает ее платформенезависимой. Веб-интерфейс позволяет работать с системой с любого компьютера, имеющего доступ к интернету, без установки специального программного обеспечения.

Установлено, что сопутствующие патологии значительно сокращают сроки развития профессиональных заболеваний: флюороза – при ожирении, хроническом гастрите, сахарном диабете 2 типа, гиперурикемии и артериальной гипертензии; асбестоза – при избыточной массе тела, ожирении, артериальной гипертензии и дислипидемии. Развитие силикоза достоверно ускоряется при снижении уровня гемоглобина, наличии сердечных аритмий, артериальной гипертензии, а также у лиц женского пола.

Научно обоснована новая методика оценки профессионального риска потери слуха, позволяющая прогнозировать сроки развития тугоухости с учетом возраста, интенсивности и продолжительности шумового воздействия. Разработана инновационная модель высокоточного прогнозирования профессиональной нейросенсорной тугоухости с ошибкой прогноза $RMSE < 0,25$. Учет сложного взаимодействия физико-химических факторов труда и сопутствующих заболеваний при использовании технологии искусственного интеллекта и адаптивного нейро-нечеткого моделирования (ANFIS) позволил установить, что наличие артериальной гипертензии повышает риск развития тугоухости в 2 раза даже при сопоставимой шумовой экспозиции, что требует пересмотра подходов к защите слуха у работников с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Разработан универсальный критерий – «годовой прирост риска», а также алгоритм и шкала его оценки для прогнозирования хронических заболеваний на основе связи утомляемости, уязвимости работников к производственным факторам и состоянием их здоровья, возрастом, воздействием непрофессиональных факторов (патенты RU № 136229, RU № 138274). Определены контрольные показатели естественного возрастного тренда риска здоровью работников для наиболее частых хронических заболеваний, что позволяет объективно отделять производственно обусловленные эффекты от эндогенных возрастных изменений при проведении профилактических медицинских осмотров.

Разработан и апробирован комплекс методов идентификации, оценки и предупреждения неблагоприятных функциональных состояний на основе оценки функционального состояния и адаптационного риска у водителей автотранспорта и металлургов в зависимости от стажа работы во вредных условиях труда. Профилактические мероприятия по сохранению здоровья работающего населения нашли применение в региональных программах охраны труда и улучшения условий трудовой деятельности, в частности, внедряемых Министерством семьи, труда и социальной защиты Республики Башкортостан в работу организаций и предприятий.

В Свердловской области создана межведомственная система «Медицина труда», в рамках которой на региональном уровне реализована единая система организации медико-профилактических мероприятий для работающих в ведущих отраслях промышленности. Внедрение системы в Свердловской области позволило обеспечить охват данными мероприятиями до 500 тыс. работников в год, сохранить трудоспособность более 18 000 человек из группы повышенного риска развития профессиональных и производственно обусловленных заболеваний. Экономическая эффективность внедрения мероприятий для работающих во вредных и (или) опасных условиях труда по показателю суммарного предотвращенного экономического ущерба здоровью составила 538,7 млн рублей в год, а при охвате всех субъектов Российской Федерации может достигнуть 25,2 млрд рублей в год. В рамках разработки новых технологий диагностики создан алгоритм экспертизы связи с профессией заболеваний верхних конечностей от физического перенапряжения. Рекомендовано применение ультразвукового метода с соноэластографией для дифференциальной диагностики, позволяющего на любом уровне поражения достоверно оценить степень, а также дифференцировать изолированный или диффузный миофиброз.

В рамках разработки новых технологий диагностики создан алгоритм экспертизы связи с профессией заболеваний верхних конечностей от физического перенапряжения. Рекомендовано применение ультразвукового метода с соноэластографией для дифференциальной диагностики, позволяющего на любом уровне поражения достоверно оценить степень, а также дифференцировать изолированный или диффузный миофиброз.

2.1.5. Экспериментальная оценка воздействия факторов среды на организм

На основании сопоставления данных *in vitro* и *in vivo* обоснована возможность прогнозирования индивидуальной чувствительности к генотоксикантам на основе тест-системы на лимфоцитах периферической крови человека. Выявленные индивидуальные различия в активности систем репарации ДНК рассматриваются как фактор индивидуальной чувствительности к генотоксическим воздействиям. В качестве биомаркеров индивидуальной чувствительности идентифицированы полиморфные гены, участвующие в детоксикации, защите от окислительного стресса и восстановлении ДНК.

В поисках биомаркеров индивидуального риска доказано, что на репрезентативных выборках воспроизводится система взаимосвязей, отражающих ассоциации факторной нагрузки с показателями иммунорегуляции и специфической чувствительности (CD25+, CD284+; CD95+; CD304+; CD127-, Annexin V-FITC+7AAD+, IgG к бенз(а)пирену) ($R^2=0,16-0,82$), сопряженные с полиморфными аллелями и генотипами генов детоксикации и антиоксидации (CYP1A1, CPOX, SOD2, иммунонейро-эндокринной регуляции IL1B, FAS, TNF, HTR2A, MTNR1A, ESR1, TLR4 и обмена MTHFR, eNOS, MMP9, VDR) ($RR=1,31-1,96$), что позволяет рекомендовать данную систему показателей в качестве маркеров эффекта и чувствительности к экспозиции химическими гаптенами на примере бенз(а)пирена.

Раскрыты механизмы гепатотоксического действия химических соединений, представляющих промышленный (тетрахлорметан, бензол) и социально значимый риск (этанол, парацетамол, тиоацетамид). Для каждого токсиканта выделены специфические молекулярные профили повреждения. Определены биомаркеры, позволяющие четко дифференцировать цитолитический, холестатический и смешанный типы поражения, а также надежно отличать лекарственно-индуцированные повреждения печени от гепатотоксических эффектов промышленных химических агентов (рис. 2.4), что важно для правильной диагностики и лечения.

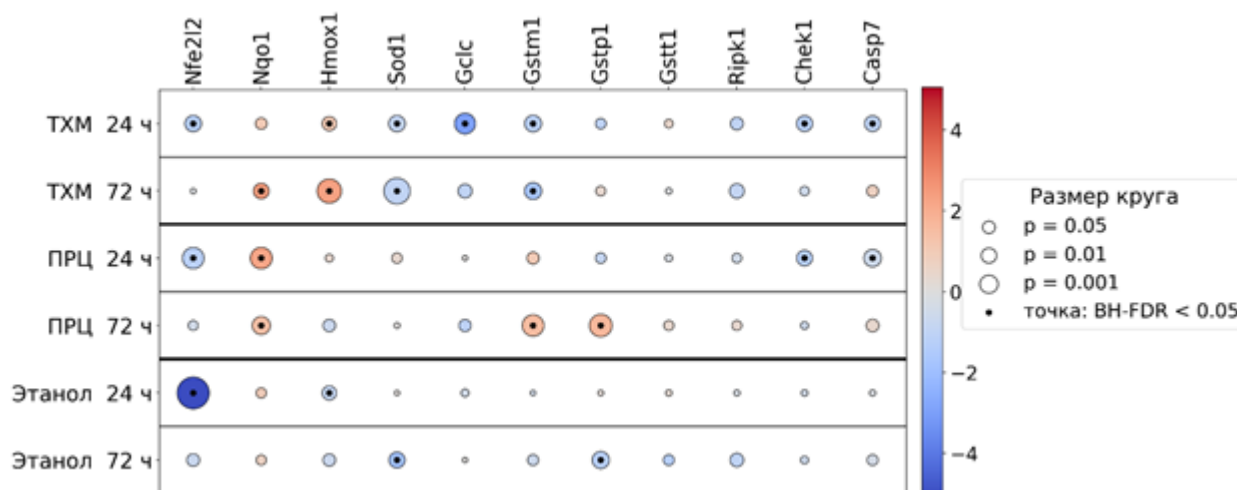


Рис. 2.4. Полуколичественная оценка направленности и выраженности изменений экспрессии генов антиоксидантной системы, детоксикации и регуляции программируемой клеточной гибели при моделировании токсического поражения печени (тетрахлорметан, парацетамол, этанол) через 24 и 72 часа

В экспериментальных моделях установлены закономерности тканевого распределения кадмия и алюминия, особенности их депонирования и динамики выведения, а также характер молекулярных и клеточных изменений при хроническом

воздействии. Разработаны высокочувствительные маркеры накопления металлов, основанные на сочетании биохимических, морфологических и молекулярных показателей, которые позволяют выявлять ранние стадии металлоиндуцированного повреждения до появления клинических симптомов. Полученные данные легли в основу прогностических моделей, оценивающих скорость накопления и риск кумуляции металлов в организме при длительном профессиональном контакте.

Доказано влияние оксидов металлов (алюминия, меди, никеля, хрома), бенз(а)пирена и фторида водорода на трансформацию белкового профиля плазмы крови, подтвержденное методами протеомного анализа. Выделены индикаторные белки, являющиеся протеомной сигнатурой токсического действия контаминантов. Данные белки вовлечены в активацию окислительного стресса и воспалительных реакций в тканях легких, печени и мозга. Обоснованы три белка-мишени: аполипопротеин А-1 и транстиретин при воздействии оксида алюминия, фторида водорода и бенз(а)пирена; линкерный белок CLIP4 при воздействии оксидов меди, никеля и хрома.

Выявлены особенности экспрессии транскриптов генов GSTP1, TP53, VEGFa в условиях биоэкспозиции химическими гаптенами и вакцинными вирусными антигенами. Отмечено достоверное усиление экспрессии VEGFa в ответ на нагрузку бенз(а)пиреном или алюминием в сочетании с вирусными антигенами. Зафиксировано угнетение экспрессии TP53 при изолированном воздействии химических факторов и активация в сочетанных условиях. Транскрипционная активность GSTP1 характеризовалась стабильностью. Выявлено участие комбинации транскриптов данных генов в адаптивных процессах к экспозиции химическими и биологическими факторами.

Выявлены особенности экспрессии транскриптов генов GSTP1, TP53, VEGFa в условиях биоэкспозиции химическими гаптенами и вакцинными вирусными антигенами. Отмечено достоверное усиление экспрессии VEGFa в ответ на нагрузку бенз(а)пиреном или алюминием в сочетании с вирусными антигенами. Зафиксировано угнетение экспрессии TP53 при изолированном воздействии химических факторов и активация в сочетанных условиях. Транскрипционная активность GSTP1 характеризовалась стабильностью. Выявлено участие комбинации транскриптов данных генов в адаптивных процессах к экспозиции химическими и биологическими факторами.

В эксперименте *in vivo* показано, что комбинированное ингаляционное воздействие бензола и фенола вызывает более выраженные сдвиги в системе крови, гемостаза и липидном обмене, чем действие веществ по отдельности. Выявлен разнонаправленный характер их комбинированного действия, в том числе: субаддитивное действие на малых дозах, переходящее в антагонистическое на высоких (20,4 % случаев); а также смена противоположного действия на потенцирование при возрастании доз (12,2 %). В 18 % случаев характер взаимодействия был сложным и не поддавался однозначной классификации. Дополнительная мышечная нагрузка в 15,6 % случаев указывала на возможность аддитивного действия или потенцирования токсических эффектов бензола. Результаты указывают на сложный дозозависимый характер взаимодействия исследуемых факторов, создавая научный задел для разработки комплексов биопрофилактики.

Экспериментально (*in vivo*) доказано, что самцы значительно уязвимее самок к кардиотоксическому действию свинца, демонстрируя выраженные изменения структуры миокарда (уменьшение толщины кардиомиоцитов желудочков ($p < 0,05$) по сравнению с контролем) и проводимости сердца. Важным открытием стал трансгенерационный эффект: потомство экспонированных животных, не имевшее прямого контакта со свинцом, демонстрирует признаки нейротоксичности – дезадаптацию и торможение двигательной активности. При этом применение разработанного биопрофилактического

комплекса позволило нивелировать эти нарушения как у родительского поколения, так и у их потомков, что открывает новые перспективы в стратегии профилактики.

Разработан комплексный подход к тестированию химических веществ, вызывающих сенсибилизацию кожи, с использованием альтернативного метода *in silico*, создана база данных токсикологических показателей и актуализирован список аллергенов, что позволит ускорить процедуру оценки безопасности новых веществ.

Подтверждена безопасность допустимой суточной дозы (ДСД) глифосата (0,5 мг/кг) при хроническом поступлении с пищей. Выявлено потенциальное эндокринно-разрушающее действие инсектицида метомила (влияние на щитовидную железу). Установлено, что некоторые многокомпонентные пестицидные препараты для организма теплокровных могут быть токсичнее суммы отдельных компонентов. Создана база данных исторического отрицательного контроля для стандартизации практики верификации спорных результатов токсикологических исследований *in vivo*.

В эксперименте *in vivo* при изучении воздействия наночастиц свинца (НЧ Pb) на экспрессию генов воспаления (*tnf- α*), антиоксидантной защиты и апоптоза показано, что воспалительный процесс может инициировать апоптоз. При этом подтверждено отсутствие прямой роли воспаления в механизме токсического повреждения. Несмотря на тенденцию к повышению экспрессии гена *tnf- α* во всех исследуемых органах (обонятельная луковица, мозжечок, легкие, печень), основные механизмы повреждения носят прямой токсический и проапоптотический характер. Молекулярно-генетический анализ выявил обонятельную луковицу как наиболее уязвимую структуру при ингаляционном воздействии НЧ Pb. Эти данные позволяют установить связь между воздействием вредных факторов и ранними молекулярными изменениями в организме, предшествующими клиническим проявлениям заболеваний.

Разработан алгоритм решения задачи движения воздушной смеси в единой системе воздухоносных путей и деформируемых легких человека с учетом их взаимодействия при комбинированном ингаляционном воздействии веществ. Отработан цифровой инструментарий для получения трехмерной персонализированной модели респираторного тракта на основе томографических снимков. Проведено численное моделирование течения воздушной смеси с оценкой доли твердых частиц, оседающих в воздухоносных путях. Определены закономерности локализации и развития функциональных нарушений в дыхательной системе при воздействии риск-индуцирующих факторов.

Экспериментально подтверждено хроническое токсическое воздействие питьевой воды с превышением предельно допустимой концентрации (ПДК) по мышьяку ($0,254 \pm 0,038$ мг/дм³) на организм лабораторных животных, проявляющееся нейротоксичностью, гемотоксичностью и метаболическими нарушениями.

В эксперименте по оценке ингаляционной токсичности смесей диметилсульфида (ДМС) и диметилсульфоксида (ДМСО) в подпороговых концентрациях выявлено синергетическое действие на ЦНС, кровь и аминокислотный обмен. Разработана токсикометрическая модель для изучения воздействия мелкодисперсного аэрозоля из отходов сульфидных руд (PM_{2,5}/PM₁₀) в подостром эксперименте; выявлены гепато-, нефро- и гемотоксические эффекты при концентрациях ниже ПДК. В эксперименте с моделированием комбинированного воздействия физических и химических факторов (шум, вибрация, токсические вещества) идентифицирован комплекс биомаркеров ускоренного клеточного и системного старения.

Показана неприемлемость использования спиртовых аналогов кожного антисептика для детей, тогда как препарат на основе перекиси водорода, молочной кислоты и этония признан безопасным. Установлена эффективность сочетания УФ-излучения и перекиси водорода для обеззараживания воды бассейнов (полное

разложение перекиси за 28 часов). Технология рекомендована для нейтрализации токсичных компонентов в оборотном водоснабжении.

Изучена цитотоксичность 44 синтетических моющих средств в тестах *in vitro* на трех биологических моделях: сперматозоидах быка, клетках почек зеленой мартышки и эпителиальных клетках легкого китайского хомячка (ХТК-1). К воздействию синтетических моющих средств наиболее чувствительными признаны клетки ХТК-1. Определение минимального нетоксичного разведения на клетках ХТК-1 позволяет прогнозировать величину острой токсичности (мг/кг) при введении в брюшную полость. Определено время смыва ПАВ: для анионных – 10 секунд, для неионогенных – не менее 1 минуты.

2.1.6. Научное обоснование обеспечения радиационной безопасности населения Российской Федерации (НИИРГ им. П.В. Рамзаева)

Информационной основой для практической реализации концепции социально приемлемого риска в области радиационной безопасности является радиационно-гигиеническая паспортизация, для обеспечения развития которой разработан комплекс методических рекомендаций, программа для ЭВМ ГИС «Радиационно-гигиенический паспорт Российской Федерации» (свидетельство о госрегистрации № 2025696851), предназначенная для картографического представления сведений, содержащихся в РГП субъектов Российской Федерации.

Продолжена работа по анализу и обобщению результатов радиационного мониторинга, проведенного на территории Российской Федерации, и доз облучения персонала и населения, выполнена оценка доз облучения населения от всех основных источников ионизирующего излучения. Обобщена информация о дозах облучения различных категорий персонала и населения субъектов Российской Федерации и страны в целом за счет основных видов техногенных, природных и медицинских источников ионизирующего излучения. По результатам этой работы подготовлен и опубликован в 2025 г. ежегодный справочник «Годовые эффективные дозы облучения населения Российской Федерации в 2024 году».

Проведение радиационного контроля является одним из важнейших условий обеспечения радиационной безопасности персонала и населения России. На основе научных исследований впервые разработаны методические рекомендации МР 2.6.1.0400–25 «Радиационный контроль при радионуклидной дефектоскопии». Предложен способ измерения мощности дозы импульсного тормозного излучения дозиметром гамма-излучения со счетчиком Гейгера-Мюллера (патент № 2790306).

Для процедур ядерной медицины впервые в международной практике решена задача по ограничению облучения населения путем применения критериев выписки пациентов и разработке требований по обращению с биологическими отходами пациентов, содержащими медицинские радионуклиды. Научно обоснованы алгоритмы дозиметрического планирования облучения пациентов в радионуклидной терапии, основанные на оценке биологических эквивалентных доз в очагах и критических органах. На федеральном уровне установлены референтные диагностические уровни и граничные дозы для различных процедур ядерной медицины. Запатентован метод определения органных и эффективных доз при проведении интервенционных и рентгеноскопических процедур «Способ оценки эффективных доз для рентгенологических исследований с изменяемой геометрией облучения» (евразийский патент № 042819). В 2025 году оценены уровни облучения беременных женщин и плода при проведении процедур ядерной медицины с различными радионуклидами; научно обоснованы требования к оптимизации радиационной защиты данной категории пациентов.

Впервые разработана компьютерная программа оценки доз внутреннего облучения, позволяющая рассчитывать дозы по результатам измерений активности радионуклидов Cs, Sr, I, Pu, Am в теле и в биологических выделениях при различных сценариях ингаляционного, перорального и раневого поступления (свидетельство о госрегистрации № 2025697377 от 24.12.2025). В программном обеспечении выполнена программа реализации новых моделей метаболизма, предложенных МКРЗ.

Научный анализ международных документов и исследования по обоснованию перехода на новый предел дозы облучения на хрусталики глаз, равный 20 мЗв в год (действующий предел дозы 150 мЗв/год), позволил научно обосновать обязательное измерение эквивалентных доз внешнего облучения хрусталиков глаз с использованием специализированных индивидуальных дозиметров.

Выполнены исследования уровней содержания радона в воздухе жилых и общественных зданий на территории Ленинградской, Оренбургской, Ивановской областей. По результатам исследований разработана методология радиационного контроля зданий и сооружений, которая легла в основу методических рекомендаций по проведению радиационного контроля и санитарно-эпидемиологической оценки зданий, сооружений и территорий по показателям радиационной безопасности.

В целях совершенствования системы мероприятий и нормативно-методической базы по аварийной готовности и реагированию на радиационные инциденты органов и организаций Роспотребнадзора разработаны методические рекомендации по обеспечению радиационной безопасности при проведении массовых зрелищных (в том числе спортивных) мероприятий; разработаны и изложены в методических рекомендациях современные подходы к кризисной риск-коммуникации, которые направлены на повышение эффективности работы специалистов Роспотребнадзора с населением в условиях радиационной аварии. Учтены современные международные подходы МАГАТЭ по аварийной готовности и реагированию на радиационные аварии. На их основе разработаны методические рекомендации, включающие оперативные критерии для своевременного принятия решений о применении защитных мер, а также учитывающие особенности различных видов радиационных аварий, определен алгоритм действий, направленный на повышение эффективности межведомственного взаимодействия территориальных органов Роспотребнадзора.

Начиная с 2023 года проводится регулярное определение уровней трития в морской воде в мониторинговых точках прибрежной зоны Дальневосточных регионов Российской Федерации после начала сброса радиоактивной воды из АЭС Фукусима-1. Результаты научных исследований показали, что удельная активность трития в отобранных пробах морской воды меньше или сопоставима со средними уровнями содержания трития в пресноводных объектах, расположенных на территории России, и не превышает 10 Бк/кг.

Продолжены научные исследования мирных ядерных взрывов, в частности по измерению трития как индикатора выноса радионуклидов из зоны мирного ядерного взрыва в водоносные горизонты. Содержание трития в источниках питьевого водоснабжения населенных пунктов в 17 субъектах Российской Федерации, где проводились мирные ядерные взрывы, сопоставимо с уровнями глобального загрязнения поверхностных водоемов и не превышает установленных нормативов. Важным результатом проведенных научных исследований по мирным ядерным взрывам является разработка автоматизированной справочной геоинформационной системы «Радиоактивные отходы мирных ядерных взрывов» – АСГИС РОМЯВ, являющейся одной из подсистем автоматизированной системы контроля радиационного воздействия Роспотребнадзора – АСКРВ.

Усовершенствованы методические подходы к оценке прогнозируемых доз облучения населения чернобыльских территорий в отдаленный период после радиоактивного загрязнения местности ^{137}Cs . Уточнены численные значения параметров модели оценки прогнозируемых годовых эффективных доз облучения населения и выполнены их расчеты. С использованием результатов расчетов доз облучения населения для 3792 населенных пунктов четырнадцати субъектов Российской Федерации разработана база данных «Прогнозируемые годовые эффективные дозы облучения населения, пострадавшего вследствие аварии на ЧАЭС территорий РФ» (свидетельство о госрегистрации № 2025625112), уточнен перечень населенных пунктов, в которых в предстоящие периоды времени возможен переход от состояния проживания в условиях радиационной аварии к условиям нормальной жизнедеятельности населения.

Разработаны методы вычисления поло- и возрастзависимых показателей радиационного ущерба с использованием результатов глобального проекта ВОЗ по оценке степени тяжести заболеваний и показателя DALY, которые были реализованы в разработанной «Автоматизированной информационно-аналитической системе анализа радиационных рисков» (свидетельство о госрегистрации № 2023680449), реализованной в виде мобильного приложения (свидетельство о госрегистрации № 2025685501).

2.1.7. Совершенствование системы гигиенического нормирования и методов контроля загрязнений окружающей и производственной среды

В 2025 г. утверждено более 870 гигиенических нормативов остаточных количеств пестицидов в объектах окружающей среды, в том числе: 29 ДСД, 51 ПДК/ОДК в почве, 32 ПДК/ОДУ в воде водных объектов, 29 ПДК/ОБУВ в воздухе рабочей зоны, 38 ПДК/ОБУВ в атмосферном воздухе, а также 692 МДУ/ВМДУ содержания остаточных количеств пестицидов в пищевой продукции растительного происхождения.

Научно обоснованы предельно допустимые уровни внесения (ПДУВ) и безопасные ориентировочные концентрации (БОК) для 16 действующих веществ пестицидов с учетом трех почвенно-климатических зон Российской Федерации, норматив ПДК подвижных форм кадмия, способных циркулировать в биоценозах, и ПДК этиленгликоля в почве.

Разработан алгоритм обоснования ПДК (ОДУ) в питьевой воде для химических веществ с общесанитарным показателем вредности (патент RU 136820). Разработана форма представления данных для принятия решения о возможности обоснования единого норматива для группы химических веществ с учетом их принадлежности к одному химическому классу, токсикологических свойств, формы присутствия в воде и возможностей аналитического метода контроля.

Научный анализ международных регулирующих документов МАГАТЭ, МКРЗ, НКДАР ООН и отечественной нормативно-правовой базы обеспечения радиационной безопасности персонала и населения Российской Федерации позволил в 2025 г. завершить работу над санитарно-эпидемиологическими правилами и нормами СанПиН 2.6.4115–25 «Санитарно-эпидемиологические требования в области радиационной безопасности населения при обращении источников ионизирующего излучения». СанПиН 2.6.4115–25 введен взамен 19 ранее действовавших санитарных правил. Актуализирована и утверждена новая редакция раздела 11 «Требования к продукции, изделиям, являющимся источником ионизирующего излучения, в том числе генерирующего, а также изделиям и товарам, содержащим радиоактивные вещества» Единых санитарно-эпидемиологических и гигиенических требований к продукции (товарам), подлежащей санитарно-эпидемиологическому надзору (контролю). Впервые разработаны методические рекомендации МР 2.6.1.0401–25 «Оценка доз внешнего облучения при радиационных авариях с источниками гамма-излучения».

На основе методов капиллярной газожидкостной хроматографии и высокоэффективной жидкостной хроматографии с использованием селективных детекторов, а также масс-спектрометрического детектирования целевых аналитов разработаны и утверждены 15 новых методических указаний по контролю ксенобиотиков, в том числе: 1 МУК по измерению концентраций в воздухе рабочей зоны (изофлуципрам); 2 МУК по измерению концентраций в атмосферном воздухе (пиридабен, изофлуципрам); 1 МУК по измерению концентраций в смывах с кожных покровов операторов (изофлуципрам); 4 МУК по измерению концентраций пестицидов с учетом их метаболитов в воде и почве (проквиназид, тиабендазол, ципроконазол, изофлуципрам и его метаболит BCS-CN88460-carboxylic acid (BCS-CY26497)); 8 МУК по определению остаточных количеств действующих веществ пестицидов (метилбромид и неорганический бром, ДДТ и его метаболиты – ДДД и ДДЭ, ГХЦГ (α -, β -, γ -изомеры), гексахлорбензол, клотианидин, дифеноконазол, флудиоксонил, изоцикloserам, спинеторам, спиропидион) в пищевой продукции растительного происхождения (в плодоовощной продукции, соковой продукции, кофе, орехах, ягодах, грибах, тропических фруктах, в том числе в отдельных видах пищевой продукции и продовольственного (пищевого) сырья, предназначенного для производства пищевой продукции детского питания); МУК по измерению массовых концентраций сульфаниламидов в воде: данная методика опубликована в Федеральном информационном фонде по обеспечению единства измерений (№ ФР.1.31.2025.52693).

С целью совершенствования оценки воздействия вредных факторов производственной среды на человека в ходе гигиенических исследований разработаны: МУК 4.3.4119–25 «Методические указания по идентификации природных и искусственных минеральных волокон в образцах материалов и пыли методом сканирующей электронной микроскопии и их классификации методом энергодисперсионной рентгеновской спектроскопии»; МУК 4.1.4155–25 «Методика измерений массовой концентрации аэрозолей преимущественно фиброгенного действия в воздухе рабочей зоны гравиметрическим методом»; МУК 4.3.4120–25 «Методические указания по измерению параметров микроклимата на рабочих местах»; МУК 4.3.4172–25 «Методические указания по измерению шума на рабочих местах»; МУК 4.3.4181–25 «Методические указания по измерению общей и локальной вибрации на рабочих местах»; МР 2.2.9.0375–25 «Анализ причин временной нетрудоспособности на уровне субъекта предпринимательской деятельности».

Выполнена валидация методики измерений массовых концентраций химических элементов в биосредах (кровь, моча) методом масс-спектрометрии с индуктивно связанной плазмой. В список исследуемых элементов добавлены бериллий, кобальт, молибден, олово и сурьма для определения в моче и крови, а также свинец, мышьяк и кадмий для измерения в крови. Установлен диапазон измерений для добавленных элементов, оценены метрологические характеристики.

Разработан комплекс селективных методов анализа дезинфицирующих средств для определения альдегидов, включая экспресс-метод на границе фаз двух несмешивающихся жидкостей и метод высокоэффективной жидкостной хроматографии (ВЭЖХ) с диодно-матричным детектированием. Разработаны методика для анализа остатков дезинфектантов на растительной продукции с использованием неионогенных ПАВ в качестве маркеров, методики определения в дезинфицирующих средствах органических кислот при их одновременном присутствии и аминов с использованием тозилхлорида. Усовершенствован метод анализа производных бензола и фенола в дезинфицирующих средствах. Разработаны способ определения перекиси водорода в воздухе (патент на изобретение № 2845345) и алгоритм определения аминов в дезинфицирующих средствах (заявка на патент № 2025506596).

Для обеспечения безопасных для здоровья условий пребывания в местах эксплуатации источников УФ-излучения разработаны методические указания МУК 4.3.4158–25, регламентирующие порядок инструментального контроля и гигиенической оценки ультрафиолетового излучения в помещениях жилых и общественных зданий. Методика позволяет объективно оценивать уровни энергетической освещенности в диапазоне 200–400 нм. С целью минимизации потенциального вредного воздействия УФ-излучения, шума, электрических и магнитных полей промышленной частоты 50 Гц, создаваемых УФ-установками закрытого типа (рециркуляторами), разработана и утверждена схема проведения комплексного инструментального контроля и гигиенической оценки указанных физических факторов (заявка на патент № 2025501257).

Для оценки и контроля физических факторов на рабочих местах разработаны МР 4.3.0389–25 «Инструментальный контроль за импульсными электромагнитными полями на рабочих местах», МР 4.3.0386–25 «Инструментальный контроль за ультрафиолетовым излучением на рабочих местах», МР 4.3.0388–25 «Инфразвук на рабочих местах», а также проекты МУК «Инструментальный контроль физических факторов на рабочих местах персонала отделений магнитно-резонансных томографов (МРТ)» и МУК «Методические указания по измерению и оценке электромагнитных полей в физиотерапевтических кабинетах лечебно-профилактических учреждений».

2.1.8. Научно-методическая поддержка контрольной (надзорной) деятельности

С использованием разработанной методики оценки эффективности деятельности Роспотребнадзора на основе количественных данных об уровне удовлетворенности населения санитарно-эпидемиологической ситуацией по 150 городам Российской Федерации установлены коэффициенты изменения удовлетворенности при улучшении ситуации, повышении доверия к власти и информированности населения. В качестве порогового критерия определена доля населения в «зоне удовлетворенности» на уровне 75 %. Установлен коэффициент изменения удовлетворенности качеством атмосферного воздуха на единицу изменения индекса загрязнения – 0,205 балла. Целевой темп прироста удовлетворенности установлен на уровне 1,2 процентных пункта в год.

Оценен вклад контрольной (надзорной) деятельности Роспотребнадзора в обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения в сфере питьевого водоснабжения. Выявлен значительный нереализованный потенциал увеличения ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ), характеризующийся значительной неоднородностью по регионам. Определены 4 кластера субъектов Российской Федерации с различной санитарно-эпидемиологической ситуацией и результативностью реализации ФП «Чистая вода». Предложена интегральная оценка совокупного риска по группам показателей качества питьевой воды, сочетающая балльно-рейтинговую оценку, анализ заболеваемости, оценку риска здоровью и перевода его в показатели предотвращенного ущерба (случаи заболеваний, годы ОПЖ).

Актуализирована концептуальная модель для оценки результативности и экономической эффективности контрольной (надзорной) деятельности Роспотребнадзора. Модель устанавливает причинно-следственные связи между показателями деятельности, частотой нарушений, качеством среды и здоровьем населения через две цепи воздействия. Разработанные подходы позволяют проводить детальные оценки потерь здоровья, результативности и экономической эффективности контрольной (надзорной) деятельности Службы, а также могут быть использованы для оптимизации контрольной (надзорной) деятельности с учетом региональных особенностей и уязвимых групп населения.

Созданы и апробированы алгоритмы, интегрирующие гигиеническую оценку и оценку риска в процессы принятия решений на уровне субъекта Российской Федерации

и муниципалитета (на примере муниципального образования Свердловской области). Предложенная методика позволяет не только прогнозировать эффективность планируемых мероприятий, но и оценивать их экономическую целесообразность. Уровень ежегодного предотвращенного ущерба здоровью населения Свердловской области в результате внедрения региональной системы управления риском здоровью населения достиг 3,5 рубля на каждый рубль затрат, направляемых на реализацию мер по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

По результатам опроса операторов питания выявлены наиболее значимые мероприятия, стимулирующие эффективное функционирование контрольных (надзорных) органов и добросовестное соблюдение требований законодательства подконтрольными организациями, среди них: проведение профилактических мероприятий (88,9 % респондентов), внешних санитарно-эпидемиологических обследований (66,7 % аудитов), профилактических визитов (44,4 %) и страхования ответственности (5,6 %). Особенно высока отдача от комплексных аудитов, включающих обучение и консультирование. Их проведение привело к снижению нарушений на 42 % и росту ответственности персонала на 85 %. Разработана схема мониторинга эффективности таких мероприятий (заявка на патент № 2024503542). Эти инструменты лягут в основу новых программ по обеспечению безопасности питания, особенно в детских образовательных учреждениях.

Сформирована унифицированная модель контроля радиационной обработки пищевой и непищевой продукции. Проведена стандартизация операций производственного контроля, процедур аттестации радиационно-технологических установок и аккредитации центров радиационной обработки, что позволило перейти от разрозненных практик к единообразному исполнению требований. Апробированы методики измерений параметров излучений при обработке с применением автоматизированных средств дистанционного контроля, стандартизованы методы верификации и отбора проб, а также алгоритмы исследования влияния облучения и выбора маркеров радиационного воздействия. Ключевым результатом стало создание и практическая апробация программно-аппаратного комплекса (ПАК) «Радуризация» как цифровой системы дистанционного контроля, обеспечивающей доказательность соблюдения режимов на уровне партии, формирование цифрового профиля и обмен данными.

2.2. Основные результаты научных исследований в области эпидемиологии и профилактической медицины

Результаты научной деятельности научно-исследовательских организаций (далее – НИО) Роспотребнадзора эпидемиологического профиля получены в ходе реализации государственных и федеральных программ, проектов, а также распоряжений Правительства Российской Федерации:

- отраслевая научно-исследовательская программа Роспотребнадзора на 2021–2025 гг. «Научное обеспечение эпидемиологического надзора и Санитарной охраны территории Российской Федерации. Создание новых технологий, средств и методов контроля и профилактики инфекционных и паразитарных болезней»;
- федеральный проект «Санитарный щит страны – безопасность для здоровья (предупреждение, выявление, реагирование)» 2022–2030 гг.;
- федеральная научно-техническая программа развития генетических технологий (Центр геномных исследований мирового уровня по обеспечению биологической безопасности и технологической независимости) 2019–2030 гг.;

- государственная программа «Обеспечение химической и биологической безопасности Российской Федерации» 2009–2027 гг.;

- постановления Правительства РФ № 448 от 23 марта 2021 г., № 2178 от 02 декабря 2021 г. и № 2395 от 23 декабря 2022 г. (VGARus) и др.;

НИО Роспотребнадзора в области эпидемиологии и профилактической медицины выполняются более 260 научно-исследовательских работ по 6 основным направлениям:

- научно-методическое обеспечение эпидемиологического надзора за вирусными и бактериальными инфекциями на основе молекулярно-генетического мониторинга и современных технологий цифровой трансформации;

- решение актуальных проблем эпидемиологического надзора, лабораторной диагностики и профилактики природно-очаговых инфекций и паразитарных болезней;

- разработка и внедрение новых поколений диагностических, профилактических, лекарственных иммунобиологических препаратов на основе использования современных методов биотехнологии и генной инженерии;

- технологии и методы синтетической биологии;

- развитие представлений о роли иммунологических изменений при инфекциях, вакцинации и иммуномодулирующей терапии;

- решение актуальных проблем санитарной охраны территории Российской Федерации от завоза и распространения особо опасных инфекционных болезней.

В 2025 году продолжено изучение эпидемиологии, микробиологии, иммунологии и клиники инфекционных и паразитарных болезней. Получено более 30 патентов на изобретения, подано 26 заявок на выдачу патентов на изобретения, получены регистрационные удостоверения на 23 иммунобиологических, диагностических и профилактических препарата. Получены справки о депонировании более 500 штаммов микроорганизмов, в международные и российские базы данных депонировано более 8000 нуклеотидных последовательностей возбудителей инфекций, в том числе их полных геномов.

Научное обеспечение эпидемиологического надзора с использованием цифровых технологий

В условиях эпидемиологической неопределенности особую актуальность приобретает вопрос оперативного анализа и обработки массивов данных о распространении инфекционных болезней. Цифровая трансформация современного мира диктует необходимость интеграции соответствующих технологий в эпидемиологическую науку. Успешное применение цифровых инструментов открывает новые возможности для мониторинга эпидемиологической обстановки, позволяет проводить превентивные мероприятия, своевременно выявлять, оценивать и реагировать на угрозы распространения существующих, возвращающихся и возникающих инфекционных болезней.

Эффективное управление эпидемиологической ситуацией требует комплексного подхода к сбору и анализу информации. Для этой цели используются специализированные программные инструменты.

Цифровизация эпидемиологического надзора реализуется путем применения в науке и практике созданных и разработанных специалистами НИО Роспотребнадзора следующих основных программных решений:

- национальная платформа агрегирования данных о геномах вирусов VGARus (Virus Genome Aggregator of Russia) (ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора). Платформа включает базу данных и программное обеспечение, которое позволяет агрегировать информацию о геномах вирусов, сортировать, характеризовать и анализировать поступающие данные. Развитию платформы способствовало внедрение

системы таксономической идентификации загружаемых геномов. В наполнении базы участвует более 80 организаций различной ведомственной принадлежности. На базе VGARus разработан модуль подсистемы ФГИС сведений санитарно-эпидемиологического характера с возможностью загрузки и биоинформатического анализа последовательностей геномов. Внедрена защита персональных данных, передача информации выполняется по защищенным каналам связи;

- платформа агрегирования результатов лабораторных исследований «SOLAR» (ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора). Платформа обеспечивает передачу сведений о результатах исследований на наличие возбудителя новой коронавирусной инфекции на Единый портал государственных и муниципальных услуг и централизованное хранение и результатов лабораторных исследований;

- система биохимического мониторинга «ПЛАЗМА» (платформа алгоритмизированного здравоохранения и мониторинга аномалий) (ФБУН НИИ СБМ Роспотребнадзора). ПЛАЗМА подключена не только к эпидемиологическим, но и к биохимическим, иммунологическим и гематологическим исследованиям. Благодаря этому выстраивается детальная картина здоровья населения, открытая для комплексного анализа с применением современных вычислительных методов;

- программа для автоматизации молекулярных исследований ARTS (методы ПЦР и LAMP) с использованием наборов реагентов ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора;

- популяционная эпидемиологическая модель агентная (ПОЭМА) (ФБУН НИИ СБМ Роспотребнадзора). Представляет собой вычислительную лабораторию для моделирования *in silico* динамики распространения вирусных (или бактериальных) инфекций, имеющих воздушно-капельный путь передачи в популяции. ПОЭМА обеспечивает проведение цифровых экспериментов по моделированию новой коронавирусной инфекции, вызванной различными геновариантами вируса SARS-CoV-2, гриппа или гипотетической инфекции X, с возможностью задавать пользовательские характеристики патогена, характер развития и течения болезни, формирования иммунитета;

- информационно-аналитическая система «EpidSmart» (модули COVID-19, вирусные гепатиты и грипп) (ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора). Представляет собой единую программную платформу для обработки данных различных источников информации, их анализа для оценки эпидемиологической ситуации, оперативного принятия управленческих решений;

- компьютерная модель определения эпидпотенциала природных очагов чумы (ФКУН Российский противочумный институт «Микроб»). Обеспечивает автоматизированную оценку степени эпидемической опасности природных очагов чумы для пребывающего на их территории населения. В результате интеграции с компьютерной программой «Deductor» достигается визуальное ранжирование территорий по эпидемиологическому потенциалу;

- «ГИС-Портал» (ФКУН Российский противочумный институт «Микроб»). На портале представлены электронные паспорта природно-очаговых инфекционных болезней, документы, удаленные сервисы, карты, геопрезентации и другие инструменты;

- автоматизированная информационная система оценки рисков, связанных с завозом опасных инфекционных болезней и санитарного контроля пассажиров в пунктах пропуска через государственную границу Российской Федерации (АИС «Периметр») (ФКУН Российский противочумный институт «Микроб»). Обеспечивает постоянный мониторинг на границах Российской Федерации с целью выявления граждан с признаками инфекционного заболевания;

- кадастр стационарно неблагополучных по сибирской язве пунктов и сибирезвенных почвенных очагов в Российской Федерации с использованием ГИС (ФКУЗ Ставропольский противочумный институт Роспотребнадзора). Позволяет значительно повысить эффективность надзора за сибирской язвой, установить территории с риском осложнения ситуации по сибирской язве, а также причины формирования эпизоотии;

- интернет-ресурс ZikaMap для оперативной оценки распространения комаров рода *Aedes* на территории курортов Краснодарского края (ФКУЗ Ставропольский противочумный институт Роспотребнадзора) и др.

Глобальная стратегия геномного эпидемиологического надзора за возбудителями болезней, обладающих пандемическим и эпидемическим потенциалом направлена на мобилизацию усилий в области геномного эпидемиологического надзора за любыми патогенами, несущими пандемическую или эпидемическую угрозу, путем укрепления всех лабораторий, выполняющих геномное секвенирование, и объединения их в единую сеть.

Обеспечение геномного эпидемиологического надзора осуществляется путем развития созданных и разработанных цифровых платформенных решений, таких как национальная платформа агрегирования данных о геномах вирусов VGARus, Национальный интерактивный каталог и др., организации работы центров секвенирования.

В ходе совершенствования геномного эпидемиологического надзора разработана, апробирована и внедрена методика расследования случаев передачи ВГС и ВИЧ на основе молекулярных и биоинформатических методов (ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора); разработан, апробирован и внедрен способ выявления рекомбинантных форм вируса гепатита С и мутаций лекарственной устойчивости вируса гепатита С методом ПЦР с последующим секвенированием (ФБУН НИИ эпидемиологии и микробиологии имени Пастера); проводится полногеномный анализ антибиотикорезистентных бактериальных патогенов клинического и пищевого происхождения (ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора); установлены генетические особенности циркулировавших вирусов гриппа, способствовавшие росту заболеваемости (ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора, ФБУН ГНЦ ВБ «Вектор» Роспотребнадзора); усовершенствована российская база данных устойчивости ВИЧ к антиретровирусным препаратам «RuHIV» и организован непрерывный мониторинг лекарственной устойчивости и генетического разнообразия ВИЧ-1 на территории Российской Федерации (ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора); разработаны протоколы проведения метагеномного секвенирования для детекции и идентификации РНК-содержащих вирусов и бактериальных патогенов (ФКУЗ Ставропольский противочумный институт Роспотребнадзора).

Сформирован биобанк вирусов в составе нативных биологических образцов, поступивших в ФБУН ГНЦ ВБ «Вектор» Роспотребнадзора из 50 регионов Российской Федерации (более 20 000 экземпляров клещей, комаров, мелких млекопитающих и рукокрылых). Идентифицированы 30 новых РНК-вирусов с более чем 70 % покрытия вирусного генома. Нуклеотидные последовательности, формирующие открытые рамки трансляции гипотетических вирусных белков и RdRp, использовались для идентификации обнаруженных вирусов и определения их таксономии. Кроме того, были обнаружены три новых неклассифицированных РНК-вируса. Полученные результаты свидетельствуют о высоком таксономическом разнообразии РНК-вирусов, циркулирующих в исследованных образцах, и подчеркивают значимость метагеномного секвенирования для выявления как хорошо охарактеризованных, так и малоизученных вирусных агентов, ассоциированных с членистоногими переносчиками.

Научное обеспечение мониторинга популяционного иммунитета

Иммунологический надзор – система мероприятий, направленных на мониторинг состояния иммунитета населения (популяционного иммунитета) к инфекциям.

Роспотребнадзор реализует иммунологический надзор путем мониторинговых сероэпидемиологических популяционных исследований на отдельных административных территориях Российской Федерации с широким вовлечением населения различных возрастных групп. Целью сероэпидемиологических исследований является получение актуальной информации о состоянии популяционного иммунитета у населения к вакциноуправляемым и другим актуальным инфекциям, склонным к эпидемическому распространению, а также прогнозирование эпидемиологической ситуации, планирование мероприятий по специфической и неспецифической профилактике, включая оценку эффективности вакцин и коррекцию национальных программ вакцинации.

Сероэпидемиологические популяционные исследования решают следующие задачи:

- объективная оценка истинной доли иммунизированных лиц, имеющих протективный уровень антител к возбудителям инфекций, в том числе управляемым средствами специфической профилактики, среди совокупного населения и населения различных социально-демографических групп;
- выявление контингента восприимчивых к инфекциям лиц, групп риска с низким уровнем серопревалентности, нуждающихся в приоритетном включении в программы дополнительной иммунизации;
- выявление территорий риска подъема заболеваемости для своевременной разработки программ специфической профилактики;
- выявление серопревалентности населения в условиях пандемии новых инфекций, протекающих с высокой долей субклинических случаев (как в случае новой коронавирусной инфекции), что позволяет оперативно оценивать истинный уровень заболеваемости до начала вакцинации;
- объективная оценка эффективности мероприятий специфической профилактики вакциноуправляемых инфекций в регионах Российской Федерации;
- получение информации об истинной распространенности инфекционных заболеваний.

В 2025 году научно-исследовательскими организациями Роспотребнадзора продолжены работы по изучению параметров иммунного статуса населения и разработке методов оценки популяционного иммунитета к актуальным инфекционным заболеваниям.

При исследовании клеточного и гуморального иммунитета для обоснованной иммуномодуляции при инфекции, вакцинации и воспалительных заболеваниях разработан способ определения и количественной оценки клеточного иммунитета к антигенам вируса эпидемического паротита, рассчитаны показатели для оценки ответа цитотоксических CD8⁺ лимфоцитов на антигены вируса паротита.

В ходе изучения интенсивности и длительности сохранения специфического Т-клеточного иммунитета к SARS-CoV-2 у переболевших COVID-19, вызванным новыми штаммами коронавируса, обоснована необходимость включения мониторинга уровня Т-клеточной памяти к антигенам SARS-CoV-2 в систему прогноза заболеваемости COVID-19, поскольку данный вид иммунной памяти сохраняется дольше, чем гуморальный ответ. Установлено, что показатели иммунитета к N-белку нуклеокапсида снижаются быстрее, чем к S-белку, что имеет значение при разработке вакцинных препаратов.

В ходе исследований популяционного иммунитета к вакциноуправляемым инфекциям выполнены работы по научному обоснованию тактики достижения элиминации кори и краснухи, спорадической заболеваемости эпидемическим паротитом в Российской Федерации», внедрен стандартный подход к обследованию очагов кори и краснухи. Для учета случаев, подозрительных на корь и краснуху, разработана база данных «ЦИСИЗ». Анализ детерминант эпидемического процесса кори за период 2021–2025 гг. позволил оценить популяционный иммунитет как недостаточный для предупреждения устойчивой вторичной передачи вируса в популяции и научно обосновать необходимость дополнительных прививочных кампаний.

В 2025 году обследовано 18 427 волонтеров старше 1 года, проживающих в Нижегородской, Калининградской, Иркутской, Амурской областях и Республике Крым, на наличие антител к возбудителям кори, краснухи, паротита, дифтерии, вирусных гепатитов А, В, С, D и E методом ИФА. В пяти регионах отмечена сходная ситуация: уровень популяционного иммунитета соответствовал критерию эпидемиологического благополучия только в отношении вируса краснухи. Доля лиц, серонегативных к возбудителю кори, составила от 30,6 до 16,5 %, краснухи – 6,5–2,8 %, паротита – 29,4–10,4 %, дифтерии – 25,8–12,4 %. Наиболее защищенными от кори, краснухи и паротита были взрослые старше 50 лет, наименее – подростки (12–17 лет) и молодые взрослые (18–29 лет). В отношении возбудителя дифтерии наименее защищенными были лица старше 60 лет, среди которых доля серопозитивных составила 50–70 %.

Распространенность маркера HBsAg, свидетельствующего о текущем заболевании вирусным гепатитом В, варьировала от 0,8 % в Иркутской и Амурской областях до 1 % в Калининградской. Серопревалентность по анти-HBcore антителам (как маркер текущего или перенесенного ГВ) варьировала от 7,1 % в Нижегородской области до 14,8 % в Амурской. Минимальная серопревалентность отмечена у детей и подростков, показатель возрастал до максимальных значений к 70-летнему возрасту (от 19,8 % в Калининградской области до 35 % в Амурской области). Серопревалентность по антителам к HBsAg (как показатель постинфекционного или поствакцинального иммунного ответа) варьировал от 37,4 % в Калининградской области до 47,3 % в Амурской. Максимальные уровни выявлены у детей – от 65,8 % в Калининградской области до 83,9 % в Амурской.

Серопревалентность к вирусу гепатита А колебалась в зависимости от региона от 32,6 % (Нижегородская область) до 43,3 % (Амурская область). Во всех регионах минимальная серопревалентность отмечена у детей (до 10 %); доля серопозитивных лиц возрастала до максимальных значений к 70-летнему возрасту (80,7–92,8 %). Серопревалентность к вирусу гепатита С колебалась от 0,7 % в Нижегородской области до 3,0 % в Амурской. Минимальная серопревалентность отмечена у детей и подростков, наблюдалось нарастание доли серопозитивных лиц с возрастом. В пяти регионах выявлено 14 человек, серопозитивных по антителам к вирусу гепатита D (5 детей и 9 взрослых). Доля серопозитивных лиц составила от 0 % в Амурской области до 0,2 % в Иркутской и не связана с возрастом. Показатель серопревалентности к вирусу гепатита E колебался от 3,4 % в Амурской области до 11,0 % в Калининградской области. Минимальная серопревалентность отмечена у детей. Начиная с 6-летнего возраста доля серопозитивных волонтеров возрастала до максимальных значений к 70-летнему возрасту (от 11,7 % в Амурской области до 21,7 % в Республике Крым).

В результате серологического мониторинга природно-очаговых инфекций выполнено ранжирование эндемичных по клещевому вирусному энцефалиту территорий по уровню эпидемиологического риска с применением показателей заболеваемости. В группу высокого эпидемиологического риска вошло 13 субъектов Российской Федерации: Удмуртская Республика, Иркутская, Тюменская, Архангельская,

Костромская, Вологодская, Новосибирская, Томская, Кировская области, Пермский край, республики Карелия, Хакасия, Алтай.

Полученные в 2022–2025 гг. результаты серологического мониторинга свидетельствуют о циркуляции на территории Хабаровского края возбудителя лихорадки Западного Нила (ЛЗН) и контакте с ним населения. Так, специфические IgM к ВЗН были обнаружены у 3,5 % обследованных лиц (у 18 из 516), а специфичные к ВЗН IgG были выявлены в 26 образцах, уровень иммунной к ВЗН прослойки составил 5,6 %. Выявление в 90 % низкоавидных антител в пробах, положительных на наличие IgG, подтверждало недавний (не более 3 месяцев) контакт с возбудителем ЛЗН. При этом за отчетный период (2021–2025 гг.) официально был зарегистрирован только один местный случай заболевания ЛЗН среди населения Хабаровского края (в 2024 г.). Полученные в настоящее время в Хабаровском крае результаты изучения циркуляции ВЗН диктуют повышение настороженности медицинских специалистов к выявлению случаев ЛЗН и обосновывают необходимость организации мониторинга заболеваемости ЛЗН на системном уровне, включая изучение серопревалентности.

В результате проведения сравнительного анализа по наличию защитного титра антител (1:800 и выше) к вирусу клещевого энцефалита (ВКЭ) у доноров в регионах Уральского федерального округа установлено, что определяющим фактором, формирующим популяционный иммунитет населения к вирусу клещевого энцефалита, является вакцинация, также существенное значение имеет процесс естественного проэпидемичивания населения эндемичных территорий и половозрастные особенности. Выявлено статистически значимое снижение у привитых против ВКЭ лиц титров вируснейтрализующих антител к штаммам, гетерологичным вакцинному: к штаммам сибирского субтипа Заусаев и Васильченко снижение наблюдалось в 3,9 и 2,4 раза соответственно; к штамму Абсеттаров (европейский субтип) – в 4,9 раза в сравнении с гомологичным вакцинным штаммом Софьин (дальневосточный субтип). Таким образом представляется актуальной задачей разработка комбинированных вакцинных препаратов против ВКЭ, включающих, помимо используемых в настоящее время штаммов дальневосточного субтипа, также штаммы сибирского субтипа ВКЭ. Показано сильное влияние вакцинации на шансы заболеть у пострадавших от укусов клещей: если прирост охвата вакцинацией составит 1 %, то шансы заболеть у пострадавших от атак иксодовых клещей снизятся в 2,69 раза (меньше на 62,80 %).

Результаты изучения иммунной структуры населения Хабаровского края к возбудителям эхинококкозов и токсокароза показали, что среди общего числа обследованных жителей иммуноглобулины класса G к антигенам *E. granulosus* были выявлены у 142 из 1298 обследованных, что составило 10,9 %. Специфические IgG к антигенам *T. canis* были выявлены у 242 из 1508 обследованных, что составило 16,1 %. Данные серологического скрининга свидетельствуют о высокой частоте контактов населения с возбудителями и о возможном несоответствии показателей регистрируемой и фактической заболеваемости населения данными гельминтозами.

Полученные результаты сероэпидемиологических и иммунологических исследований обеспечивают научную основу для прогнозирования эпидемиологической ситуации, планирования мероприятий по специфической профилактике.

Научно-методическое обеспечение эпидемиологического надзора за основными инфекционными заболеваниями

Корь, краснуха, эпидемический паротит, коклюш, дифтерия

Проведенные исследования показали, что пандемия COVID-19 оказала существенное влияние на эпидемический процесс воздушно-капельных инфекций, в том числе кори и краснухи. Относительно непродолжительный период (с марта 2020 по

декабрь 2023 г.), знаменовавшийся нарушением реализации национального календаря прививок и снижением охвата прививками декретированных групп (до показателей 60 % в отдельных группах на некоторых территориях), имел следствием распространение высоко контагиозной кори.

Разработан алгоритм лабораторного подтверждения коревой инфекции, который может быть применен для подтверждения случая заболевания, определения гуморального иммунного ответа при кори, создания иммунологической карты эпидемического процесса, которая наглядно свидетельствует о степени вовлеченности в эпидемический процесс лиц разного возраста. Внедрен стандартный подход к обследованию очагов кори и краснухи; определен уровень фактической защищенности населения территории, определяющей заболеваемость корью, краснухой и эпидемическим паротитом в стране, для прогноза эпидситуации; динамическое наблюдение за иммунитетом позволило подтвердить сохраняющиеся возрастные группы риска инфицирования корью, краснухой и эпидемическим паротитом.

Полученные данные по генотипированию *B. pertussis* непосредственно из клинического материала является отечественным инструментом для проведения эпидемиологического надзора за возбудителем коклюша и распространением коклюшной инфекции на территории Российской Федерации. Сохраняются генотипические различия между штаммами, используемыми для производства вакцинных препаратов, и циркулирующей популяцией *B. pertussis*.

Защищенность населения от дифтерии в последние годы стабилизировалась, однако у медицинских работников старше 60 лет доля хорошо защищенных лиц значительно ниже, чем в остальных возрастных группах. Поэтому для этой группы лиц также желательная ревакцинация. В результате применения комплексной вакцины против дифтерии, столбняка и коклюша «Адасель» все обследованные лица оказались защищенными от дифтерии с высоким уровнем анитоксических антител, обеспечивающим стойкую длительную невосприимчивость к инфекции.

В результате проведенного мультилокусного секвенирования геномов *C. diphtheriae*, выделенных в Санкт-Петербурге и Северо-Западном регионе в 1993–2018 гг., было установлено, что в 1993–1994 гг. встречались сиквенс-типы ST30 и ST40, а с 2005 г. – ST76. Однако в последние годы наряду с ранее распространенными в России сиквенс-типами были обнаружены штаммы сиквенс-типов ST123 и ST146. Потребность в слежении за распространением штаммов не утрачивает своей актуальности, особенно во время больших миграционных потоков населения, в том числе из стран с низким охватом вакцинацией против дифтерии.

Полученные данные свидетельствуют о широкой циркуляции возбудителя коклюша в Санкт-Петербурге. Угасание поствакцинального противококлюшного иммунитета к школьному возрасту и отсутствие ревакцинации в 6–7 лет приводят к тому, что дети школьного возраста и подростки становятся основным резервуаром инфекции. Однако и взрослые, особенно в возрасте 18–29 лет, широко вовлечены в эпидемический процесс. Необходимо введение ревакцинации в 6–7-летнем возрасте, более эффективной мерой было бы введение еще одной дополнительной ревакцинации против коклюша подростков в возрасте 14 лет, что возможно при использовании комплексной вакцины против дифтерии, столбняка и коклюша. Группами риска, нуждающимися в ревакцинации, являются также лица старше 60 лет в связи со снижением напряженности коллективного иммунитета и повышением риска тяжелого и осложненного течения инфекций в этой возрастной группе, лица с хроническими обструктивными болезнями легких.

Грипп

В 2025 г. на территории Российской Федерации проведена работа по углубленному мониторингу вируса гриппа птиц с пандемическим потенциалом. Совместно с региональными лабораториями Роспотребнадзора изучено 6554 образца от птиц и свиней, а также людей, по роду своей деятельности контактирующих с дикой и домашней птицей, на наличие РНК вируса гриппа А.

Показано, что в 2025 г. ситуация по высокопатогенному гриппу птиц в Российской Федерации сохранялась напряженной. Вспышки среди дикой и домашней птицы регистрировались на территориях 8 регионов Российской Федерации. В результате диагностики биоматериала было определено, что вспышки вызваны вирусами гриппа подтипа А(Н5N1). Результаты исследования 50 выявленных вирусов гриппа А(Н5N1) показали, что все они являются высоковирулентными и относятся к генетической кладе 2.3.4.4b. Показано, что циркулирующие в настоящее время в Российской Федерации вирусы сохраняют высокий уровень генетической идентичности с рекомендованными ВОЗ кандидатными вакцинными штаммами и циркулирующими в мире вирусами гриппа А(Н5N1) 2.3.4.4b. На данный момент не наблюдается значительного изменения антигенных свойств циркулирующих в Российской Федерации вирусов А(Н5N1) клады 2.3.4.4b. Большинство выявленных в 2025 г. вирусов А(Н5N1) также были чувствительны к действию противовирусных препаратов и не содержали маркеров повышенной патогенности.



Рис. 2.5. Карта Российской Федерации

Зеленым цветом выделены регионы проведения мониторинга вируса гриппа птиц в 2025 г.
Красным цветом выделены регионы, где в ходе мониторинга зарегистрированы вспышки высокопатогенного гриппа птиц А(Н5N1)

Другие возбудители острых респираторных инфекций

Впервые показано, что при наличии генов сидорофора аэробактина в штаммах *K. pneumoniae* ген *ptsH*, контролирующий персистерогенез бактерий, может содействовать дальнейшему накоплению генов гипервирулентности в популяции *K. pneumoniae*, значительно увеличивая риск неблагоприятного исхода пневмонии.

Данная интегративная модель объясняет способность *K. pneumoniae* к быстрому переходу между состоянием активной инфекции и персистентным состоянием при антибиотикотерапии, что имеет ключевое значение для развития хронических инфекций

и определяет необходимость включения генов персистерогенеза и гипервирулентности в качестве молекулярных объектов эпидемиологического мониторинга бактерий.

Молекулярно-генетический анализ позволил оценить популяцию приоритетных возбудителей на новом уровне с выявлением прогностически неблагоприятных геновариантов возбудителя внебольничных пневмоний (ВП), к таковым отнесен *K. pneumoniae* ST395.

Проведено масштабное исследование видового и генетического разнообразия широкого спектра бактериальных и вирусных возбудителей у детей с внебольничной пневмонией с использованием современных молекулярно-генетических технологий. Дана детальная молекулярно-генетическая характеристика структуры генома эпидемически значимых штаммов *S. pneumoniae*, включающая генотиповую и серотиповую принадлежность, наличие детерминант антибиотикорезистентности и патогенности. Полученные результаты используются в медицинских организациях Нижегородского региона при назначении этиотропной терапии внебольничной пневмонии, что позволило снизить частоту развития осложнений и тяжелых клинических форм.

Точная видовая идентификация, проведенная с использованием метода масс-спектрометрии еще одного возбудителя ВП, относящегося к роду *Acinetobacter*, позволила установить причину различной антибиотикорезистентности двух групп штаммов – аутопсийных и клинических. Так, в аутопсийных образцах отмечена 100%-я циркуляция вида *Acinetobacter baumannii* с высоким уровнем карбапенем-устойчивости, а в 78,6 % клинических проб близкородственных штаммов других видов, относящихся к *Acinetobacter non-baumannii* (*A. pittii*, *A. nosocomialis*, *A. junii*, *A. ursingii*, *A. jonsonii*), в основном чувствительных к АМП. Следовательно, была прослежена зависимость уровня лекарственной устойчивости от вида возбудителя рода *Acinetobacter* и, соответственно, вскрыта причина разного уровня его карбапенем-устойчивости при фатальных пневмониях и пневмониях с благоприятным исходом заболевания.

Поскольку идентификация патогенов из группы неферментирующих грамотрицательных бактерий (НГОб) классическими бактериологическими методами остается все еще сложной задачей, был разработан доступный для практических лабораторий способ фенотипической идентификации еще одного возбудителя из группы НГОб – редко выявляемого и трудно идентифицируемого возбудителя *Achromobacter xylosoxidans*.

Новая коронавирусная инфекция COVID-19

Мониторинг уровня Т-клеточной памяти к антигенам SARS-CoV-2 необходимо включать в систему прогноза заболеваемости COVID-19, т. к. этот вид иммунной памяти сохраняется дольше, чем антитела против вируса. Несмотря на то, что включение N-белка нуклеокапсида в состав вакцин представляется приемом, необходимым для предотвращения волн заболеваемости COVID-19, следует учитывать наши данные о том, что показатели иммунитета к N-белку снижаются быстрее, чем к S-белку.

Получены новые данные о роли аутореактивных клонов В-лимфоцитов (CD45, CD19, CD5), NK и TNK (CD3+, 16+, 56+ и (CD3-, 16+, 56+), T-reg (CD3+, CD4+, CD25+, CD127 dimtoneg), Т-клеток их активационных маркеров в периферической крови (CD45, CD3, CD4, CD8, CD25, CD127, HLA-DR), Т- и В-клеток памяти (CD27, CD62L, CD45RA), уровней цитокинов, специфических и общих Ig M, A, G, фрагментов комплемента в нарушениях иммунной системы как на уровне организма, так и местного иммунитета слизистой ротоглотки у лиц, перенесших SARS-CoV-2 (COVID-19) (с постковидным синдромом) с персистенцией вирусов в носоглотке. В патогенезе COVID-19 определена связь выявленных иммунологических изменений с нарушениями гуморального и

клеточного иммунного ответа у лиц, перенесших SARS-CoV-2, с персистенцией вирусов в носоглотке.

Выявлено, что при постковидном синдроме формируется полиорганное поражение систем и органов, в том числе нервной, эндокринной, желудочно-кишечного тракта, почек, печени и других, в основе которых лежит нарушение иммунной системы. Происходит обострение хронических инфекций (в том числе вирусных, таких как герпетических, вирусов папилломы человека), аутоиммунных и аллергических заболеваний. Тяжесть течения выявленных нарушений зависит степени тяжести и уровня повреждения легких у этих пациентов в острый период COVID-19: чем выше было поражение легких, тем более выражена тяжесть полиорганной патологии и больше спектр выявляемых заболеваний.

На основе выявления новых молекулярных клеточных механизмов инвазии SARS-CoV-2 и последствий взаимодействия вирусов с иммунной системой разработана и предложена схема патогенеза формирования постковидного синдрома иммунодефицитов и подходов к их иммунопрофилактике и иммунокоррекции с целью создания в будущем инновационных методов персонифицированной терапии постковидных пациентов.

В результате работы показано, что инфекция COVID-19 – фактор, способствующий обострению ранее латентно протекающих заболеваний желудка, ассоциированных с *Helicobacter pylori*. В отдаленном постковидном периоде по гастритическому типу длительное воспаление слизистой оболочки желудка с ее повреждением связано с активностью цитокинов, обусловленной полиморфизмом генов ИЛ-1 β , ИЛ-10, ФНО α в сочетании с *Helicobacter pylori*-инфекцией. Выявлены генотипы и аллельные сочетания ИЛ-1 β (-31T/C), ИЛ-10 (+1082 G/A), ФНО α (-308G/A), характерные для атрофического, поверхностного и эрозивного гастрита у пациентов с постковидным синдромом. Пациентам с *Helicobacter pylori*-инфекцией и постковидным синдромом в курс эрадикации целесообразно включение гастроцитопротекторов, препаратов с антиоксидантными и метаболическими свойствами. Выбор антибиотиков должен учитывать предшествующий антибактериальный курс. В случае неэффективной терапии стандартными дозами ингибиторов протонной помпы требуется определение генотипа метаболизма пациента (генотип Cyp2C19) и персонифицированная коррекция лечения

Энтеровирусные инфекции

Охарактеризована этиологическая структура ЭВИ на территории европейской части России в 2021–2025 гг., представленная вирусами 51 типа.

У больных ЭВИ идентифицированы энтеровирусы 30 типов 3 видов: EVA, EVB и EVD с преобладанием вирусов вида EVB (E30, E6, E9, CVA9 и др.). У больных различными формами ЭВИ без поражения ЦНС преобладали вирусы вида EVA (CVA6, CVA16, CVA10, CVA4, EVA71 и др.). Пейзаж вирусов, обнаруженных у пациентов с бессимптомной формой ЭВИ, был наиболее разнообразным: выявлены энтеровирусы 34 типов. Охарактеризовано генетическое разнообразие циркулирующих парэховирусов, которые представлены вирусами 6 типов с доминированием ReV-A1B.

Результаты филогенетического анализа нуклеотидных последовательностей генома российских штаммов вирусов CVA6, CVA10, CVA16, которые обусловили заболеваемость экзантемными формами ЭВИ в 2021–2025 гг., свидетельствуют о множественных заносах из-за рубежа на территорию Российской Федерации, произошедших в 2021–2024 гг., и указывают на ведущую роль миграции населения (как внешней, так и внутренней) в распространении энтеровирусов по территории Российской Федерации.

Анализ клинических проявлений ЭВИ и результатов секвенирования за 2021–2025 гг. показал преобладание представителей вида *Enterovirus alphacoxsackie* в качестве возбудителей герпангины, экзантемных и респираторных форм, в то время как с менингитом и кишечными симптомами чаще были ассоциированы энтеровирусы вида *Enterovirus betacoxsackie*. Причем, герпангину вызывали 19 типов энтеровирусов, в основном, Коксаки А6 (34,0 %) и Коксаки А10 (19,3 %). Следует отметить, что нередко (7,0 %) при герпангине обнаруживали и Е30, чаще всего выявляемый при асептических менингитах. В единичных случаях при герпангине был идентифицирован энтеровирус D68.

Выявлен достаточно существенный вклад энтеровирусов в развитие клиники острых гастроэнтеритов (ОГЭ) у детей Дальнего Востока и Восточной Сибири, причем среди ОГЭ энтеровирусной этиологии выявлен более широкий спектр идентифицируемых ЭВ, нежели при других клинических формах ЭВИ. Наибольший потенциал в развитии кишечной формы ЭВИ показали вирусы Коксаки В5, Е6, Е30 и Е25.

Подтвержден свободный от полиомиелита статус всех 14 территорий, курируемых Санкт-Петербургским региональным центром. Проводился мониторинг циркуляции полиовирусов и неполиомиелитных энтеровирусов среди детей из семей мигрантов и детей, прибывших из эндемичных по полиомиелиту территорий. Исследовались пробы фекалий от здоровых детей в возрасте до 5 лет из семей мигрантов, кочующих групп населения, прибывших из эндемичных или неблагополучных по полиомиелиту стран и территорий. В процессе проведения вирусологического исследования детей было выделено 48 полиовирусов, что составило 1,6 % от общего количества проб. Более всего было выделено полиовирусов типов 1 и 3. Большинство полиовирусов по результатам ВТД отнесены к вакцинным штаммам, в том числе штаммы ПВ типа 2, которые происходили из новой оральной полиомиелитной вакцины нОПВ2. От ребенка из Чеченской Республики в 2024 г. был выделен полиовирус вакцинного происхождения типа 3 (ПВВП3). Кроме того, от детей, прибывших из неблагополучных по полиомиелиту территорий, было выделено 172 неполиомиелитных энтеровируса (5,6 %).

Вирусные гепатиты

Получены новые данные по вирусным гепатитам, значимые для эпидемиологического надзора и клинической практики.

Скрининг 1368 беременных выявил высокую распространенность HBsAg-негативного гепатита В (СкГВ) – 2,8 %, что выше частоты манифестной формы (1,9 %). Риск носительства ВГВ коррелировал с возрастом и числом беременностей. Молекулярный анализ 64 изолятов показал доминирование генотипа D (93,8 %), субтип D2 (48,4 %). Выявлен широкий спектр клинически значимых мутаций. Данные указывают на существование значительного скрытого резервуара ВГВ среди беременных, связанного с недостаточным охватом вакцинацией и циркуляцией вирусных вариантов, несущих комплекс мутаций, которые могут затруднять диагностику (escape-мутации в MHR), способствовать хронизации (preCore-мутации) и ограничивать возможности терапии (мутации устойчивости). Результаты обосновывают необходимость включения высокочувствительной ПЦР в скрининг беременных.

Впервые выполнена реконструкция истории распространения ВГВ с помощью Байесовского анализа, результаты которой свидетельствуют о неодинаковой истории реализации заносов разных субгенотипов вируса на территорию Российской Федерации. Выявленные различия в успешности разных генотипов на большой территории с этнически неоднородным населением ставят вопросы о потенциальном вкладе

восприимчивости определенных гаплогрупп населения к разным генетическим вариантам ВГВ. Результаты выполненного мета-анализа данных по распространенности маркеров гепатита С в общей популяции позволили впервые рассчитать число лиц в Российской Федерации, имеющих анти-ВГС и РНК ВГС, то есть нагрузку инфекции на население страны. С помощью пространственного моделирования антигена вируса гепатита D (HDAg) и оценки его генетической вариабельности у пациентов с хронической ВГD-инфекцией впервые установлено, что потенциально значимым фактором прогрессирования ВГD-инфекции и ее летальным исходом могут являться генетические варианты ВГD, несущие дополнительную альфа-спираль на С-конце HDAg. Установлен вклад генотипов ВГА IA и IIIA во вспышечную заболеваемость, а также случаи вспышек, вызванных завозным генотипом IB.

Впервые в России были описаны клинические случаи инфицирования вирусом *Yezo* людей в Кемеровской области и Хабаровском крае. Генетическое разнообразие вируса *Yezo* на территории России в клещах *Ixodes persulcatus*, которые являются основным переносчиком вируса, представлено тремя отдельными кладами и превышает разнообразие вируса в Японии и Китае.

Герпесвирусные инфекции

Впервые охарактеризована структура геновариантов ВГЧ6В у ВИЧ-инфицированных лиц, отличающаяся от структуры геновариантов вируса у клинически здоровых взрослых вирусоносителей. Отличия, вероятно, обусловлены возможностью повторного инфицирования ВГЧ6В у ВИЧ (+) пациентов. Показано, что геновариант ВГЧ6В GV2a ассоциирован с более благоприятными показателями клинико-лабораторного течения ВИЧ-инфекции.

Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи

В ходе анализа эпидемиологических и молекулярно-биологических данных с целью совершенствования системы эпидемиологического надзора и профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП), в регионах Уральского и Сибирского федеральных округов установлены ключевые эпидемиологические характеристики эпидемического процесса ИСМП. В структуре стационаров лидируют акушерские (49,9 %) и хирургические (24,0 %) отделения, при этом выявлен низкий уровень регистрации в детских и инфекционных стационарах. Отмечается разнонаправленная динамика регистрации заболеваемости: рост в УФО (+4,3 % в год) и тенденция к снижению в СФО (–1,1 % в год), что в последнем случае может указывать на недостатки выявления. Подтверждена актуальность внутрибольничного распространения вирусных инфекций. На основе выявленных недостатков реактивного надзора была разработана и юридически защищена патентами методология автоматизированной оценки рисков. Созданы комплекты схем для многофакторной оценки риска развития гнойно-септических инфекций (ГСИ) у новорожденных, родильниц и пациентов хирургических стационаров, позволяющие перейти к превентивному управлению.

Анализ внутрибольничных вспышек различной этиологии выявил системные недостатки противоэпидемических мероприятий (например, изоляция источника выполнена лишь в 14,3 % случаев, нарушения дезинфекции и гигиены рук – по 35,7 %). Ключевым результатом этапа стало применение молекулярно-биологических методов. С использованием запатентованной технологии отобрано и исследовано 1063 пробы с объектов внешней среды и средств индивидуальной защиты (СИЗ) персонала в инфекционном госпитале для больных COVID-19.

Биоинформационный анализ изолятов подтвердил внутрибольничную циркуляцию генетически родственных микроорганизмов, формирующих единые кластеры у пациентов, на объектах среды и СИЗ персонала. Филогенетический анализ изолятов SARS-CoV-2 выявил смену геновариантов (доминирование Omicron (80 %) с линиями BA.4/BA.5 и BA.2.75) и прямую связь между изолятами от пациентов и с объектов среды (винты кислородной разводки, выключатели, поверхность электроотсоса и СИЗ).

С использованием омиксных технологий получены новые сведения о популяционной структуре клинических штаммов *Klebsiella pneumoniae*, *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa*, включая генотиповую принадлежность штаммов, структуру вирулума и резистума, механизмы лекарственной устойчивости, связанные с мутационной изменчивостью ключевых генов.

Для *A. baumannii* установлены доминирующие сиквенс-типы ST2 (35,7 %) и ST78 (30,4 %). Выявлена выраженная контаминация данными сиквенс-типами объектов больничной среды (85,0 % и 82,3 % соответственно), при этом ключевым вектором распространения явились СИЗ персонала (47 % для ST2, 64,3 % для ST78). В 100 % изолятов ST2 обнаружены гены резистентности к карбапенемам (blaOXA-23) и аминогликозидам; в 100 % изолятов ST78 – к карбапенемам (blaOXA-72, blaOXA-90).

Для *E. coli* подтверждена циркуляция в реанимационном отделении клонального комплекса CC14 (ST1193). Выявлены детерминанты множественной лекарственной устойчивости (MDR) к 8 классам антимикробных препаратов, включая бета-лактамы расширенного спектра (blaCTX-M-15).

Для *S. aureus* установлена циркуляция 4 клональных комплексов. Изоляты CC8 и CC22 выделены исключительно с СИЗ персонала. Ген метициллинорезистентности (mecA) выявлен у 15 % изолятов. Подтверждена роль СИЗ как резервуара генов резистентности и вирулентности.

Полученные данные легли в основу разработки методических рекомендаций МР 3.1.0346–24 «Организация и проведение микробиологического мониторинга в медицинских организациях». Созданы и верифицированы практико-ориентированные модели: оценки риска инфицирования медицинских работников SARS-CoV-2, оценки факторов приверженности гигиене рук, оценки многофакторного риска развития ИСМП у различных контингентов стационаров. Внедрение комплексного подхода, включающего геномный эпидемиологический надзор и многофакторный анализ рисков, является ключевым направлением совершенствования системы эпидемиологического надзора за ИСМП.

В ходе исследований микробиологических закономерностей циркуляции штаммов ESKAPE-патогенов разработана основанная на результатах полногеномного секвенирования система микробиологического контроля патогенного потенциала штаммов группы ESKAPE и бактерий рода *Aeromonas*, изолированных от пациентов с бактериальными инфекциями и циркулирующих в объектах окружающей среды. Она позволяет своевременно определить их этиологическую роль в развитии воспалительных заболеваний, выявлять взаимосвязь различных видов патогенов по комплексам генов вирулентности и антибиотикорезистентности. Показано, что антагонистическая активность штаммов *E. coli* с типичными фенотипическими признаками является одним из важных факторов колонизационной резистентности биотопа организма человека при инфекционных и паразитарных заболеваниях.

Получены новые знания о генетическом профиле антибиотикорезистентности к основным группам препаратов клинически значимых патогенов, колонизирующих новорожденных и родильниц. Молекулярно-генетическая характеристика структуры резистума и вирулума изолятов, циркулирующих в организациях родовспоможения,

является основой для расследования случаев колонизации пациентов эпидемически значимыми штаммами. Разработана система микробиологического мониторинга в отделениях высокого риска по развитию ИСМП, основанная на определении молекулярно-генетических характеристик микробных популяций новорожденных и родильниц, определении наиболее информативных точек контроля, маркеров, имеющих наибольшее прогностическое значение.

Инфекции желудочно-кишечного тракта

Применение в 2023–2025 гг. молекулярно-генетических методов в диагностике sporadических острых гастроэнтеритов выявило широкий спектр различных вирусных и бактериальных возбудителей и их ко-инфекции. Среди вирусных возбудителей sporadической заболеваемости ОКИ обнаружены норо-, рота-, астро-, энтеро-, парэхо-, сапо- и аденовирусы, а также вирус SARS-CoV-2, при явном преимуществе рота- и норовирусов.

В 2025 г. кишечные вирусы выявлены в 84,6 % случаев заболеваний. Доля проб с одним вирусом составила 81,8 %, а с вирусно-вирусной ассоциацией, представленной двумя компонентами (рота- и норовирусами) – в 2,8 % случаев. ДНК бактерий (сальмонелл, шигелл и кампилобактерий) в 2025 г. выявлены в 15,4 % проб, из них моноинфекция подтверждена в 10,5 % образцов клинического материала, вирусно-бактериальная ассоциация – в 4,8 % проб. Среди геногрупп норо- (GII7, GII4, GII17) и ротавирусов (G3), выявленных при sporadической заболеваемости ОКИ, отмечены практически те же генотипы, что и из вспышечных очагов. Для астровирусов установлены генотипы HAsV-1, HAsV-3 и HAsV-5c (с преобладанием HAsV-1), для энтеровирусов (ЭВ) – A71, C116, CVA10, CVA22, CVA19, CVA4, E30, E3, Poliovirus 3. Кроме того, типированы саповирусы нескольких генотипов: GI.1, GI.2, GI.4, GII.1, GII.5, GIV.1.

Норовирусная инфекция. В 2025 установлено абсолютное доминирование геногруппы GII, что соответствует глобальным эпидемиологическим трендам. Наблюдается тенденция к смене циркуляции лидирующего GII.4. В мажорный генотипический профиль по-прежнему вошли три ключевых генотипа: пандемический GII.4[P16], рекомбинантный GII.7[P7] и GII.17[P17]. Динамический анализ выявил смену доминирующей линии: рост доли GII.7[P7] в 2024–2025 гг. на фоне снижения GII.17[P17], характерного для 2022–2023 гг. Широкая распространенность GII.7[P7] в настоящее время зарегистрирована лишь в отдельных регионах России и Японии, что указывает на особенности локальной фиксации этого геноварианта. Результаты демонстрируют уникальную для Уральского федерального округа (УФО) особенность – возрастающую эпидемиологическую значимость рекомбинанта GII.7[P7] на фоне стабильной циркуляции пандемического варианта GII.4[P16].

Определена генотиповая структура популяций *ротавирусов и норовирусов*, циркулировавших на территории Нижегородской области в 2025 году, выявлены доминирующие генотипы. Спектр ротавируса А включал 5 G[P]-генотипов (G1P[8], G3P[8], G8P[8], G9P[8] и G12P[8]) с доминированием G3P[8] (86,2 %), среди которых 93,5 % штаммов являлись DS-1-подобными реассортантами. Сравнительный анализ последовательностей гена и белка VP7 российских штаммов и компонентов пентавалентной вакцины (Индия) показал их филогенетическую разобщенность и наличие аминокислотных замен в антигенных эпитопах для нейтрализующих антител и в области Т-клеточных эпитопов. Генетическое разнообразие норовирусов геногруппы II представлено тремя G[P]-комбинациями (GII.4Sydney[P16], GII.17[P17], GII.3[P12]) с доминированием GII.4Sydney[P16] (77,2 %), идентифицированы единичные штаммы геногруппы GI с генотипами GI.2[P2], GI.3[P13] и GI.7[P7]. Филодинамический анализ

полногеномных последовательностей норовирусов генотипа GII.7[P7] (доминировавшего в 2024 году), генотипов GII.4 Sydney[P16] и GII.17[P17] показал появление новых внутригенотиповых кластеров и субкластеров. Анализ выведенных аминокислотных последовательностей продемонстрировал наличие уникальных замен в области неструктурных и капсидных белков, вероятно позволяющих вирусу адаптироваться к возможным изменениям в иммунной структуре населения и получать широкое распространение.

Социально значимые инфекции

ВИЧ-инфекция. В 2025 году выполнено подробное молекулярно-генетическое описание распространенности различных геновариантов ВИЧ-1, циркулирующих на территории Приморского края. Описаны локальные эпидемиологические процессы по распространению возникающих вирусов с различной рекомбинационной структурой на территориях Сибири и Дальнего Востока. Получено более 3,5 тыс. новых последовательностей субтипов А6, В, С, G, различных CRF и URF ВИЧ-1, которые могут быть использованы как референсные при анализе новых рекомбинационных форм ВИЧ-1 на территориях Российской Федерации. В 2021 г. впервые выполнен анализ распространения ВИЧ-1 CRF63_02A6, открытой нами в 2008 г., которая оказала огромное влияние на популяцию ВИЧ-1, циркулирующих в России. Мониторинг за ВИЧ в 2021–2024 гг. позволил нам выявить и описать четыре новых ВИЧ. В Красноярском крае были описаны новые рекомбинантные ВИЧ-1 CRF133_A6B и CRF147A6B. В 2023–2024 гг. анализ более 1600 последовательностей гена *pol* ВИЧ-1 и более 150 полногеномных последовательностей вируса позволил охарактеризовать современную популяцию ВИЧ-1 в ДФО и зафиксировать появление новых циркулирующих рекомбинантных форм CRF157_A6C ВИЧ-1 и CRF173_63A6 г. Все впервые выявленные и описанные нами возникшие в России ВИЧ-1 после международной экспертизы внесены в международную генотипическую классификацию ВИЧ-1.

Исследование резистентности к ингибиторам переноса цепи интегразой (ИИ) продемонстрировало высокую распространенность генотипической резистентности среди пациентов с вирусологической неэффективностью лечения. С учетом потенциально низкого уровня резистентности распространенность составила 10,6 % (95 % ДИ: 5,7–18,9). Мутации лекарственной устойчивости (МЛУ) выявляли преимущественно в изолятах от пациентов, не получавших ИИ в составе текущей схемы антиретровирусной терапии (АРТ) (7,1 %), и изолятах от пациентов, принимавших ралтегравир (3,5 %). Среди 9 выявленных вариантов МЛУ к ИИ наиболее распространена аминокислотная замена T97A – 3,5 %. Существует неблагоприятный генотипический фон для развития резистентности к ИИ. Распространенность полиморфной мутации L74I, снижающей чувствительность к каботегравиру, составила 89,4 % (95 % ДИ: 81,1–94,3), из 76 изолятов с L74I 97,4 % принадлежали суб-субтипу А6 и по 1,3 % – CRF02_AG и CRF03_A6B. Тем не менее ожидается высокая эффективность лечения (как средства профилактики распространения ВИЧ) ингибиторами интегразы 2-го поколения, так как к ним крайне низкая распространенность резистентности: к биктегравиру и долутегравиру по 1,2 % (95 % ДИ: 0,2–6,4) к каботегравиру – 3,5 % (95 % ДИ: 1,2–9,8). Отсутствие известных МЛУ у пациентов с АРТ, включающей долутегравир, при вирусологической неэффективности лечения позволяет предположить наличие целого спектра еще не описанных МЛУ к ИИ. Реализация запланированных методов исследования фенотипической резистентности, в том числе к ИИ, позволит решить эту проблему. Полученные данные свидетельствуют о необходимости внедрения в наиболее неблагополучных регионах России по распространенности резистентности ВИЧ-1 к ИИ рутинного генотипического тестирования на ЛУ к ИИ, особенно перед назначением или коррекцией схемы АРТ, что

обеспечит максимальную эффективность терапии и сдерживание распространения резистентных вариантов ВИЧ.

По результатам проведенного исследования распространенности первичной резистентности ВИЧ-1 в Уральском федеральном округе (УФО) установлено, что распространенность поднадзорных МЛУ среди пациентов без опыта АРТ в УФО достигает 26,0 %. Варианты МЛУ, наиболее часто выявляемые среди АРТ-наивных пациентов в УФО, соответствуют наиболее распространенным в России. Высокая распространенность первичной резистентности (31,1 %) в основном направлена на давно применяемые антиретровирусные препараты (АРВП) (невирапин, эфавиренз, рилпивириин, абакавир, эмтрицитабин и ламивудин) с низким генетическим барьером, при этом резистентность формируется преимущественно за счет $2 \pm 1,6$ МЛУ. На фоне высокой распространенности первичной резистентности оптимальными АРВП из класса нуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы (ННИОТ) являются доравирин и этравирин (распространенность резистентности высокого уровня менее 2 %), а из класса нуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы (НИОТ) – тенофовир и азидотимидин. Наиболее перспективными для начала лечения в УФО пациентов без опыта АРТ остаются АРВП из класса ингибиторов протеаз – резистентность высокого уровня не выявлена для большинства препаратов из данного класса: атазанавир, типранавир, лопинавир, саквинавир, дарунавир. Сведения о первичной резистентности ВИЧ-1 в федеральном округе с самой высокой распространенностью ВИЧ-инфекции крайне необходимы для корректировки стратегических подходов к профилактике и лечению ВИЧ-инфекции.

Папилломавирусная инфекция. Получены новые данные по уровням цитокинов и хемокинов в клетках периферической крови (спонтанного и индуцированного пептидом L2 ВПЧ, а также пептидом ZP2), а также в цервикальном секрете у ВИЧ-инфицированных женщин с ВПЧ и без ВПЧ, а также ВИЧ-отрицательных с ВПЧ и без ВПЧ. Проведено количественное определение субпопуляций лейкоцитов методом проточной цитометрии с определением Т-лимфоцитов и их субпопуляций (Т-хелперов, Т-цитотоксических, Т-регуляторных, Т-клеток памяти), В-лимфоцитов (В-активированных, В-аутореактивных, В-регуляторных, В-клеток памяти), НК-клеток и их субпопуляций (цитолитических и цитокинпродуцирующих) у женщин из экспериментальных групп. В экспериментальных группах между ВИЧ-инфицированными с ВПЧ и без ВПЧ не выявлено значимых различий в показателях иммунограммы. Полученные данные могут быть использованы в дальнейшем при совершенствовании системы диагностики заражения онкогенными штаммами вируса папилломы человека у ВИЧ-положительных лиц, а также при разработке профилактических мероприятий в отношении распространения ВПЧ и ВПЧ-ассоциированных онкологических заболеваний.

Природно-очаговые, зооантропонозные, особо опасные инфекции

Выполнено скрининговое обследование лихорадящих пациентов на территории 8 субъектов России, впервые подтверждены местные случаи заражения вирусом Западного Нила (ВЗН) в 4 субъектах (Республика Северная Осетия – Алания, Кировская, Курганская области и Забайкальский край). Уровень серопревалентности к ВЗН в среднем составил 3 %.

Проведено энтомологическое обследование территорий 12 субъектов России, впервые установлена энзоотичная циркуляция ВЗН в Тамбовской области. Расширен список кровососущих комаров, обитающих на территории Астраханской, Тамбовской, Оренбургской областей, Республики Башкортостан и Забайкальского края.

На территории европейской части России установлено доминирование ВЗН 2-го генотипа, популяция которого преимущественно представлена АВВ.1.1 геновариантом.

Получено 5 изолятов ВЗН 2-го генотипа, в том числе впервые из Тамбовской и Тульской областей.

Проведено ранжирование административных территорий субъектов Российской Федерации по степени потенциального риска осложнения эпизоотолого-эпидемиологической ситуации по сибирской язве с использованием оптимизированной методики многофакторного анализа и геоинформационных технологий.

Проведена оценка пулецидной эффективности современных дезинсекционных средств (13 препаратов) в отношении блох *Citellophilus tesquorum* – основного переносчика микроба чумы в Центрально-Кавказском высокогорном природном очаге чумы. Рекомендованы эффективные дозы и способы их применения для проведения полевой дезинсекции, предложены схемы ротации инсектицидов с разным механизмом действия для контроля численности резистентных популяций, научно обоснованы сроки проведения полевой дезинсекции.

Результаты изучения циркуляции возбудителей трансмиссивных инфекций (ТИ) в Хабаровском крае подтвердили существование и активность сочетанных природных очагов ТИ, что указывает на необходимость ежегодного эпидемиологического мониторинга на эндемичных территориях региона. Показано, что заболеваемость населения ТИ связана с высокими показателями инфицированности иксодовых клещей в природных очагах. Наибольшие показатели числа нападений на человека и инфицированности возбудителями были зарегистрированы у вида *I. persulcatus*, что определяет его высокую эпидемиологическую значимость. Среднемноголетний уровень инфицированности иксодовых клещей вирусом клещевого энцефалита в 2021–2025 гг. составил 2,9 %. Инфицированность иксодовых клещей возбудителями ИКБ достигала 39,0 %. Показатели инфицированности *Borrelia afzelii* (11,9 %) и *B. garinii* s.s. (13,5 %) в выборке иксодовых клещей, исследованных в 2023–2025 гг., не имели статистически значимых различий. При этом инфицированность исследованных клещей возбудителем *B. bavariensis* (8,4 %) оказалась статистически значимо ниже таковой для *B. afzelii* и *B. garinii* s.s. ($p > 0,05$). *B. miyamotoi* была обнаружена в 5,0 % проб. В Хабаровском крае инфицированность иксодовых клещей возбудителями клещевого риккетсиоза в 2021–2025 гг. достигала 21,0 %. При этом в подавляющем большинстве случаев клещи инфицированы возбудителем *Rickettsia heilongjiangensis*. Результаты исследования материала от заболевших также указали на ведущую роль *R. heilongjiangensis* как возбудителя клещевого риккетсиоза на территории Хабаровского края.

Установлена высокая эпизоотическая активность в Горно-Алтайском и Тувинском природных очагов чумы. За 2021–2025 гг. при эпизоотологическом обследовании Горно-Алтайского высокогорного природного очага чумы изолировано 37 культур возбудителя чумы, из них *Y. pestis* ssp. *pestis* – 31, *Y. pestis* ssp. *central asiatica* bv. *altaica* – 6; получен 171 положительный результат методом ПЦР. При эпизоотологическом обследовании Тувинского горного природного очага чумы изолировано 74 культуры возбудителя чумы, получено 326 положительных результатов методом ПЦР.

Впервые применена методика таксономической идентификации млекопитающих – носителей чумы по их останкам, фрагментам, продуктам жизнедеятельности с помощью молекулярно-генетических методов. Исследованы образцы, собранные в ходе эпизоотологических работ в природных очагах, обнаруженные случайно, и коллекционные образцы, требовавшие уточнения таксономического статуса. Идентифицированы 155 образцов от животных 46 видов разных таксонов: грызуны (Rodentia), зайцеобразные (Lagomorpha), хищные (Carnivora), насекомоядные (Eulipotyphla), копытные (Ungulata), рукокрылые (Chiroptera).

Получены данные о микробиомах субстратов гнезд длиннохвостого суслика, добытых на участке стойкой очаговости чумы. Определен полный таксономический

состав бактерий, населяющих субстраты гнезд длиннохвостого суслика. Прочтения, отнесенные к роду *Yersinia* – *Y. frederiksenii*, были обнаружены в шести исследованных пробах.

Проведено ранжирование эндемичных по клещевому вирусному энцефалиту (КВЭ) территорий по уровню эпидемиологического риска с применением двух показателей: СМУ_{2014-2019,2022-2025} заболеваемости и обращаемости населения в медицинские организации по поводу присасывания клещей (рис. 1). Степень риска определена с помощью рангов для каждого показателя, где ранг 1 – низкий риск, ранг 2 – средний риск и ранг 3 – высокий риск. По сумме рангов территории охарактеризованы как относительно благополучные (ранги 2, 3, 4), неустойчивые (ранг 5) и неблагополучные (ранг 6). При дифференциации субъектов на основе анализа двух критериев в группу высокого эпидемиологического риска вошло 13 субъектов: Удмуртская Республика, Иркутская, Тюменская, Архангельская, Костромская, Вологодская, Новосибирская, Томская, Кировская области, Пермский край, республики Карелия, Хакасия, Алтай (рис. 2.6).

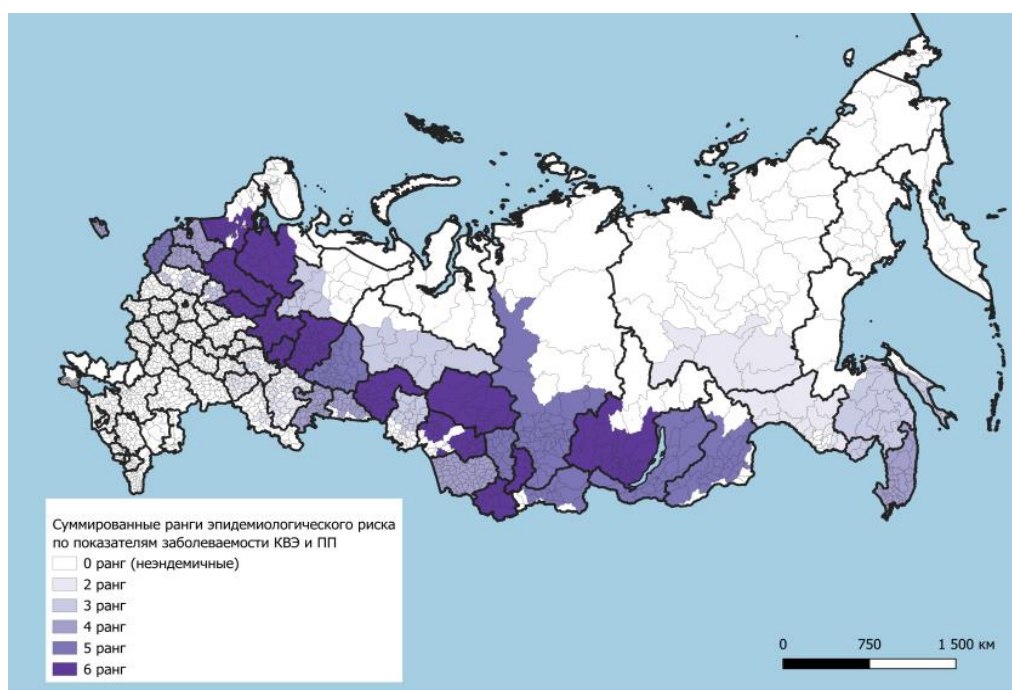


Рис. 2.6. Дифференциация территорий субъектов Российской Федерации по уровню эпидемиологического риска КВЭ на основе одновременного анализа СМУ_{2014-2019,2022-2025} заболеваемости и обращаемости (на 100 тыс. нас.)

На основании изучения генетического разнообразия вируса клещевого энцефалита в Российской Федерации с глубиной ретроспективы с 1937 года установлено, что в динамике наблюдается существенное увеличение доли сибирского субтипа вируса КЭ в современный период без изменения удельного веса отдельных генетических линий (*Балтийская*, *«Васильченко»* и *«Заусаев»*) в структуре субтипа.

Холера. В рамках оценки внешних эпидемиологических рисков завоза и распространения холеры на территорию Российской Федерации проведен анализ миграционных процессов и результатов мониторинга поверхностных водоемов в отдельных субъектах Сибири и Дальнего Востока (Приморский, Хабаровский и Красноярский края), позволивший определить значимые в потенциальном риске завоза инфекции отдельные виды транспорта и направления миграционной активности в данных субъектах: страны Восточной и Юго-Восточной Азии – для Приморского и Хабаровского краев, страны Центральной и Западной Азии – для Красноярского края.

Разработаны критерии внутрисубъектовой дифференциации по рискам возникновения эпидемических осложнений по холере, которые в дальнейшем при внедрении указанной тактики позволят усовершенствовать и оптимизировать мероприятия по профилактике холеры на уровне муниципального образования.

Научно-методическое обеспечение диагностики инфекционных болезней

Впервые в России разработан лабораторный вариант ДНК-биочипа многоразового применения, позволяющий детектировать бактериальных и вирусных возбудителей внебольничной пневмонии (ВП). С учетом дизайна и многократности применения один ДНК-биочип может использоваться для персонализированной индикации возбудителей ВП у 20 пациентов.

Впервые в Российской Федерации разработана методика выявления широкого спектра вирусных патогенов, преимущественно являющихся возбудителями острых респираторных инфекций.

Разработка представляет «мультиплексную» праймерную панель для ПЦР-амплификации коротких консервативных участков геномов 28 вирусных патогенов. Главной задачей панели является быстрая идентификация максимального количества разнообразных вирусных патогенов.

Ключевой особенностью методики является широкий спектр выявляемых вирусов и возможность проведения массового параллельного скрининга клинических образцов, что достигается благодаря использованию технологий высокопроизводительного секвенирования (NGS).

Разработанная «мультиплексная» праймерная NGS-панель представляет собой эффективный инновационный инструмент для идентификации вирусных патогенов, объединяющий высокую скорость, универсальность и экономичность. Ее применение открывает новые возможности NGS-технологий для реализации геномного эпидемиологического надзора Российской Федерации.

В рамках работы по оптимизации подходов к созданию различных биологических моделей на основе объемного культивирования клеток млекопитающих для вирусологических исследований продолжены исследования, направленные на создание стандартизируемых *in vitro* моделей для изучения труднокультивируемых вирусов и повышения воспроизводимости лабораторных испытаний в санитарно-эпидемиологически значимых направлениях.

Методом геной инженерии были получены рекомбинантные белки выявленных вирусов, проведена их кристаллизация и исследована структура белков этих вирусов. Полученные результаты были использованы для получения модели третичной структуры этих белков.

Для нового вируса Киндия, который относится к группе Jingmenviruses семейства Flaviviridae, была изучена структура нетранслируемой области генома, которая имеет важное значение в изменении патогенности вируса.

Методом панорамной протеомики проведен анализ образцов плазмы крови пациентов отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) с целью определения, остается ли стабильной белковая композиция плазмы крови в условиях развития полиорганной недостаточности. Отработаны новые подходы к статистическому анализу «зашумленных» данных, получаемых в панорамной протеомике. Исследование полиорганной недостаточности используется как методологический фундамент для выработки модели «нормального» здоровья. Показано, что представленность большей части белков остается стабильной, несмотря на радикальное изменение состояния пациента. С практической точки зрения исследование направлено на повышение выживаемости в реанимации, в том числе уточнение роли жировой ткани в выживаемости пациентов ОРИТ.

Проведена оценка референсных интервалов уровня тромбоцитов жителей регионов Российской Федерации с использованием данных клинико-диагностических лабораторий в национальном масштабе. Построена и проверена на данных регионов Российской Федерации математическая модель, описывающая распределение тромбоцитов. Предложен новый подход к проблеме референсных интервалов с позиции теоретической биологии.

Получены и охарактеризованы препараты клеточных стенок лептоспир. Подобраны параметры криоконсервации лептоспир. Показаны диагностические возможности ИФА для обнаружения специфических антител у людей и животных, а также прямая корреляционная связь с РМА.

Сконструирована тест-система для обнаружения возбудителя псевдотуберкулеза в дот-иммуноанализе (ДИА) на основе меченых наночастицами коллоидного серебра (НЧС) антител, изолированных из адсорбированной псевдотуберкулезной кроличьей сыворотки, полученной против убитых клеток *Yersinia pseudotuberculosis* сероварианта O:1b. Показана пригодность ДИА с полученным иммуноконъюгатом для экспрессной детекции возбудителя (время анализа 1,5–2 ч) при верификации клинического диагноза (исследование клинического материала от больных во время вспышечной заболеваемости), для микробиологического мониторинга ситуации во время оперативных командировок при исследовании мелких млекопитающих, грызунов и объектов окружающей среды. Установлена высокая воспроизводимость анализа, чувствительность составляет $\geq 9,7 \times 10^4$ микробных клеток/мл. Разработан способ лиофилизации иммуноконъюгатов антител с НЧС с сохранением их функциональных свойств и характеристик.

Разработаны методические подходы для изучения патогенетических механизмов взаимодействия возбудителя бруцеллеза с макроорганизмом, основанные на изучении генома, транскриптома, протеомного профиля бруцелл. Проведен подбор штаммов, а также сравнительный анализ мутаций генов между штаммами *B. abortus* И-212, *B. abortus* И-2308 и вакцинным штаммом *B. abortus*, который показал наличие значимой мутации в гене *rbsB*, элементе АТФ-связывающей транспортной системы, позволяющей бактерии использовать внеклеточную D-рибозу.

Разработан алгоритм оценки реакции иммунорегуляторной системы макроорганизма экспериментальных животных в условиях *in vitro*. Установлены особенности реакции иммунорегуляторной системы макроорганизма при взаимодействии с бруцеллами, которые характеризуют состояние иммунологической реактивности макроорганизма экспериментальных животных (ингибированием TLRs 2 и 4 типов, снижением выработки провоспалительных цитокинов (TNF- α , IFN- γ) и повышением продукции противовоспалительного цитокина IL-4).

Сконструирован набор специфичных олигонуклеотидных праймеров для выявления РНК ВЗН на основе петлевой изотермической амплификации (LAMP). При исследовании проб клинического, секционного, зоо-энтомологического материала и клеточных культур во всех пробах, содержащих РНК ВЗН, зарегистрирован положительный результат RT-LAMP. Перекрестных реакций с другими микроорганизмами не выявлено. Разработанный способ характеризовался высокой чувствительностью (5×10^3 ГЭ/мл) и скоростью проведения анализа (40 минут).

Разработаны составы, технологии изготовления и начато промышленное производство импортозамещающих питательных сред для санитарно-бактериологических исследований: «Основа агара для выделения иерсиний, сухая» (CIN агар); «Триптон-соевый бульон, сухой» (ТСБ сухой); «Агар с кристаллическим фиолетовым, нейтральным красным, лактозой и желчью, сухой» (VRBL агар) 5; «Триптон-соевый бульон с дрожжевым экстрактом сухой» (ТСБ с экстрактом); «Питательная среда для выделения *Clostridium botulinum*» (Клостридиальный агар).

Разработана технология и технологическая документация на производство раствора теллурита калия в стрип-монодозах, препарат внедрен в производство.

Создан опытный образец набора реагентов «Malaria-Pf-Pv-LAMP» для одновременного выявления ДНК возбудителей малярии *Plasmodium falciparum* и *Plasmodium vivax* в крови методом петлевой изотермической амплификации; подготовлена программа и методика испытаний (ПМИ) полнофункционального образца в условиях моделируемой внешней среды созданного опытного образца.

Проведены межлабораторные испытания опытных образцов набора реагентов для выявления возбудителя туляремии *F. tularensis* методом петлевой изотермической амплификации с иммунохроматографической регистрацией результата «LAMP-ИХ *F. tularensis*».

Разработаны 3 тест-системы в формате ПЦР в реальном времени для детекции генов вирулентности *Staphylococcus aureus*, уропатогенных *E. coli* и генов антимикотикорезистентности *Candida spp.*, которые характеризуются 100%-й специфичностью и чувствительностью на уровне 10^2 – 10^4 м.к./мл, а также информативностью в рамках мониторинговых исследований.

Получен и охарактеризован ключевой отечественный биокomпонент T-Bst ДНК-полимераза, используемый для создания медицинских изделий для экспресс-идентификации возбудителей ООИ. Создан образец препарата «Набор реагентов «Рекомбинантная ДНК-полимераза T-Bst с реакционным буфером в комплекте» («T-Bst ДНК-полимераза»). Успешно проведены технические испытания медицинских изделий для экспресс-идентификации возбудителей ООИ на платформе LAMP/CRISPR/Cas, получены Акты оценки результатов технических испытаний медицинских изделий для диагностики *in vitro* на наборы реагентов «*Bacillus anthracis*-CRISPR/Cas» и «*Francisella tularensis*-CRISPR/Cas».

Изучение очагов описторхоза в различных речных бассейнах позволило выявить ключевые условия, обеспечивающие их стабильное функционирование, зарегистрировать изменения в разнообразии видов и зараженности промежуточных хозяев для оценки активности эпизоотического процесса и прогнозирования возможных колебаний риска заражения жителей. Полученные данные свидетельствуют о сохранении устойчивости очагов описторхоза в Обь-Иртышском бассейне. Впервые в 2023–2025 гг. проведено комплексное трехлетнее эколого-эпизоотологическое исследование в бассейне реки Вычегды на территории Республики Коми, обнаружено наличие условий для формирования очага описторхоза в бассейне реки Вычегды.

Продолжены работы по использованию современных молекулярно-биологических методов (ПЦР, метод масс-спектрометрического анализа с применением MALDI-TOF MS) для диагностики и внутривидовой дифференциации нематод, позволяющие повысить эффективность лабораторной диагностики паразитарных заболеваний и идентификации их возбудителей. ПЦР-исследования показали не только быстроту исполнения, но и высокую чувствительность, специфичность и возможность дифференциации ДНК дирофилярий и эхинококков.

Разработана тест-система для ПЦР-диагностики дирофиляриоза и эхинококкозов. Подготовлен пакет документов (ТУ и инструкция) для проведения технических испытаний (первоначальный этап регистрации) указанных тест-систем (для ПЦР-диагностики дирофиляриоза у человека, собак и комаров; эхинококкоза у человека).

Впервые в Российской Федерации разработано платформенное решение на основе CRISPR/Cas по разработке ультрачувствительных лабораторных методик для выявления патогенных микроорганизмов. Разработанные лабораторные методики позволяют выявлять единичные копии (до 8 копий в реакции) нуклеиновых кислот и являются в 5–10 раз более чувствительными, чем классический ПЦР-анализ. Всего разработано 8 прототипов лабораторных методик для выявления единичных копий генов

антибиотикоустойчивости и 6 прототипов лабораторных методик для выявления единичных копий ДНК и РНК возбудителей социально значимых инфекций.

Научными организациями Роспотребнадзора разработаны способы:

- определения и количественной оценки Т-клеточного иммунитета к антигенам вируса эпидемического паротита;
- получения рекомбинантного RBD S-белка коронавируса SARS-CoV-2;
- культивирования и очистки бактериофагов;
- определения возбудителей пневмоний масс-спектрометрическим методом MALDI-TOF;
- определения генотипа ротавирусов первой и второй геногрупп и реассортантов между ними методом мультиплексной ПЦР;
- выявления РНК вируса *Mammarenavirus guianaritoense* методом ОТ-ПЦР в реальном времени;
- определения нуклеотидной последовательности фрагмента гена env ВИЧ-1 для определения тропизма вируса к ко-рецепторам CD4;
- выявления РНК вируса *Henipavirus nipahense* методом рекомбиназной полимеразной амплификации;
- видовой идентификации микобактерий с помощью биологического микрочипа;
- культивирования вируса простого герпеса в сфероидах клеточной культуры легкого эмбриона человека (ЛЭЧ-3);
- получения обратной транскриптазы TMS-Rev;
- обнаружения гена антибиотикоустойчивости bla-OXA-1 в ультранизких концентрациях и специфические олигонуклеотиды для использования в способе;
- создания библиотеки высокопроизводительного секвенирования генома ВЗН 2 генотипа (набор олигонуклеотидных праймеров);
- обнаружения энтеровируса D68 (EV-D68);
- лабораторной диагностики клещевых трансмиссивных инфекций (алгоритм);
- обнаружения генетического материала норовируса редких генотипов первой геногруппы (GI);
- идентификации генетического материала флавивирусов, методом ОТ-ПЦР в реальном времени;
- определения тропизма ВИЧ (тест-система) и др.

Таким образом, научными организациями Роспотребнадзора выполняется широкий профиль работ по созданию диагностических систем, направленных на индикацию и идентификацию возбудителей инфекционных болезней. В ходе научных разработок учеными Роспотребнадзора используются ультрасовременные технологии и новейшие достижения науки. Внедрение полученных научных результатов в практику позволяет обеспечить выполнение задач импортозамещения и обеспечения технологического суверенитета Российской Федерации.

Разработка методов и средств профилактики и лечения

В 2025 году получены три рекомбинантных варианта вируса Сендай штамма Москва – прототипы вакцин против высокопатогенных штаммов вирусов гриппа птиц серотипов H5Nx, в состав которых входят следующие иммуногены: (1) природный гемагглютинин серотипа H5; (2) гемагглютинин серотипа H5 с редуцированным сайтом протеолиза для стабилизации белка; (3) химерный иммуноген с эктодоменом от гемагглютинина H5 и трансмембранным/цитоплазматическим доменом от белка F вируса Сендай для усиления презентации иммуногена на поверхности рекомбинантного вируса Сендай.

Показано, что все рекомбинантные варианты-прототипы вакцин эффективно экспрессируют свои трансгены и рекомбинантные иммуногены гемагглютинина H5

включаются в состав вирионов вируса. Наиболее эффективно экспрессия идет в случае рекомбинанта Sen-FluH5/F(M), в составе вирионов которого регистрируются три формы гемагглютинина – трехмерная, мономерная и мономерная процессированная (HA1+HA2). В составе вирионов рекомбинантов Sen-FluH5mod(M) и Sen-FluH5sakh(M) регистрируется преимущественно мономерная процессированная (HA1+HA2) форма гемагглютинина H5.

Все вакцинные конструкторы являются уникальными, разработаны с использованием самых современных методов генетической инженерии и синтетической биологии и депонированы в Государственной коллекции возбудителей вирусных инфекций и риккетсиозов ФБУН ГНЦ ВБ «Вектор» Роспотребнадзора.

В 2025 году получены результаты работы по созданию универсальной платформы для разработки профилактических препаратов (субъединичных вакцин и моноклональных антител) против инфекционных заболеваний и методов оценки их эффективности:

- *Платформа прототипирования вакцин.* Был доработан протокол выделения, очистки и рефолдинга субъединичного антигена gd15PtxS1 – детоксицированной формы каталитической субъединицы А коклюшного токсина. С помощью компьютерного моделирования были выбраны модификации, которые, как ожидается, повысят стабильность белка. Данные модификации будут проверены в 2026 г.

В качестве положительных контролей для тестов *in vitro* и *in vivo* были получены полноразмерные нативные коклюшный токсин (КТ) и филаментозный гемагглютинин (ФГА) из *B. pertussis*. Их активность была подтверждена на клетках линии СНО-K1 и тесте гемагглютинации эритроцитов.

- *Оценка протективности.* Иммуногенность вакцинных прототипов определяли с помощью иммуноферментного анализа (ИФА) и проточной цитометрии, а функциональную активность антител к коклюшному токсину с помощью теста нейтрализации кластеризации клеток линии СНО-K1. Была выявлена положительная корреляция между титрами анти-КТ антител, определенными методом ИФА, и их нейтрализующей способностью.

По результатам проточной цитометрии на вакцинные препараты активно отвечает врожденноподобный лимфоцитарный ряд – ILC, NKT и $\gamma\delta$ Т-клетки, особенно в легких. Такие выводы можно сделать по фенотипированию клеток-ответчиков, среди которых классические $\alpha\beta$ Т-клетки не являются доминирующей популяцией по продукции соответствующих цитокинов.

- *Моноклональные антитела.* Используя созданные генетические конструкции получены мини-пулы и клональные культуры клеток СНО-K1, продуцирующие антитело против РСВ. При длительном культивировании клоны СНО-K1 сохраняют стабильный уровень продукции антитела. Подобраны условия культивирования, позволяющие получать антитело от 2 г/л.

Проведена научная разработка и доклиническое изучение нового комбинированного назального иммунобиологического препарата «КИП-лизоцим», который может найти свое место в реестре лекарственных средств, предназначенных для профилактики и терапии респираторных инфекций различной этиологии; выявлено наличие в донорском сырье антител (в том числе протективных) к различным антигенам нового коронавируса SARS-CoV-2, что создает предпосылки для получения из такого сырья специфических иммуноглобулиновых препаратов, а обнаружение специфической активности в отношении нового коронавируса SARS-CoV-2 в уже имеющихся иммуноглобулиновых препаратах различного способа введения обосновывает их использование в комплексной терапии COVID-19.

Установлена противовирусная активность биологически активных веществ из наземной и морской биоты Дальнего Востока (полисахаридов из красной водоросли

Mazzaella parksii, морских бактерий *Alteromonas nigrifaciens* KMM 156, *Cobetia amphilecti* KMM 3890 и *Idiomarina abyssalis* KMM 227T, комплекса каррагинанов с эхиноромом – хиноидным пигментом, выделенным из морского ежа *Scaphechinus mirabilis*) по отношению к SARS-CoV-2. Определены механизмы, лежащие в основе противовирусного действия соединений: ингибирование ранних стадий взаимодействия вируса и клетки. С помощью молекулярного докинга определено взаимодействие каррагинана с клеточным рецептором – ангиотензинпревращающим ферментом 2-го типа (ACE2) посредством водородных связей и ионных взаимодействий. Полученные результаты свидетельствуют о перспективности их использования в качестве основы для разработки лекарственных препаратов.

Получены экспериментальные серии бактериофагов, обладающих высокой литической активностью в отношении клинических изолятов *Enterobacter spp.* и *Proteus spp.* Вирулентные бактериофаги не оказывали влияния на чувствительность штаммов *S. aureus* и *P. mirabilis* к антимикробным препаратам. Выделены бактериофаги *Proteus phages* и *Escherichia phage*, перспективные для использования в лечебной деятельности.

Для разработки вакцины для профилактики серозного менингита были получены вирусоподобные частицы из химерных белков, включающих S-домен VP1 норовируса и капсидные белки энтеровируса E30. Иммунизация животных этими частицами индуцировала иммунный ответ с продукцией специфических антител с вирус-нейтрализующей активностью, а также размножение антигенспецифических Т-клеток и созревание Т-хелперов, способных отвечать на вирусные антигены продукцией цитокинов. Результаты свидетельствуют об иммуногенных свойствах исследуемых частиц и перспективности их использования для создания вакцин против вирусного менингита.

Исследования иммунного ответа при *H. pylori*-инфекции показали существенные различия реакции Т-клеток при разных морфологических формах поражения слизистой желудка. Оригинальная модель презентации антигенов *in vitro* выявляет выраженную реакцию определенной группы Т-клеток на антигены возбудителя у инфицированных пациентов с неэрозивным гастритом и слабость или отсутствие такой реакции при эрозивном гастрите, что может быть связано с дефектом иммунного ответа на *H. pylori* при данной форме поражения желудка. Полученные результаты расширяют представления об иммунных реакциях в желудочно-кишечном тракте.

Созданы и охарактеризованы экспериментальные ДНК- и мРНК-вакцины против сезонного вируса гриппа, COVID-19, гриппа птиц. Исследования на животных моделях, включая нечеловекообразных приматов, продемонстрировали высокую иммуногенность и выраженную протективную эффективность разработанных препаратов. Сыворотки иммунизированных животных индуцировали специфические вируснейтрализующие антитела, формировали устойчивый клеточный иммунный ответ и обеспечивали надежную защиту от последующего заражения целевыми вирусами.

Значимым инновационным достижением ФБУН ГНЦ ВБ «Вектор» Роспотребнадзора является разработка метода введения мРНК в макроорганизм с помощью безыгольной струйной инъекции: разработан оригинальный метод лиофилизации «голой» мРНК, гарантирующий сохранение ее биологической активности и обеспечивающий ее длительное хранение.

Продолжены исследования по созданию на основе высокотитражных культуральных штаммов ротавируса человека (вида А) вакцинного препарата для профилактики ротавирусного гастроэнтерита. Показано, что полученная композиция инаktivированных штаммов ротавируса человека обладает иммуногенными свойствами по отношению к вакцинированным животным. Разработаны показатели качества, отработаны технологические операции всех этапов изготовления препарата с валидацией отдельных этапов. В 2025 году произведено и выпущено в гражданский

оборот вакцины гемофильной тип b конъюгированной – 119 220 доз, вакцины лептоспирозной концентрированной жидкой – 37 220 доз.

Проведены доклинические исследования на модели мелких лабораторных животных двух кандидатных вакцинных препаратов – вакцины сибиреязвенной субъединичной комбинированной адсорбированной (ВССКА) и препарата рекомбинантной субъединичной вакцины против шига-токсин-продуцирующих *Escherichia coli* серотипов O157:H7, O104:H4 и других. Показано отсутствие общетоксического действия, выраженных местных реакций. Установлена высокая протективность на соответствующих животных моделях.

Сконструирован прототип вакцины против синегнойной инфекции на основе бактериальных теней (БТ), полученных генно-инженерным способом. Показана иммуногенность и 100%-я протективность препарата на модели летального синегнойного сепсиса у мышей линии BALB/c. Продемонстрирована сопоставимость протективности БТ и инаktivированных нагреванием препаратов и преимущество над липополисахаридными и белковыми препаратами для создания вакцины против инфекций, вызванных *S. Enteritidis* и *S. Typhimurium*. Изучена возможность применения комбинаций вакцинных препаратов, полученных на основе БТ и белков внешней мембраны *Pseudomonas aeruginosa*.

Разработана пилотная технология получения апирогенных капсульных полисахаридов (КПС) типов K1, K2 и K57 *Klebsiella pneumoniae*, продемонстрирована иммуногенность наработанных препаратов. Выбран и адаптирован для наработки в ферментере штамм *K. pneumoniae* типа K20 с повышенной продукцией капсульных полисахаридов.

2.3. Неспецифическая профилактика и дезинфекционная деятельность

2.3.1. Научно-методическое обеспечение дезинфекционной деятельности

В 2025 году продолжено проведение прикладных научных исследований для обеспечения дезинфекционной деятельности Роспотребнадзора.

Для повышения эффективности дезинфекционных мероприятий были разработаны новые композитные материалы с репеллентными и инсектицидными свойствами, активные в отношении кровососущих насекомых. Полученные материалы могут быть использованы самостоятельно в нагревательных элементах для отпугивания комаров и гнуса в закрытых помещениях или в портативных устройствах, предназначенных для защиты людей от нападений насекомых на открытом воздухе. Синтезирован биоразлагаемый композитный материал с антимикробными свойствами на основе биополимера целлюлозы, содержащий в качестве действующего вещества частицы состава $ZnO_2@ZnO$, который предполагается в качестве филамента для создания изделий с антимикробными свойствами с помощью 3D-печати, в частности нового поколения защитных перчаток для применения в различных областях, включая медицинские организации.

В целях внедрения в практику новых методов анализа и контроля эффективности дезинфекционных средств разработан алгоритм определения аминов в дезинфицирующих средствах, основанный на предварительной дериватизации тозилхлоридом с последующим определением производного методом высокоэффективной жидкостной хроматографии. Разработанный подход позволяет определять первичные, вторичные, третичные и циклические амины не только в дезинфектантах, но и в другой продукции. Разработаны и аттестованы 18 новых методик определения содержания действующих веществ в дезинфекционных средствах.

В целях оптимизации неспецифической профилактики инфекционных болезней и совершенствования гигиенической практики, обеспечения противоэпидемического режима в медицинских организациях и производственного контроля в различных

организациях предложено новое техническое решение метода оценки устойчивости микроорганизмов к дезинфицирующим средствам путем совмещения питательной среды и нейтрализатора в одном 12-луночном плоскодонном планшете, что позволяет сократить расход питательной среды в 4 раза и существенно сократить время получения результатов. Впервые сформирована база данных с характеристиками чувствительных к дезсредствам и антибактериальным препаратам изолятов микроорганизмов, выделенных из объектов внешней среды медицинских организаций, что позволяет оптимизировать выбор дезинфицирующих средств для ротации. Анализ информации, представленной в базе данных, позволил обнаружить и отобрать изоляты микроорганизмов, перспективных в качестве стандартизованных штаммов, обладающих уникальными фенотипическими свойствами и повышенной устойчивостью к нескольким действующим веществам дезинфицирующих средств, сохраняющих эти свойства в десятом поколении. Разработан алгоритм подготовки изолятов микроорганизмов, устойчивых к дезинфицирующим средствам, для длительного хранения в условиях сверхнизких температур, уникальность которого заключается в возможности адаптации процесса хранения микроорганизмов под конкретные задачи и цели создаваемых коллекций микроорганизмов. Разработан алгоритм оценки эффективности обеззараживания воздуха и смывов с объектов окружающей среды, медицинских изделий (включая гибкие эндоскопы для нестерильных вмешательств) в отношении микобактерий туберкулеза с помощью бактериологического метода и метода ПЦР, позволяющий сократить сроки получения результатов до 1–2 суток, а также существенно уменьшить расход питательных сред и трудозатраты.

Разработаны варианты наборов олигонуклеотидных праймеров и флуоресцентно-меченых зондов и способы их применения для определения и идентификации методом ПЦР в режиме реального времени однонуклеотидных полиморфизмов в гене *Vkorc1* в позициях, связанных с проявлением резистентности к родентицидам-антикоагулянтам. По результатам исследований проб из субъектов Российской Федерации от особей синантропных грызунов выявлены маркеры резистентности. Мутации в гене *Vkorc1* к родентицидным средствам на основе антикоагулянтов идентифицированы в 3,5 % от исследованных проб от серой крысы и 3,6 % от исследованных проб от домового мыши. Создана база данных «Мониторинг устойчивости грызунов к антикоагулянтам (МУГрАнт)», предназначенная для проведения анализа распространения устойчивых особей серой крысы и домового мыши к родентицидным средствам. Разработаны устройства для размещения родентицидной приманки и контроля ее поедаемости грызунами, позволяющие оптимизировать проведение дератизационных мероприятий и зоологического мониторинга, в короткие сроки провести учет и анализ поедаемости, подобрать родентицидное средство для борьбы с грызунами в конкретной ситуации, а также своевременно оценить эффективность дератизации на объекте.

Установлены принципы, определяющие невосприимчивость насекомых и клещей к инсектицидным препаратам. Ключевые механизмы включают в себя детоксикацию с участием ферментов (монооксигеназ, глутатион-S-трансфераз и эстераз), а также вспомогательную роль АВС-транспортёров. На примере *M. domestica* продемонстрирована устойчивость ко многим классам инсектицидов, таким как пиретроиды (циперметрин), фенилпиразолы (фипронил) и изоксазолины (флураланер). Отмечено, что степень резистентности различается у популяций из разных регионов, что подчеркивает необходимость постоянного мониторинга на местах. Обнаружено, что резистентность может быть обратимой. В отсутствие инсектицидной нагрузки устойчивость может уменьшаться, особенно в случае фосфорорганических соединений (ФОС). Показана высокая эффективность кристаллических порошков на основе кремния в борьбе с муравьями и блохами. Продолжены испытания аэрозольного оборудования для целей дезинсекции. Впервые подготовлены и утверждены на федеральном уровне

методические рекомендации, позволяющие применять беспилотные летательные устройства (БПЛА) для обработок природных станций против комаров, Руководство по дезинсекции, объединяющее 8 ранее изданных методических документов, включающее новые подходы, оптимизирующее и упрощающее работу практических организаций в существующем правовом поле. Проводится работа по созданию ПЦР-тест-систем для выявления устойчивых к пиретроидам популяций комаров.

В направлении токсикологических исследований установлена сопоставимость между показателями острой токсичности (DL50 при внутрибрюшинном введении) средств бытовой химии с антимикробной активностью при исследовании *in vivo* и их максимальными нетоксичными концентрациями (МНК) в клеточных культурах *in vitro*. Разработанный подход представляет собой перспективную альтернативную методику для оценки острой токсичности химических соединений, позволяющую существенно сократить использование лабораторных животных при сохранении высокой достоверности прогноза. Результаты работы вносят значительный вклад в развитие этичных и ресурсоэффективных методов доклинических токсикологических исследований.

Разработан метод обеззараживания воды бассейнов и нейтрализации остаточных количеств дезинфицирующих компонентов для бассейнов. Показана высокая эффективность комбинации ультрафиолетового излучения и перекиси водорода для обеззараживания воды, загрязненной споро- и неспорообразующими микроорганизмами, и последующей нейтрализации перекиси водорода до безопасной концентрации. Данная технология может быть востребована при совершенствовании методов обеззараживания воды бассейнов и нейтрализации токсичных компонентов для бассейнов оборотного водоснабжения малого объема.

В целях реализации пункта 18.1 Решения Совета ЕЭК от 22.01.2025 № 11 «О внесении изменений в раздел I Единого перечня продукции (товаров), подлежащей государственному санитарно-эпидемиологическому надзору (контролю) на таможенной границе и таможенной территории Евразийского экономического союза», вступившего в силу с 26.03.2025, разработан и внедрен мониторинг качества дезинфекционных средств и их рабочих растворов, позволивший реализовать задачи по проведению выборочного контроля дезинфекционных средств в рамках плановых и внеплановых надзорных мероприятий. Подготовлены проекты методических документов по производственному контролю в микробиологических лабораториях, методике отбора дезинфекционных средств для лабораторных исследований.

2.3.2. Итоги работы научно-методического центра по неспецифической профилактике инфекционных болезней и мониторингу устойчивости биоагентов к дезинфекционным средствам

В рамках работы Научно-методического центра по неспецифической профилактике инфекционных болезней и мониторингу устойчивости биологических агентов к дезинфекционным средствам в целях реализации Федерального закона от 29.05.2023 № 194-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «О лицензировании отдельных видов деятельности» и статью 44 Федерального закона «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» продолжается оптимизация нормативной методической базы. Разработаны и утверждены объединенные методические документы по дератизации и дезинсекции, проведению дезинфекции при подготовке и проведении массовых мероприятий, в условиях чрезвычайных ситуаций, на борту воздушного судна, организации энтомологического мониторинга на территориях природно-очаговых болезней. Внесены предложения по изменению в раздел III санитарно-эпидемиологических правил СанПиН 3.3686–21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней», отчетные

формы государственного статистического наблюдения по дезинфекционной деятельности, проекту методических рекомендаций по программам производственного контроля для организаций, оказывающих услуги по дезинфекции, дезинсекции и дератизации, алгоритму организации контроля дезинфекционных мероприятий. В целях повышения качества экспертизы дезинфекционных средств разработаны и внедрены в практику два изменения в руководство по методам лабораторных исследований и испытаний, методические указания по оценке эффективности дезинфекционных средств в отношении микроорганизмов в составе биопленок, новые подходы к контролю обеззараживания внутрибольничной среды в отношении возбудителя туберкулеза.

В целях реализации пункта 18.1 Решения Совета ЕЭК от 22.01.2025 № 11 «О внесении изменений в раздел I Единого перечня продукции (товаров), подлежащей государственному санитарно-эпидемиологическому надзору (контролю) на таможенной границе и таможенной территории Евразийского экономического союза», вступившего в силу с 26.03.2025, разработан и внедрен мониторинг качества дезинфекционных средств и их рабочих растворов, позволивший реализовать задачи по проведению выборочного контроля дезинфекционных средств в рамках плановых и внеплановых надзорных мероприятий. Подготовлены проекты методических документов по производственному контролю в микробиологических лабораториях, методике отбора дезинфекционных средств для лабораторных исследований.

В рамках проводимых в Институте дезинфектологии мониторингов на основе анализа исследования штаммов микроорганизмов, выделенных из объектов окружающей среды медицинских организаций, биологического материала от грызунов и комаров, подготовлены и направлены в регионы страны инструктивно-методические письма по противоэпидемическому режиму в микробиологических лабораториях, подготовке к весенне-летнему сезону, предложения по оптимизации дератизационных мероприятий с учетом резистентности грызунов, оптимизации планов по противокомариным обработкам на территориях.

В ходе оказания консультативно-методической и практической помощи на территориях организовано исследование образцов дезинфекционных средств, разработаны и направлены рекомендации по обработкам при регистрации случаев вирусного гепатита А, дезинфекции при работе в странах с жарким климатом, по профилактике острых диарейных и трансмиссивных заболеваний, по анализу эффективности инсектоакарицидных средств, по мониторингу за резистентностью синантропных грызунов с инструкцией по отбору материала. С целью совершенствования мероприятий в очагах природно-очаговых инфекций, апробации средств и методов борьбы с летающими кровососущими насекомыми и клещами осуществлены выезды специалистов в Иркутскую область, Ставропольский край, ХМАО, что позволило снизить риски распространения инфекционных заболеваний.

На образовательной площадке Института дезинфектологии продолжилось обучение медицинских сотрудников и специалистов с базовым немедицинским образованием. За 2023–2025 гг. обучено более 540 сотрудников профильных дезинфекционных организаций, что позволило обеспечить выполнение лицензионных требований и своевременную подачу документов для получения лицензии на оказание услуг по дезинфекции, дезинсекции и дератизации. За период 2024–2025 гг. разработаны и внедрены в практику современные учебные пособия по основам дезинфектологии и отбору полевого материала для зоолого-энтомологических исследований, организовано издание нового мультидисциплинарного научного рецензируемого журнала «Дезинфектология» по 6 специальностям, позволяющее обеспечить взаимодействие и подготовку специалистов, работающих в области дезинфекционных практик в различных отраслях народного хозяйства.

***Итоги лицензирования, экспертной работы и анализ деятельности
по формам статистической отчетности***

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 20.03.2024 № 337 «Об утверждении Положения о лицензировании деятельности по оказанию услуг по дезинфекции, дезинсекции и дератизации в целях обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения» за период 2024–2025 гг. Роспотребнадзором выдана 4781 соответствующая лицензия. В рамках проводимых конференций и межведомственных совещаний проводились активные консультации с представителями бизнеса и заинтересованных организаций, только Институтом дезинфектологии за 2025 год рассмотрено и подготовлено более 120 письменных разъяснений.

В соответствии с формой федерального статистического наблюдения № 27 «Сведения о дезинфекционной деятельности» в стране продолжает увеличиваться число коммерческих и некоммерческих организаций дезинфекционного профиля и индивидуальных предпринимателей, оказывающих дезинфекционные услуги. В 2025 году в структуре всех организаций дезинфекционного профиля они составили 93,2 % (3794 организации, среднегодовой темп прироста за период 2016–2025 гг. – 9,2 %), при этом 1843 организации впервые предоставили сведения в отчетном году (прирост 95,7 %), что подчеркивает важность проводимой работы по лицензированию деятельности по оказанию услуг по дезинфекции, дезинсекции и дератизации и свидетельствует о росте ответственности предпринимательского сообщества.

Объемы проведенных профилактических и противоэпидемических мероприятий по дезинфекции и дезинвазии, выполненные всеми организациями дезинфекционного профиля выросли в 5,03 раза (с 804 614 до 4 044 661 объекта с учетом кратности обработки). Вместе с тем, несмотря на небольшое число организаций и структурных подразделений дезинфекционного профиля, подведомственных Роспотребнадзору (262 из 4073 организаций дезинфекционного профиля или 6,4 %) на них приходится основной объем дезинвазии в отношении почвы, песка, осадков сточных вод, биологических прудов, обработано 2320 объектов (с учетом кратности) или 56,4 % от всех обработок; объем дезинфекции наземного, подземного, железнодорожного, воздушного и водного транспорта (с учетом кратности) составил 1 294 611 объектов или 85,8 % от всех обработок; число обработок транспорта, перевозящего пищевые продукты (с учетом кратности) составило 145 737 объектов или 27,8 % от всех обработок.

В целом за 2025 год удельный вес дезинсекции, выполненной организациями, подведомственными Роспотребнадзору на открытых территориях против личинок комаров составил 12,7 % (обработано 1752,77 га физической площади), против других членистоногих – 13,0 % (обработано 3470,1 га физической площади), удельный вес дератизации в населенных пунктах – 14,5 % (обработано 212,4 млн м² физической площади), на открытых территориях – 7,9 % (обработано 19 733,003 га физической площади).

Продолжают увеличиваться объемы противоклещевых обработок. В 2025 г. всеми организациями дезинфекционного профиля обработано 234 110,328 га физической площади, в том числе в загородных летних оздоровительных учреждениях (ЛООУ) – 21 432,972 га. По сравнению с 2016 г. рост обработанной физической площади составил 83,9 %.

В 2025 г. применялись дезинфекционные камеры как при проведении заключительной дезинфекции, так и с профилактической целью. Из 1046 дезкамер дезинфекционных организаций (без учета медицинских организаций) 17,1 % (205 единиц, в том числе 54 передвижных) находятся на оснащении организаций,

подведомственных Роспотребнадзору, что позволяет им оперативно реагировать на обстановку и проводить необходимый комплекс мероприятий.

Таким образом, организации Роспотребнадзора продолжают выполнять методический и практический функционал при проведении всего спектра дезинфекционных обработок, что еще раз подчеркивает значимость введения лицензирования услуг по дезинфекции, дезинсекции и дератизации. Проведение мероприятий неспецифической профилактики позволило в 2025 году не допустить роста группы ИСМП, инфекций, передающихся с пищей и водой, а также инфекционных и паразитарных заболеваний, переносчиками которых являются членистоногие и грызуны.

Раздел 3. Результаты деятельности органов и учреждений Российской Федерации, входящих в систему федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора

3.1. Основные результаты деятельности структурных подразделений Федерального медико-биологического агентства Российской Федерации

В соответствии с Положением о Федеральном медико-биологическом агентстве, утвержденным Указом Президента Российской Федерации от 2 июля 2024 г. № 568, ФМБА России является федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по проведению федерального государственного санитарно-эпидемиологического контроля (надзора) в организациях отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда (в том числе при подготовке и выполнении космических полетов, проведении водолазных и кессонных работ) и на отдельных территориях Российской Федерации (включая объекты и территории закрытых административно-территориальных образований, территории с опасными для здоровья человека физическими, химическими и биологическими факторами) по перечням, утвержденным распоряжением Правительства Российской Федерации от 21 августа 2006 г. № 1156-р.

Аварийное реагирование учреждений санитарно-эпидемиологической службы ФМБА России на чрезвычайные ситуации радиационного, химического и биологического характера

Для выполнения мероприятий в случае чрезвычайных ситуаций во всех центрах гигиены и эпидемиологии ФМБА России созданы и функционируют в режиме 2-часовой готовности санитарно-гигиенические и противоэпидемические бригады (бригады быстрого реагирования), оснащенные необходимым лабораторным оборудованием, средствами индивидуальной защиты и резервным запасом лечебно-профилактических медицинских препаратов. При необходимости специалистами бригад могут быть осуществлены отбор и доставка биологических образцов с соблюдением требований холодовой цепи и специфической безопасности.

По состоянию на начало 2026 года в системе санитарно-эпидемиологической службы ФМБА России действует 119 бригад быстрого реагирования, в том числе:

- 23 бригады радиационного наблюдения,
- 22 бригады радиационно-химического наблюдения,
- 50 противоэпидемических бригад,
- 24 бригады химического наблюдения.

Для осуществления диагностических исследований по выявлению возбудителей инфекционных заболеваний в ФМБА России функционируют 59 ПЦР-лабораторий, из которых 20 – на базе центров гигиены и эпидемиологии, 13 – медико-санитарных частей, 18 – медицинских центров, 8 – клинических больниц.

Работая в тесной связи с медицинскими организациями, санитарно-эпидемиологическая служба ФМБА России активно занимается мониторингом циркуляции возбудителей инфекционных заболеваний, разрабатывает комплекс мер для предотвращения распространения болезней, контролирует соблюдение противоэпидемических мероприятий.

Учреждения ФМБА России постоянно совершенствуют процедуры медицинского и санитарно-гигиенического реагирования на радиационные аварии, ежегодно принимая

участие в межведомственных тренировках, в том числе в учениях международного уровня.

В ФМБА России функционирует система аварийного реагирования на возможные радиационные инциденты, представленная тремя региональными центрами:

– Аварийный медицинский радиационно-дозиметрический центр Федерального государственного бюджетного учреждения «Государственный научный центр – Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна» (г. Москва) (с зоной ответственности по Центральному, Южному, Приволжскому и Северо-Кавказскому федеральным округам);

– Южно-Уральский региональный аварийный медико-дозиметрический центр на базе Федерального государственного бюджетного учреждения науки «Южно-Уральский федеральный научно-клинический центр медицинской биофизики Федерального медико-биологического агентства» (с зоной ответственности по Дальневосточному, Сибирскому и Уральскому федеральным округам);

– Северо-Западный региональный аварийный медико-дозиметрический центр на базе Федерального государственного бюджетного учреждения науки предприятия «Научно-исследовательский институт промышленной и морской медицины Федерального медико-биологического агентства» (г. Санкт-Петербург) (с зоной ответственности по Северо-Западному федеральному округу).

Аварийный центр в г. Москве осуществляет в круглосуточном режиме координацию деятельности региональных центров, а также радиационных бригад центров гигиены и эпидемиологии ФМБА России.

В 2025 году случаи переоблучения, а также превышения основных дозовых пределов обслуживаемого персонала организаций атомной отрасли и обслуживаемого населения не зарегистрированы.

Для защиты обслуживаемого населения от чрезвычайно опасных и высокоопасных вредных веществ, в том числе при создании и испытании образцов ракетной техники, утилизации жидкого и твердого ракетных топлив, нейтрализации изделий ракетно-космической техники, в системе ФМБА России функционируют санитарно-гигиенические (санитарно-химические) и клинко-токсикологические бригады быстрого реагирования, оснащенные всем необходимым оборудованием, медицинскими изделиями, лекарственными препаратами, в том числе антидотами.

Для расследования причин острых отравлений токсическими веществами и своевременного оказания адекватной медицинской помощи пострадавшим в постоянной готовности находятся лаборатории Научно-клинического центра токсикологии им. акад. С.Н. Голикова ФМБА России, а также лаборатория химико-аналитического контроля и биотестирования Научно-исследовательского института гигиены, профпатологии и экологии человека ФМБА России.

Территориальными органами и центрами гигиены и эпидемиологии ФМБА России в 2025 году организованы и проведены мероприятия по контролю за обеспечением санитарно-эпидемиологического благополучия обслуживаемого населения и работников предприятий Госкорпорации «Роскосмос» в период подготовки и пусков 8 ракет-носителей, в том числе 6 – с космодрома «Байконур» и 2 – с космодрома «Восточный».

В целом проводимый комплекс мероприятий позволил обеспечить готовность учреждений санитарно-эпидемиологической службы ФМБА России к аварийному реагированию на чрезвычайные ситуации радиационного, химического и биологического характера на обслуживаемых объектах.

*Мониторинг биологических рисков в организациях и на территориях,
обслуживаемых ФМБА России*

В целях исполнения постановления Правительства Российской Федерации от 27 августа 2021 г. № 1422 «О проведении на территории Российской Федерации мониторинга биологических рисков» ФМБА России создана сеть мониторинга, координацию которой осуществляет Федеральный информационно-аналитический центр мониторинга медико-биологических рисков ФМБА России (далее – ФИАЦ ММБР ФМБА России).

Сеть мониторинга биологических рисков ФМБА России (далее – сеть МБР) включает 365 организаций, в том числе 6 референс-центров, созданных при ведущих научно-исследовательских и медицинских организациях ФМБА России.

Лабораторная база референс-центров ФМБА России, а также их научный потенциал позволяют в полном объеме проводить необходимые исследования по верификации информации обо всех непреднамеренных биологических угрозах (опасностях) для здоровья человека.

В 2025 г. в информационную систему мониторинга биологических рисков ФИАЦ ММБР ФМБА России внесена информация о 59 505 случаях инфекционных заболеваний и 198 878 результатах лабораторного тестирования по определению возбудителей инфекций, о 5016 случаях выявленной резистентности к противомикробным препаратам.

При анализе поступившей информации в 2025 г. выявлено 144 предполагаемых биологических угроз (опасностей) по 48 инфекционным нозологиям.

Информация о предполагаемых биологических угрозах (опасностях) направлялась на верификацию в референс-центры ФМБА России. По результатам верификации биологические угрозы (опасности) подтверждены не были.

Дополнительно осуществлялся мониторинг эпидемических очагов инфекционных заболеваний на территориях и в организациях, обслуживаемых ФМБА России. Всего в 2025 г. в ИС МБР было зафиксировано 1224 очага инфекционных заболеваний.

Для повышения эффективности функционирования сети МБР регулярно проводятся тренировки и учения с должностными лицами организаций, подведомственных ФМБА России, а также методические и практические мероприятия.

Таким образом, ФМБА России в 2025 г. в полном объеме обеспечено исполнение требований постановления Правительства Российской Федерации от 27 августа 2021 г. № 1422 «О проведении на территории Российской Федерации мониторинга биологических рисков».

*Информация об эпидемиологической ситуации среди населения и на территориях,
подлежащих обслуживанию ФМБА России, в 2025 году*

Эпидемиологическая ситуация среди населения, обслуживаемого ФМБА России, в 2025 году в сравнении с предыдущим годом в целом улучшилась.

В 2025 году среди населения, обслуживаемого ФМБА России, зарегистрированы 542 397 случаев инфекционных заболеваний (учитывая грипп и острые инфекции верхних дыхательных путей множественной и неуточненной локализации), что на 6 % меньше, чем в 2024 году (579 603) (рис. 3.1).

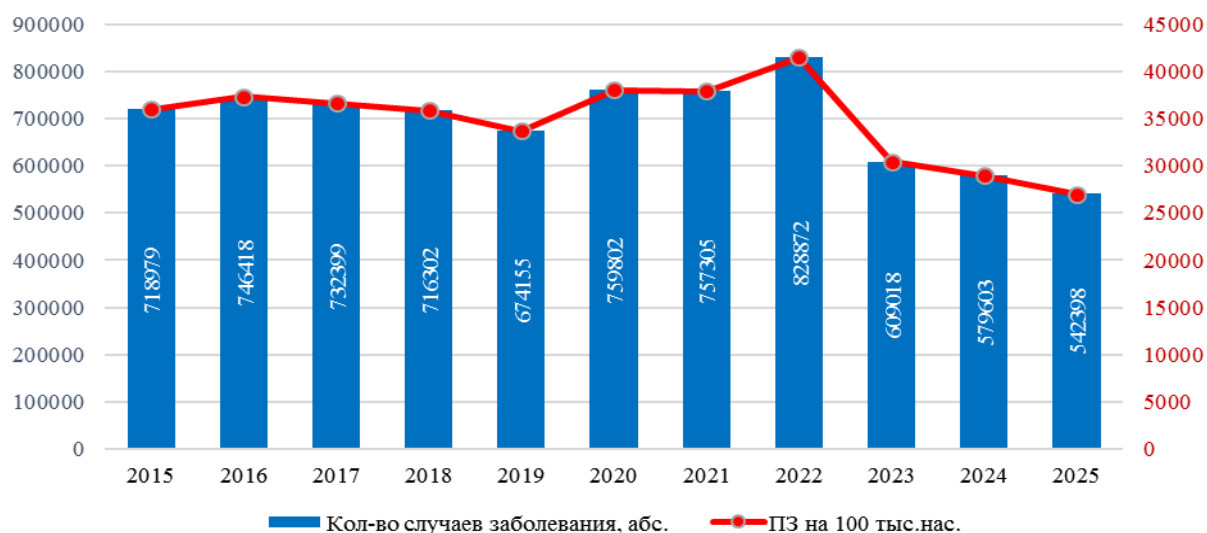


Рис. 3.1. Динамика заболеваемости инфекционными заболеваниями на территориях, обслуживаемых ФМБА России, в период 2015–2025 гг.

Число паразитарных заболеваний осталось на уровне предыдущего года и составило 3714 случаев, против 3713 случаев в предыдущем 2024 году (рис. 3.2).

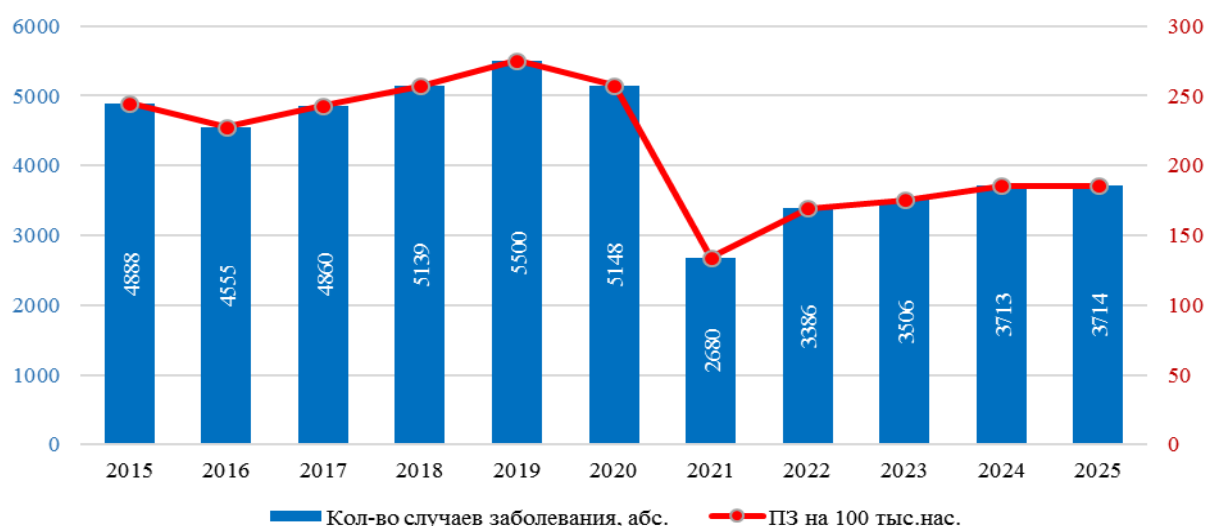


Рис. 3.2. Динамика паразитарных заболеваний на территориях, обслуживаемых ФМБА России, в период 2015–2025 гг.

В 2025 году не регистрировались такие заболевания как брюшной тиф, паратифы, холера, полиомиелит, дифтерия, столбняк, туляремия, сибирская язва, бруцеллёз, лептоспироз, бешенство, орнитоз, врождённая цитомегаловирусная инфекция, листериоз.

Общее число случаев инфекционных заболеваний с летальным исходом в 2025 году составило 128 против 154 случаев в предыдущем 2024 году. Снижение числа летальных случаев составило более 17 %. Основной вклад в смертность, как и в прошлые годы, вносили такие нозологии, как внебольничные пневмонии, ВИЧ и туберкулёз, удельный вес которых в структуре смертности от инфекционных заболеваний составил более 92 %.

В структуре причин летальных исходов от инфекционных заболеваний в 2025 году на лиц с диагнозом пневмонии (внебольничные) приходится 59,38 % (в предыдущем году – 44 %); на лиц с болезнью, вызванной вирусом иммунодефицита

человека (ВИЧ) и бессимптомным инфекционным статусом, вызванным ВИЧ, – 28,9 % (в предыдущем году – 19,3 %); на лиц, больных туберкулёзом (впервые выявленным) активной формы, – 4,69 % (в предыдущем году – 4,2 %); на лиц с диагнозом грипп – 3,13 % (в предыдущем году – 1,3 %).

Также регистрировались единичные летальные случаи от COVID-19, хронических вирусных гепатитов, легионеллёза и острых кишечных инфекций (рис. 3.3).

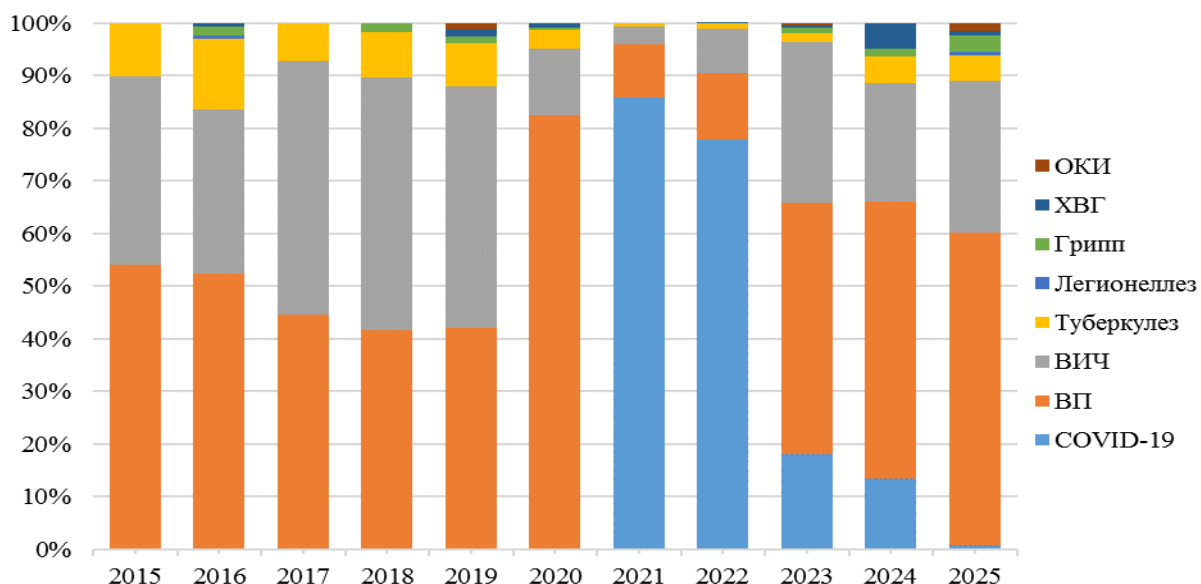


Рис. 3.3. Структура причин летальных исходов от инфекционных заболеваний на территориях, обслуживаемых ФМБА России, за период 2015–2025 гг.

В структуре инфекционной патологии в 2025 году удельный вес гриппа, острых инфекций верхних дыхательных путей множественной и неуточненной локализации, пневмоний (внебольничных) и COVID-19 составил 94,6 % от всех случаев заболевания (в 2024 г. – 89,4 %).

Суммарное число заболевших гриппом, острыми респираторными вирусными инфекциями, пневмониями (внебольничными) и COVID-19 в 2025 году составило 512 129 случаев (рис. 3.4).

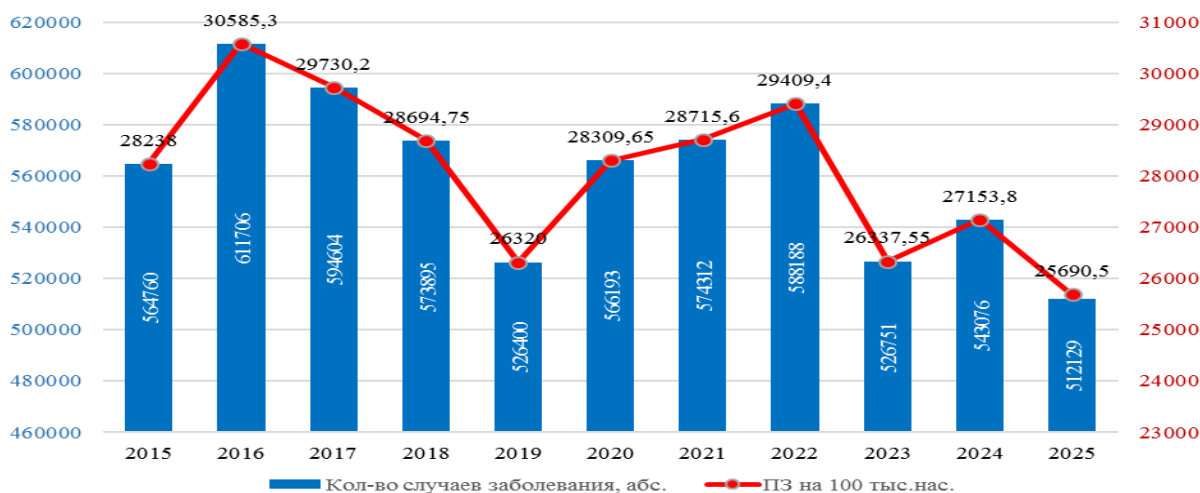


Рис. 3.4. Динамика заболеваемости ОРВИ, гриппом, внебольничными пневмониями и COVID-19 на территориях, обслуживаемых ФМБА России, за период 2015–2025 гг.

Стоит отметить, что в 2025 году значительно (в 7,6 раза) снизилась заболеваемость COVID-19, случаи заболевания протекали в основном с симптомами ОРВИ, без поражения легких.

Заболеваемость гриппом суммарного населения превысила показатель предыдущего 2024 г. в 2,5 раза, а среди детей до 17 лет рост заболеваемости составил 2,8 раза. Рост заболеваемости гриппом в 2025 г. был обусловлен преимущественно распространением сезонных штаммов гриппа как на территориях, обслуживаемых ФМБА России, так и по Российской Федерации в целом.

В 2025 году значительно (на 38,09 %) снизилась заболеваемость совокупного населения внебольничной пневмонией. При этом снижение заболеваемости среди детей составило 50,00 %.

Ситуация по заболеваемости корью среди населения, проживающего на обслуживаемых ФМБА территориях России, в 2025 году улучшилась – регистрировались спорадические случаи заболевания без дальнейшего распространения среди населения. Всего в 2025 году зарегистрировано 16 случаев кори, из них 11 случаев (68,75 %) среди детей (в предыдущем году всего 99 случаев, из них 61,60 % среди детей). Все случаи заболевания корью выявлены среди лиц, не прошедших вакцинацию. В очагах противоэпидемические мероприятия проведены своевременно и в полной объеме.

В отношении коклюша в 2025 году отмечено снижение заболеваемости в 5,78 раза, показатель заболеваемости отмечается ниже среднемноголетнего уровня. Зарегистрированы 68 случаев заболевания, из которых 58 случаев (85,30 %) среди детей (в предыдущий год из 393 случаев 369 (93,90 %) были зарегистрированы среди детей) (рис. 3.5).

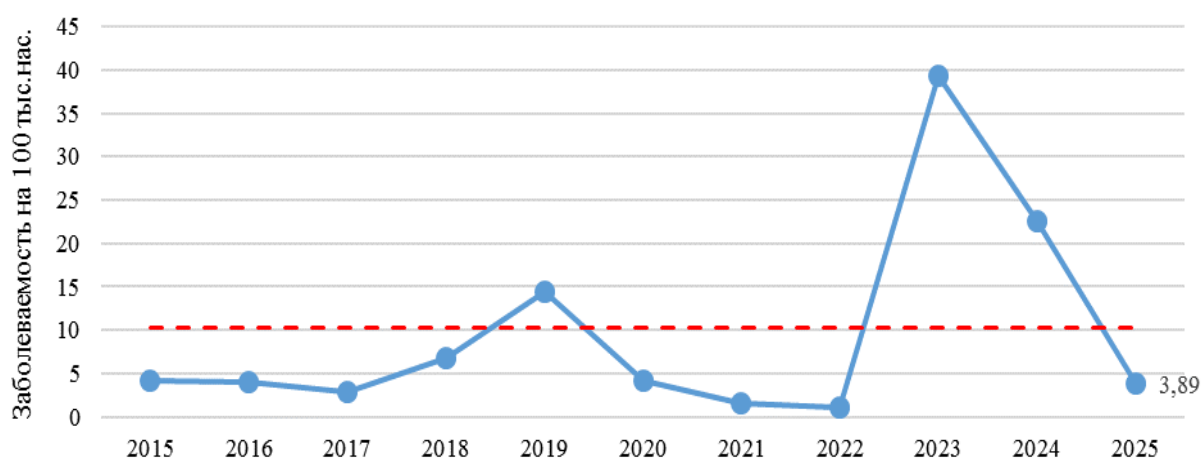


Рис. 3.5. Заболеваемость коклюшем на территориях, обслуживаемых ФМБА России, в период 2015–2025 гг.

В 2025 году отмечается снижение заболеваемости острыми кишечными инфекциями (ОКИ). Всего за 2025 год были зарегистрированы 11 368 случаев заболевания, что на 13,9 % меньше, чем в 2024 году (13 201 случай).

В 2025 году отмечен рост заболеваемости геморрагической лихорадкой с почечным синдромом (ГЛПС), в 3,55 раза (рис. 3.6). В целом эпидемические подъемы заболеваемости ГЛПС отмечаются каждые 3–5 лет. Наибольший вклад в заболеваемость в 2025 году внесли две территории, располагающиеся в природных очагах ГЛПС (г. Димитровград Ульяновской области, г. Саров Нижегородской области), на долю которых приходилось 91 % всех случаев заболевания.

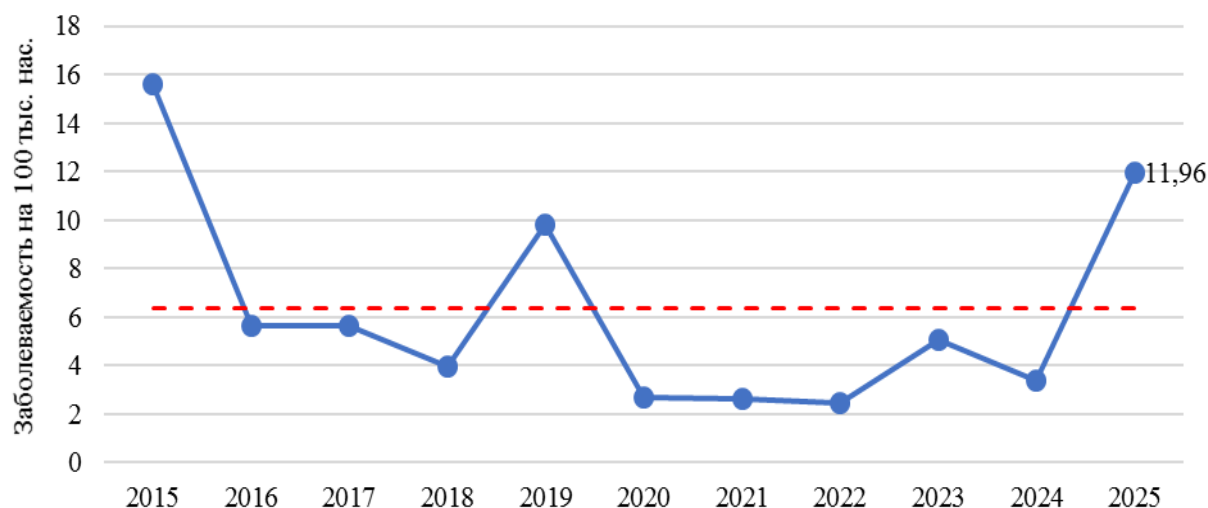


Рис. 3.6. Заболеваемость ГЛПС на территориях, обслуживаемых ФМБА России, в период с 2015–2025 гг.

Заболеваемость клещевым вирусным энцефалитом (КВЭ) в 2025 году по сравнению с 2024 годом увеличилась на 22,85 % (рис. 3.7). Зарегистрировано 35 случаев заболевания среди непривитого населения.

Летальных исходов от КВЭ в 2025 году не зарегистрировано. В возрастной структуре заболеваемости КВЭ удельный вес взрослого населения составил 88,57 %. Заражение происходило на необрабатываемых территориях лесных массивов за пределами населенных пунктов и зон отдыха и массового посещения людей.

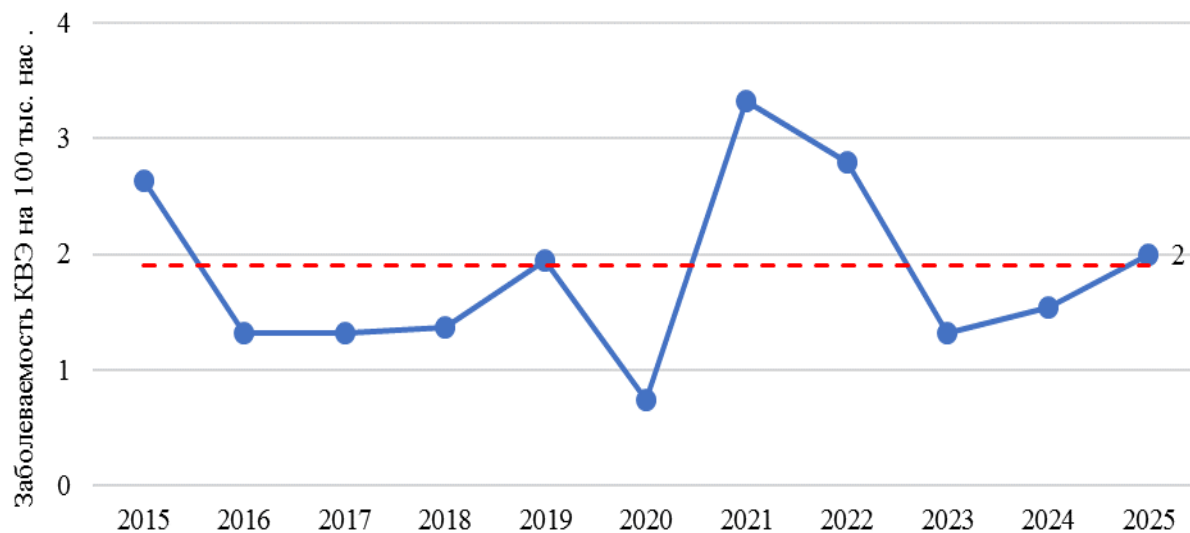


Рис. 3.7. Заболеваемость клещевым вирусным энцефалитом на территориях, обслуживаемых ФМБА России, в период с 2015–2025 гг.

В целом по инфекционной заболеваемости на территориях, обслуживаемых ФМБА России, поддерживалась устойчивая санитарно-эпидемиологическая ситуация.

Научно-методическое обеспечение федерального государственного санитарно-эпидемиологического контроля (надзора) в организациях и на территориях, обслуживаемых ФМБА России, в 2025 году

Научное обоснование комплексных мер по оценке и управлению риском для здоровья работающего населения в ведущих отраслях экономики на основе совершенствования персонализированной системы мониторинга вредных производственных факторов и состояния здоровья

Разработаны, аттестованы и внесены в реестр Федерального информационного фонда по обеспечению единства измерений методики измерений:

1. Методика измерений массовой концентрации тетродотоксина в объектах окружающей среды и биопробах методом высокоэффективной жидкостной хроматографии с тандемным масс-спектрометрическим детектированием (свидетельство об аттестации методики (метода) измерений № 09-25/002.RA.RU.311955.2025, номер в реестре ФР.1.31.2025.52986);

2. Методика измерений массовой концентрации оксида люизита в пробах воды водных объектов хозяйственно-питьевого и культурно-бытового водопользования методом газовой хроматографии (свидетельство об аттестации методики (метода) измерений № 09-25/004.RA.RU/311955.2025, номер в реестре ФР.1.31.2025.51746).

В 2025 году утверждены методические документы:

1. МР ФМБА России 2.2.5.0001–2025 «Организация контроля за уровнями химических факторов на космодромах при выполнении работ с чрезвычайно и высокоопасными компонентами жидких ракетных топлив»;

2. МР ФМБА России 4.1.0002–2025 «Методы определения токсинов в объектах окружающей среды и в биопробах»;

3. МР ФМБА России 1.2.0005–2025 «Порядок заполнения, ведения и применения медико-санитарного паспорта химически опасного объекта и прилегающей к нему территории»;

4. МР ФМБА России 91500.12.0008–2025 «Диагностика, лечение, профилактика, реабилитация и экспертиза пациентов с токсическими поражениями несимметричным диметилгидразином и продуктами его деструкции»;

5. МР ФМБА России 91500.18.0012–2025 «Порядок рекрутирования доноров костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток в Федеральный регистр доноров костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток, донорского костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток, реципиентов костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток»;

6. МР ФМБА России 91500.13.0013–2025 «Система обеспечения качества и безопасности донорских гемопоэтических стволовых клеток и костного мозга»;

Разработан и направлен на утверждение в Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия проект санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к обеспечению безопасности населения при размещении и эксплуатации предприятий по производству и переработке бериллия».

Актуализированы санитарные правила СП 2.2.1.3471–17 «Санитарно-эпидемиологические требования к обеспечению безопасности персонала предприятий и населения прилегающих территорий при испытании и утилизации зарядов ракетных двигателей на твердом топливе методом сжигания» (утверждены постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 17 марта 2025 г. № 1).

Совершенствование методов количественного определения и контроля загрязнений окружающей среды

Разработаны и направлены на утверждение в Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека проекты 9 гигиенических нормативов содержания загрязняющих веществ в объектах производственной и окружающей среды:

1. «Ориентировочный безопасный уровень воздействия (ОБУВ) полихлорированных бифенилов (ПХБ) в воздухе рабочей зоны»;
2. «Предельно допустимая концентрация (ПДК) 2-хлорвиниларсиноксида в воде водных объектов хозяйственно-питьевого и культурно-бытового водопользования»;
3. «Предельно допустимая концентрация (ПДК) гексахлорбензола в воде водных объектов хозяйственно-питьевого и культурно-бытового водопользования»;
4. «Предельно допустимая концентрация (ПДК) гексахлорбензола в почве населенных мест и сельскохозяйственных угодий»;
5. «Предельно допустимая концентрация (ПДК) нафтила в воде водных объектов хозяйственно-питьевого и культурно-бытового водопользования»;
6. «Предельно допустимая концентрация (ПДК) нафтила в воздухе рабочей зоны»;
7. «Предельно допустимая концентрация (ПДК) полихлорированных бифенилов в почве населенных мест и сельскохозяйственных угодий»;
8. «Предельно допустимая концентрация (ПДК) полихлорированных дибензофуранов (ПХДФ) в атмосферном воздухе городских и сельских поселений»;
9. Проект ГН «Предельно допустимый уровень загрязнения несимметричным диметилгидразином поверхностей средств индивидуальной защиты, включая спецодежду».

Научно-методическое обеспечение эпидемиологического надзора за социально значимыми инфекциями

Разработаны и зарегистрированы наборы реагентов:

1. Набор реагентов для выявления РНК энтеровирусов и парэховирусов человека методом полимеразной цепной реакции «АмплиТест® Нейровирусы» (№ РЗН 2025/24906).
2. Набор реагентов для выявления дифференциации РНК вируса гриппа А субтипов H5/H7/H10 методом полимеразной цепной реакции «АмплиТест® Influenza A H5/H7/H10» (№ РЗН 2025/24890).
3. Набор реагентов для выявления мутаций, связанных с лекарственной устойчивостью микобактерий туберкулеза к фторхинолонам, методом полимеразной цепной реакции АмплиТест® МБТ-Резист-II» (№ РЗН 2025/25001).

Разработка препаратов для специфической профилактики и лечения инфекционных заболеваний

1. Поданы в Министерство здравоохранения Российской Федерации досье на вакцины для профилактики пневмококковой и менингококковой инфекции для получения регистрационных удостоверений.
2. Приведено в соответствие с требованиями ЕАЭС регистрационное досье вакцин «Флю-М Тетра» и «Конвасэл», что расширяет их экспортный потенциал.
3. Получена преквалификация Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) на две отечественные гриппозные вакцины – «Флю-М» и «ВГИР».

4. Построен и введен в эксплуатацию опытно-промышленный участок для производства вакцин «Бэби-ХИБ», «Пневмикс 16» и «Менговакс В».

5. Производятся:

5.1. Две вакцины для профилактики гриппа (инактивированные) – «Флю-М», «Флю-М Тетра».

5.2. Вакцина для профилактики COVID-19 – «Конвасэл».

5.3. Полисахаридная конъюгированная вакцина от гемофильной инфекции типа b – «Бэби-хиб».

5.4. Аллерген туберкулезный очищенный в стандартном разведении.

3.2. Основные результаты деятельности структурных подразделений Управления делами Президента Российской Федерации

Перечень федеральных государственных унитарных предприятий и федеральных государственных бюджетных учреждений, подведомственных Управлению делами Президента Российской Федерации (далее – Управление делами) в отношении которых осуществлялся федеральный государственный санитарно-эпидемиологический контроль (надзор), определен Указом Президента Российской Федерации от 25.09.2023 № 709.

Основной целью федерального государственного санитарно-эпидемиологического контроля (надзора) является достижение гарантированного уровня санитарно-эпидемиологического благополучия обслуживаемого населения и предотвращения возникновения массовых инфекционных и неинфекционных заболеваний (отравлений).

Основными направлениями деятельности являются предупреждение вредного влияния факторов окружающей среды на состояние здоровья человека, профилактика инфекционных и неинфекционных заболеваний, планирование профилактических мероприятий и осуществление противоэпидемических мероприятий; систематическое проведение лабораторных исследований объектов окружающей среды и продуктов питания по бактериологическим и санитарно-химическим показателям безопасности.

Анализ состояния среды обитания, данные мониторинга загрязнения объектов среды обитания, сведения о профессиональной заболеваемости

Контроль качества и безопасности питьевой воды, подаваемой потребителям хозяйствующими субъектами, оставался одной из приоритетных задач в 2024 году.

Под контролем находится 24 ведомственных водопровода, 33 артезианских скважины, 8 каптажных сооружений подземных водоисточников.

Доля проб воды из водоисточников, не соответствующих установленным требованиям по санитарно-химическим показателям, снизилась с 56,7 % в 2018 году (в 2022 г. – 41,2 %, 2023 г. – 29,2 %, 2024 г. – 25,93 %) до 23,9 % в 2025 году. Объем нестандартных проб формировался за счет органолептических показателей (мутность), неорганических веществ (железа и фтора).

Удельный вес проб питьевой воды из накопительных резервуаров, не соответствующих гигиеническим нормативам по содержанию хлора остаточного, в 2025 году составил 47 % (в период с 2016 по 2024 г. доля нестандартных проб составляла в среднем 32 %). Заниженное значение показателя содержания хлора остаточного, используемого в качестве дезинфицирующего средства, подтверждает острую необходимость усовершенствования процесса водоподготовки.

Доля проб питьевой воды из накопительных резервуаров, не соответствующих гигиеническим нормативам по микробиологическим показателям, в 2025 году составила 9,4 %, находясь в пределах показателей нестандартных проб в период с 2020 года по 2024 год (2020 г. – 1,8 %, 2022 г. – 8,6 %, 2023 г. – 11,8 %, 2024 г. – 5,0 %).

Доля проб воды из водопроводной сети, не соответствующих гигиеническим нормативам по санитарно-химическим показателям, в 2025 году увеличилась относительно 2024 года и составила 6,5 % (в 2021 г. – 2,8 %, 2022 г. – 5,4 %, 2023 г. – 5,3 %, 2024 г. – 5,9 %).

В 2025 году доля проб воды из водопроводной сети горячего водоснабжения, не соответствующих гигиеническим нормативам, снизилась более чем в 2 раза и составила 2,2 %, что связано с частичной заменой водопроводных сетей горячего водоснабжения на объектах.

Из 2334 исследованных проб воды из системы горячего водоснабжения в 0,8 % обнаружена *Legionella pneumophila*, что ниже показателя 2024 года (1,4 %) на 0,6 %. Сложившаяся ситуация на ряде подведомственных объектов связана с эксплуатацией существующих тепловых установок и инженерных сетей, не обеспечивающих нормируемую температуру горячей воды.

Мониторинг за контаминацией открытых водоемов холерным вибрионом осуществлялся в 36 точках водных объектов, в основном, в местах рекреационного водопользования. Исследовано в 2025 году 247 проб воды на наличие холерного вибриона (в 2023–2024 гг. по 245 проб, в 2021–2022 гг. – от 400 до 500 исследований), результаты исследований с 2014 года по 2025 год отрицательные.

По результатам контроля морской воды в зонах рекреации по микробиологическим показателям в 2025 году отклонений не зарегистрировано (в период с 2015 по 2025 г. эти цифры составляли от 2,1 % до 14,6 %); по санитарно-химическим показателям доля нестандартных проб составила 2,3 % (в период с 2015 г. по 2025 г. доля нестандартных проб составляла от 0,2 до 2,3 %).

В 2025 году продолжалось исследование физических факторов (шума, вибрации, параметров микроклимата, освещенности, электромагнитных полей) на подконтрольных объектах, как при проведении контрольно-надзорных мероприятий, так и по программам производственного контроля. Проводилась оценка соответствия параметров производственной среды постоянных рабочих мест работников различных учреждений требованиям, установленным нормативными правовыми актами.

По параметрам шума из 398 обследованных рабочих мест не соответствовали гигиеническим нормативам 33 (8,2 %), из 497 – 33 (6,6 %), в 2023 г. из 409 – 12,1 %, в 2022 г. из 398 – 17,3 %, в 2021 г. из 445 – 0,9 %, в 2020 г. из 496 – 0,6 %.

По параметрам микроклимата из обследованных в 2025 г. 2286 рабочих мест не соответствовали нормативам 116 рабочих мест (в 2024 году из 4723 рабочих места – 1,3 %, в 2023 г. из 5525 – 2,9 %, в 2022 г. из 1941 – 7,7 %; в 2021 г. из 2326 – 1,4 %, в 2020 г. из 5646 – 1,2 %).

По показателям освещенности в 2025 г. из 1843 рабочих мест не соответствовало – 6,5 %, в 2024 году измерения выполнены на 3240 рабочих местах, не соответствовало гигиеническим нормативам 3,1 %, в 2023 году из 2972 – 6,05 %, в 2022 г. из 2534 – 6,5 %, в 2021 г. из 3180 – 1,43 %, в 2020 г. из 3247 – 2,6 %, в 2019 г. – 5,1 %.

На подведомственных объектах разрабатывают и выполняют перечень мероприятий по улучшению условий труда, направленных на снижение рисков для здоровья человека.

Исследовано 147 проб воздуха закрытых помещений на содержание химических веществ, в том числе веществ 1 и 2 класса опасности. Содержание загрязняющих химических веществ не превышало гигиенических нормативов.

Превышений гигиенических нормативов по ионизирующим излучениям на обследованных рабочих местах не отмечалось на протяжении ряда лет.

Случаев массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) и заболеваний в связи с воздействием вредных факторов среды обитания за период с 2014 по 2025 год на подведомственных объектах Управления делами не зарегистрировано.

В 2025 году зарегистрирован 1 случай хронического профессионального заболевания (летный состав) «Нейросенсорная тугоухость», в 2024 году зарегистрировано 2 случая хронических профессиональных заболеваний (летный состав). В 2023 году не зарегистрированы случаи впервые установленных профессиональных заболеваний. В 2022 году выявлен один случай хронического профессионального заболевания (летный состав).

Для оценки безопасности образовательной среды, условий отдыха детей и их оздоровления проводились лабораторно-инструментальные исследования и измерения в рамках контрольно-надзорных мероприятий, социально-гигиенического мониторинга.

В отчетный период в рамках акции «Дети России – детям Донбасса» на базе ФГБУ «Оздоровительный комплекс «Снегири» был организован отдых более 2500 детей из Луганской Народной Республики и Донецкой Народной Республики, на базе ФГБОУ «Прогимназия «Снегири» в июне месяце функционировал стационарный загородный лагерь (количество отдохнувших детей – 60 человек).

Мониторинг качества и безопасности пищевых продуктов, продовольственного сырья на подведомственных объектах проводился по санитарно-химическим и микробиологическим, паразитологическим показателям, показателям радиационной безопасности. Особое внимание при проведении контроля (надзора) обращалось на санитарно-техническое состояние объектов питания, в том числе, с применением объективных методов контроля.

Динамика количества исследованных проб за период 2014–2025 гг. представлена в табл. 3.1.

Таблица 3.1

Гигиеническая характеристика пищевых продуктов по санитарно-химическим, физико-химическим, микробиологическим, паразитологическим и радиологическим показателям за период 2014–2025 гг., абс., %

Год	Санитарно-химические показатели		Физико-химические показатели		Микробиологические показатели		Паразитологические показатели		Радиологические показатели	
	Число исследованных проб	Из них не соответствует, %	Число исследованных проб	Из них не соответствует, %	Число исследованных проб	Из них не соответствует, %	Число исследованных проб	Из них не соответствует, %	Число исследованных проб	Из них не соответствует, %
2014	2319	0,5	1106	8,8	2554	10,3	159	0	643	0
2015	2511	0,04	806	9,06	2588	21,08	316	0	676	0
2016	552	0,2	788	6,7	2856	11,94	0	0	310	0
2017	1338	37,0	840	9,2	2760	10,07	399	0	309	0
2018	977	0,7	1704	17,2	2406	10,2	364	1,8	139	0
2019	1531	0,1	1256	20,3	3021	6,05	287	3,1	130	0
2020	1089	0	917	14,8	2072	6,99	325	13,23	246	0
2021	416	0	1030	6,6	2462	6,46	277	8,3	81	0
2022	981	0	1263	7,6	2220	8,0	280	20,7	62	0
2023	1004	0	886	5,3	2390	6,9	311	19,6	51	0
2024	2202	0	494	8,1	2673	4,45	304	11,2	65	0
2025	1314	1,2	1136	4,7	2919	4,6	337	4,75	74	0

Отмечается тенденция снижения удельного веса проб пищевых продуктов, не соответствующих обязательным требованиям по физико-химическим показателям с 8,1 % в 2024 г. до 4,7 % в 2025 г., по паразитологическим показателям с 11,2 % в 2024 г. до 4,75 % в 2025 г.

В 2025 году из 1314 исследованных проб не соответствовали обязательным требованиям по санитарно-химическим показателям 1,2 %, в том числе в результате загрязнения: нитратами – 9,6 % из 135 исследованных проб, за счет превышения их содержания в плодоовощной продукции; токсичными элементами – 0,5 % из 395 исследованных проб, за счет повышенного содержания ртути в консервированной продукции из рыбы.

За 2025 год в пищевых продуктах, продовольственном сырье содержание отдельных химических загрязнителей, таких как микотоксины, гистамин, остаточное количество пестицидов, антибиотики, радионуклиды цезий-137, стронций-90, не обнаружено.

За период 2014–2025 гг. установлено снижение удельного веса проб, не соответствующих требованиям по микробиологическим показателям, в 2,2 раза.

В 2025 году удельный вес неудовлетворительных проб пищевых продуктов и готовых блюд по микробиологическим показателям незначительно увеличился в сравнении с 2024 годом (4,28 %) до 4,80 %, в том числе увеличение отмечалось в медицинских организациях – 3,4 %, организациях общественного питания – 7,8 %, за счет кулинарных изделий и готовых блюд (5,0 %) (табл. 3.2). Неудовлетворительные результаты проб по микробиологическим показателям на объектах были связаны с нарушениями последовательности и поточности технологических процессов хранения и приготовления сырья, сырых полуфабрикатов и готовой продукции, несоблюдением персоналом правил личной гигиены. В 2025 году на всех объектах питания при осуществлении процессов производства пищевой продукции разработаны процедуры, основанные на принципах Системы анализа опасных факторов и критических точек контроля и их устранения (ХАССП).

Таблица 3.2

Количество исследованных проб и удельный вес проб, не соответствующих требованиям по микробиологическим показателям, готовых блюд и пищевых продуктов на объектах питания по организациям за период 2023–2025 гг., абс., %

Организации	2023		2024		2025	
	Количество исследований	Из них не соответствует, %	Количество исследований	Из них не соответствует, %	Количество исследований	Из них не соответствует, %
Медицинские	603	3,3	738	2,04	644	3,4
Санаторно-курортные	106	1,8	138	5,79	134	3,7
Оздоровительные комплексы	563	5,3	550	4,36	789	2,7
Общественного питания	945	8,7	1060	4,81	878	7,8
Торговли	21	23,8	57	19,3	41	7,3
ВСЕГО	2238	6,3	2543	4,28	2486	4,8

Контроль радиационной безопасности на подведомственных объектах Управления делами осуществлялся в плановом порядке. В целом радиационная обстановка оценивается как благополучная. В 2025 году в поднадзорных организациях,

использующих источники ионизирующего излучения, радиационные аварии не зарегистрированы.

В лечебных учреждениях продолжалась замена устаревшего рентгеновского оборудования на новое цифровое. С этой целью осуществлялась санитарно-эпидемиологическая экспертиза проектной документации и деятельности в области эксплуатации источников ионизирующего излучения, а также проводился инструментальный радиационный контроль.

Индивидуальным дозиметрическим контролем доз облучения в течение года охвачены 100 % специалистов подведомственных организаций, работающих с источниками ионизирующего излучения. В 2025 году случаев лучевой патологии среди персонала, работающего с источниками ионизирующего излучения, не зарегистрировано.

Средние дозы облучения персонала группы А в течение последних 4 лет находятся на стабильном уровне и не превышают пределов доз облучения.

Учет и анализ инфекционной заболеваемости, контроль противоэпидемических и профилактических мероприятий

В 2025 году продолжалась реализация противоэпидемических мероприятий, направленных на снижение инфекционными заболеваниями на объектах, подведомственных Управлению делами. По итогам 2025 года отмечается рост общего уровня инфекционной заболеваемости контингента, прикрепленного к медицинским организациям Управления делами (без учета COVID-19), по сравнению с 2024 годом на 4,5 %. Уровень суммарной инфекционной заболеваемости с 2015 года сохраняет тенденцию разнонаправленной динамики со значительными годовыми колебаниями ее уровня (табл. 3.3).

Таблица 3.3

Динамика инфекционной заболеваемости контингента, прикрепленного к медицинским организациям, подведомственным Управлению делами Президента Российской Федерации, за период 2015–2025 гг.

Наименование групп заболеваний	Заболеваемость в показателях на 100 тыс. населения										
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Кишечные инфекции	721,3	747,8	578,0	703,2	636,3	316,6	349,2	413,2	424,3	450,8	407,2
Инфекции с воздушно-капельным механизмом передачи	180,4	137,2	125,0	147,4	182,2	82,5	64,8	88,4	221,3	156,0	131,7
Социально-обусловленные инфекции	15,9	12,6	9,0	11,1	15,6	6,78	4,6	4,0	6,5	4,7	5,4
Природно-очаговые инфекции	3,2	1,9	1,5	0,7	3,4	8,8	8,3	15,1	19,8	15,1	18,9

Отмечается снижение заболеваемости кишечными инфекциями в сумме на 9,7 %, показатель заболеваемости инфекционными болезнями с воздушно-капельным механизмом передачи в целом снизился более чем на 15 % относительно 2024 года.

Уровень заболеваемости по группе социально обусловленных инфекций за последний год вырос на 15 %.

Природно-очаговые инфекции после снижения показателя в 2024 году в 2025 году выросли на 25 %.

В 2025 году в рамках прививочной кампании против гриппа охвачено 43 538 человек (45,6 %), из них 9349 детей. Из общего числа привитых в медицинских организациях Управления делами иммунизировано: основного контингента – 7878 человек, медицинских работников – 5782 человека, работников образовательных учреждений – 221 человек, работников транспортных организаций – 1570 человек, работников организаций общественного питания – 561 человек.

Охват профилактическими прививками прикрепленного взрослого населения в рамках национального календаря прививок соответствует регламентированным показателям.

Уровень охвата детского населения прививками против кори и краснухи в 2025 году вырос по сравнению с 2024 годом и достиг регламентированных 95 % (табл. 3.4).

Таблица 3.4

Охват профилактическими прививками взрослого и детского контингентов медицинских организаций Управления делами Президента Российской Федерации (%)

Контингент	Дифтерия			Корь			Краснуха		
	2023	2024	2025	2023	2024	2025	2023	2024	2025
Дети	95,9	97,4	95,1	92,6	94,4	96,7	92,0	94,1	96,3
Взрослые	97,6	98,2	98,4	93,9	94,9	91,7	94,1	91,2	91,0

Вирусологической лабораторией ФГБУ «Центр госсанэпиднадзора» в 2025 году в рамках мониторинга за циркуляцией вирусов респираторных инфекций исследовано 1293 пробы биологического материала, из них с положительным результатом – 734 (56,8 %).

Возбудители гриппа определены в 224 пробах (30,8 %), в их составе – не типизируемые вирусы гриппа в 34 случаях (15 %), вирус гриппа В – в 89 случаях (39,7 %), гриппа А (H1N1) – в 95 случаях (42,4 %), гриппа А (H3N2) – в 6 случаях (2,6 %).

Геном возбудителей респираторных инфекций негриппозной этиологии в течение всего 2025 года детектирован в 229 пробах или в 71,34 %, из них риновирус обнаружен в 103 пробах, вирус парагриппа – в 32 пробах, метапневмовирус – в 12 пробах, аденовирус – в 8 пробах, бокавирус – в 10 пробах.

Геном коронавирусов определялся в 63 случаях или в 19,6 %. В их числе геном сезонных коронавирусов – в 17 пробах (5,3 %). Коронавирус (SARS-CoV-2) был установлен в 46 пробах (14,3 %).

В 2025 году наблюдалось продолжение снижения интенсивности циркуляции возбудителей новой коронавирусной инфекции. Так, за весь 2025 год было зарегистрировано 1865 положительных результатов обследования пациентов, что на 63 % меньше количества случаев, зарегистрированных в 2024 году (5087 случаев). Внутригодовая динамика заболеваемости COVID-19 в 2025 году соответствовала ежегодной динамике сезонной ОРВИ с максимумами в феврале и декабре.

В 2025 году в учреждениях, подведомственных Управлению делами, зарегистрировано 12 очагов заболеваемости инфекционными болезнями с двумя и более случаями (в 2024 – 10 очагов), в том числе в 1 случае регистрировались заболевания гриппом А с 35 заболевшими среди прибывших детей на отдых, в 4 случаях –

заболевания ветряной оспой с 14 заболевшими, в 3 случаях заболевания острой кишечной инфекцией с 6 заболевшими (по 2 в каждом), в 1 случае внебольничная пневмония с 2 заболевшими в школе, в 1 случае норовирусная инфекция с 12 заболевшими среди группы лиц временно изолированных в обсерваторе. В 1 случае острый гепатит А с 28 заболевшими среди большой группы лиц разных возрастов, прибывших из-за рубежа.

В 2025 году в стационарах медицинских организаций, подведомственных Управлению делами, зарегистрировано 4 случая ИСМП, включавших в одном случае малую форму ГСИ новорожденного в акушерско-гинекологическом стационаре, в двух случаях кишечную инфекцию (ротавирусной и норовирусной этиологии) в разных отделениях стационара и один случай постинъекционной ГСИ (табл. 3.5).

Таблица 3.5

Регистрация инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, в стационарах Управления делами Президента Российской Федерации.

№ п/п	Основные показатели	Всего		
		2023	2024	2025
1	Зарегистрировано ИСМП (абс.)	2	2	4
2	Количество ГСИ (абс.)	2	2	2
3	Доля ГСИ в структуре ИСМП в %	100	100	50

В результате проведения федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора на объектах, подведомственных Управлению делами Президента Российской Федерации, в 2025 году.

Обеспечена стабильная и контролируемая санитарно-эпидемиологическая ситуация. Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия на подведомственных объектах осуществлялась путем выявления и устранения нарушений обязательных требований законодательства Российской Федерации, снижения рисков для здоровья. Основное внимание уделено вопросам контроля (надзора) и мониторинга, связанным с водоснабжением, обеспечением качественными и безопасными пищевыми продуктами, контроля радиационной обстановки, учета и анализа инфекционной и паразитарной заболеваемости, мониторинга условий труда работников по химическим, физическим, биологическим факторам. Продолжалась реализация мероприятий по обеспечению бесплатным горячим питанием обучающихся 1–4 классов, охват составил 100 %. С целью реализации принципов здорового питания во всех дошкольных учреждениях организовано 4–5-разовое питание воспитанников, в общеобразовательных – 3–4-разовое. Укрепилась лабораторная база, продолжено внедрение высокоточных методов исследований, в том числе экспресс-методов, объектов окружающей среды, пищевой продукции и сырья. Качество воды водоисточников и питьевой воды у конечного потребителя по микробиологическим показателям остается стабильным на протяжении ряда лет.

Учитывая сложившуюся положительную динамику в состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия на объектах, подведомственных Управлению делами Президента Российской Федерации, проводимые профилактические мероприятия в 2025 году были направлены на обеспечение качества среды обитания, улучшения качества питьевого водоснабжения на всех этапах водоподготовки, особенно, в распределительной сети. Также реализовывались мероприятия, направленные на профилактику влияния факторов риска, связанных с условиями воспитания детей и подростков, обеспечение детей сбалансированным питанием, благоприятных условий по

параметрам микроклимата, снижение риска для здоровья, связанного с употреблением некачественной пищевой продукцией. По снижению влияния факторов производственной среды на работающих профилактические мероприятия были направлены на контроль проведения предварительных и периодических медицинских осмотров и материально-техническое состояние учреждений.

В результате деятельности по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия на объектах, подведомственных Управлению делами Президента Российской Федерации, в период с 2015 по 2025 гг. случаев лучевой патологии среди персонала подведомственных учреждений, работающих с источниками ионизирующего излучения, не зарегистрировано. Средние дозы облучения персонала группы А (сотрудники, работающие с источниками ионизирующего излучения) в течение последних 3 лет находятся на стабильном уровне и не превышают пределов доз облучения, что свидетельствует о высоком уровне обеспечения радиационной безопасности на подведомственных объектах.

Общий уровень инфекционной заболеваемости контингента, прикрепленного к медицинским организациям Управления делами (без учета COVID-19), в 2025 году по сравнению с 2024 годом вырос на 4,5 %. Уровень суммарной инфекционной заболеваемости с 2015 года сохраняет тенденцию разнонаправленной динамики со значительными годовыми колебаниями ее уровня, связанными в указанный период с различными факторами. Массовых инфекционных и неинфекционных заболеваний не отмечено.

3.3. Основные результаты деятельности структурных подразделений Министерства внутренних дел Российской Федерации

О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия контингентов органов внутренних дел Российской Федерации в 2025 году

Основной задачей подразделений, уполномоченных осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический контроль (надзор) на объектах МВД России¹⁴, в 2025 году являлось обеспечение санитарно-эпидемиологической безопасности сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации¹⁵, в том числе принятие мер по профилактике острых кишечных инфекций¹⁶, кори, краснухи, острых респираторных вирусных инфекций¹⁷.

В этих целях осуществлялся мониторинг случаев инфекционных заболеваний для своевременного реагирования на изменение эпидемиологической обстановки, проведения необходимых санитарно-противоэпидемических мероприятий.

В подразделениях и медицинских (в том числе санаторно-курортных) организациях системы МВД России принимались меры по исключению пребывания на службе лиц с признаками инфекционных заболеваний.

Обеспечено информирование личного состава об эпидемиологической обстановке и мерах личной профилактики при возникновении и распространении инфекционных заболеваний.

Реализован комплекс мер по профилактике гриппа и ОРВИ в предэпидемический период и в период подъема заболеваемости. Обеспечено проведение с 1 сентября 2025

¹⁴ Далее – «надзор».

¹⁵ Далее – «сотрудники, личный состав».

¹⁶ Далее – «ОКИ».

¹⁷ Далее – «ОРВИ».

года прививочной кампании против сезонного гриппа среди сотрудников, федеральных государственных гражданских служащих и работников системы МВД России¹⁸.

В образовательных организациях системы МВД России при ухудшении эпидемиологической обстановки осуществлялся перевод образовательного процесса на дистанционный формат обучения с применением дистанционных образовательных технологий, корректировкой сроков обучения и количества обучающихся.

В рамках реализации в системе МВД России постановления Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 26 августа 2025 г. № 16 организовано проведение подчищающей иммунизации против краснухи детей и женщин фертильного возраста. В этих целях были откорректированы планы профилактических прививок, организована закупка вакцины для профилактики краснухи.

Продолжена работа по исполнению Плана мероприятий по реализации Государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на период до 2030 года, утвержденного распоряжением Правительства Российской Федерации от 19 октября 2021 года № 2933-р.

В рамках осуществления информационно-коммуникационной кампании по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции и ассоциированных с ней заболеваний в течение 2025 года с сотрудниками, курсантами образовательных организаций системы МВД России, а также с персоналом ведомственных медицинских организаций проводились лекции, совещания, семинары и конференции с привлечением специалистов центров гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора, центров по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями Минздрава России. Всего было организовано 935 мероприятий по вопросам эпидемиологии, диагностики и мерам профилактики заражения ВИЧ-инфекцией.

Приняты меры по обеспечению санитарно-эпидемиологической безопасности сотрудников, привлекаемых к охране общественного порядка и обеспечению общественной безопасности при проведении в Российской Федерации девяти общественно-политических и массовых спортивных мероприятий.

Анализ состояния среды обитания

В 2025 году на контроле подразделений, уполномоченных осуществлять надзор, состояло 21 105 объектов (рис. 3.8).

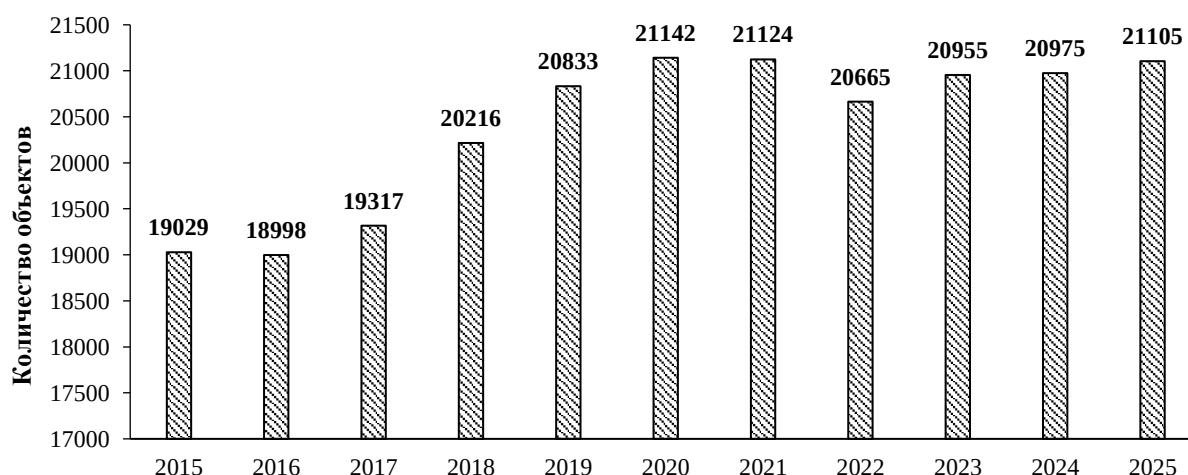


Рис. 3.8. Количество объектов надзора в системе МВД России за период 2015–2025 гг.

¹⁸ Далее – «контингенты МВД России».

Удельный вес объектов, не соответствующих санитарно-эпидемиологическим требованиям, снизился с 3,1 % в 2015 году до 2,0 % в 2025 году.

В 2025 году удельный вес объектов хозяйственно-питьевого водоснабжения, не соответствующих санитарно-эпидемиологическим требованиям, остался на уровне прошлого года и составил 12,8 %. Основной причиной несоответствия источников централизованного питьевого водоснабжения санитарно-эпидемиологическим правилам и гигиеническим нормативам (95 % случаев), как и в предыдущие годы, явилось отсутствие зон санитарной охраны или нарушение санитарно-эпидемиологических требований при их организации.

В 2025 году не соответствовали гигиеническим нормативам по санитарно-химическим показателям 8,9 % отобранных проб воды (в 2024 г. – 8,3 %).

Доля проб воды, не отвечающих гигиеническим нормативам по микробиологическим показателям, в период с 2015 по 2025 г. составляла от 2,4 % до 7,1 %, в отчетном году – 4,0 %, что в 1,7 раза меньше, чем в 2024 г. (рис. 3.9).

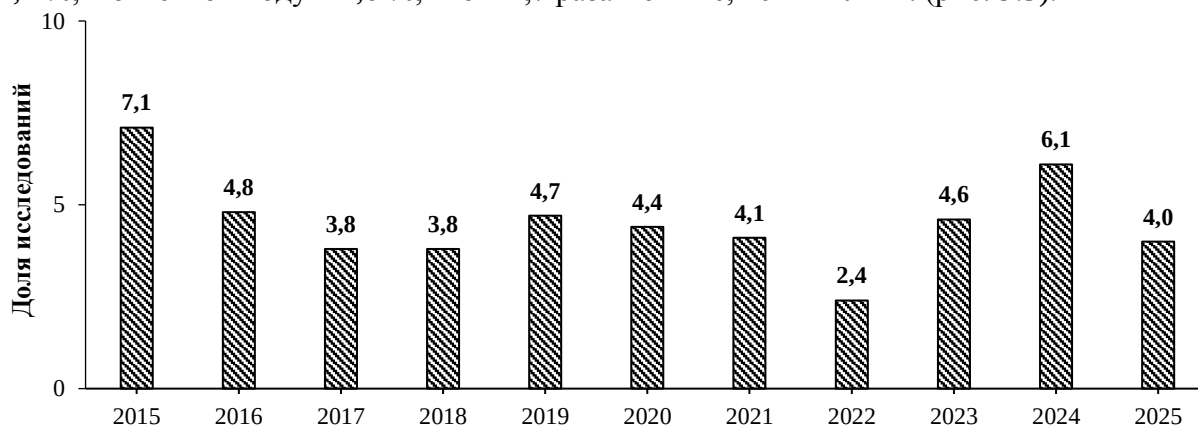


Рис. 3.9. Удельный вес исследованных проб воды объектов хозяйственно-питьевого водоснабжения, не отвечающих гигиеническим нормативам по микробиологическим показателям, за период 2015–2025 гг., %

За последние 11 лет по результатам исследований доля проб продовольственного сырья и пищевых продуктов, не соответствующих гигиеническим нормативам по санитарно-химическим показателям, составляла от 0 до 14,5 %. В 2025 году все исследованные пробы отвечали санитарно-эпидемиологическим требованиям. Удельный вес проб, не соответствующих гигиеническим нормативам по микробиологическим показателям, составлял от 3,1 % до 8,3 %, в 2025 году он незначительно снизился по сравнению с 2024 годом и составил 2,6 %.

Радиационная обстановка в системе МВД России с 2015 по 2025 г. оставалась удовлетворительной. Радиационных происшествий и аварий в подразделениях и организациях МВД России, использующих источники ионизирующего излучения, не зарегистрировано.

Индивидуальные дозы облучения не превышали основных пределов доз для персонала групп А и Б. Средний индивидуальный риск для персонала находился на низком уровне.

По результатам ежегодных медицинских обследований случаев выявления лучевой патологии среди персонала подразделений и организаций, использующих источники ионизирующего излучения, в течение анализируемого периода не зарегистрировано.

Охват периодическими медицинскими осмотрами персонала, занятого на работах с вредными и (или) опасными условиями труда, в 2015–2019 гг. составлял от 93,1 до 97,4 %, а персонала, занятого на работах, при выполнении которых проводятся

обязательные предварительные (при поступлении) и периодические (в течение трудовой деятельности) медицинские осмотры (обследования), – от 95,8 % до 97,6 %.

В связи с неблагоприятной эпидемиологической обстановкой по COVID-19 охват указанными осмотрами снизился соответственно до 59,5 % и 81,1 % в 2020 году, 65,9 % и 78,9 % в 2021 году. С 2022 года обеспечено увеличение охвата периодическими медицинскими осмотрами, в 2025 году он составил среди персонала, занятого на работах с вредными и (или) опасными условиями труда, 94,1 %, а среди персонала, занятого на работах, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные (при поступлении) и периодические (в течение трудовой деятельности) медицинские осмотры, – 93,7 %.

Анализ состояния заболеваемости массовыми неинфекционными заболеваниями (отравлениями) и приоритетными заболеваниями в связи с вредным воздействием факторов среды обитания

Случаи массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) и приоритетных заболеваний в связи с вредным воздействием факторов среды обитания за период с 2015 по 2025 г. в системе МВД России не регистрировались.

Сведения о профессиональной заболеваемости

За период с 2015 по 2025 г. в системе МВД России зарегистрировано четыре случая хронических профессиональных заболеваний и семь случаев острых профессиональных заболеваний.

В 2016 году – два случая хронического профессионального заболевания туберкулезом легких и один случай хронической пояснично-крестцовой радикулопатии, в 2023 году одному медицинскому работнику установлен диагноз «Профессиональная бронхиальная астма, аллергическая форма. Аллергический ринит».

Зафиксировано семь случаев острых профессиональных заболеваний, связанных с воздействием производственных биологических факторов. Профессиональный характер заболевания COVID-19 установлен у медицинских работников: шесть случаев завершились летальным исходом (в 2020 г. – три случая, в 2021 г. – два случая, в 2022 г. – один случай) и один случай в 2024 году – выздоровлением.

В 2025 году случаев хронических и острых профессиональных заболеваний не зарегистрировано.

Сведения об инфекционной и паразитарной заболеваемости

Всего в 2025 году медицинскими организациями системы МВД России зарегистрировано 206 648 случаев инфекционных и паразитарных заболеваний, что на 10,4 % ниже общего количества случаев, выявленных в 2024 году (230 699). В структуре инфекционных и паразитарных болезней в 2025 году по-прежнему преобладали острые инфекции верхних дыхательных путей множественной и неуточненной локализации, грипп и COVID-19, их доля составила 94,7 %.

За период с 1 января по 31 декабря 2025 года в системе МВД России установлен 2021 случай COVID-19. Показатель заболеваемости уменьшился в 4 раза и составил 116,5 на 100 тыс. (в 2024 году – 457,9 на 100 тыс.).

Число заболевших гриппом в 2025 году составило 1663 человека, показатель заболеваемости увеличился в 2,4 раза и составил 95,9 на 100 тыс. (в 2024 году – 40,2 на 100 тыс.).

Ведущее место в нозологической структуре инфекционных и паразитарных болезней (без гриппа, ОРВИ и COVID-19) в отчетном году заняли внебольничные

пневмонии, их доля составила 49,2 %. По-прежнему преобладают пневмонии, вызванные бактериальными агентами, показатель составил 56,1 на 100 тыс., что в 1,4 раза ниже показателя 2024 года (77,9 на 100 тыс.). В 2025 году показатель заболеваемости вирусными пневмониями составил 31,0 на 100 тыс. (в 2024 г. – 43,6 на 100 тыс.).

Показатель заболеваемости ОКИ по сравнению с 2024 годом снизился и составил 182,3 на 100 тыс. (рис. 3.10).

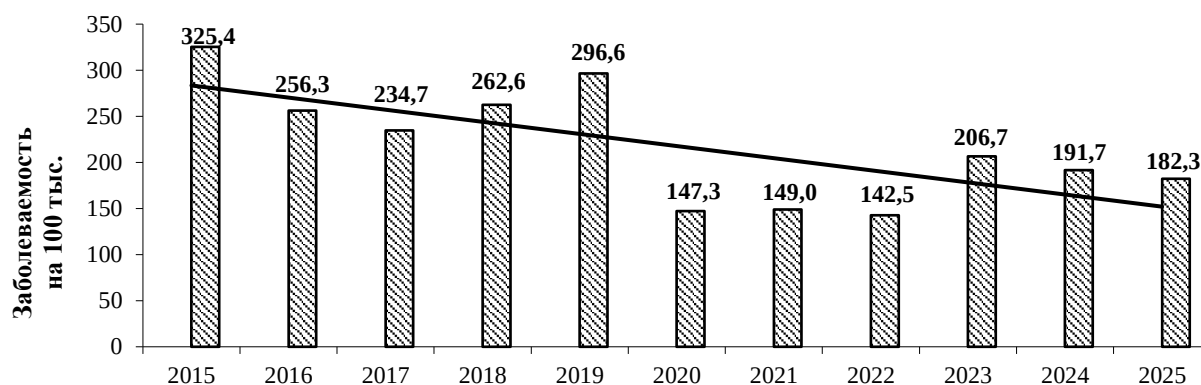


Рис. 3.10. Динамика заболеваемости острыми кишечными инфекциями в системе МВД России за период 2015–2025 гг.

В структуре ОКИ преобладали бактериальные и вирусные кишечные инфекции неуточненной этиологии (84,1 %), показатель заболеваемости составил 153,3 на 100 тыс., что на 8,3 % ниже показателя 2024 года (167,2 на 100 тыс.).

На долю бактериальных, вирусных и других уточненных кишечных инфекций приходилось 12,0 %, показатель составил 21,9 на 100 тыс., что в 1,3 раза выше показателя 2024 года (17,0 на 100 тыс.).

Среди контингентов МВД России в многолетней динамике заболеваемость вирусными гепатитами, как острыми, так и хроническими продолжает снижаться, общий показатель заболеваемости вирусными гепатитами в 2025 году составил 10,8 на 100 тыс.

Как представлено на рис. 3.11, основной вклад в общую структуру заболеваемости вирусными гепатитами по-прежнему вносят хронические вирусные гепатиты, доля которых в 2025 году составила 89,8 %. Показатель заболеваемости по сравнению с 2024 годом снизился и составил 9,7 на 100 тыс.

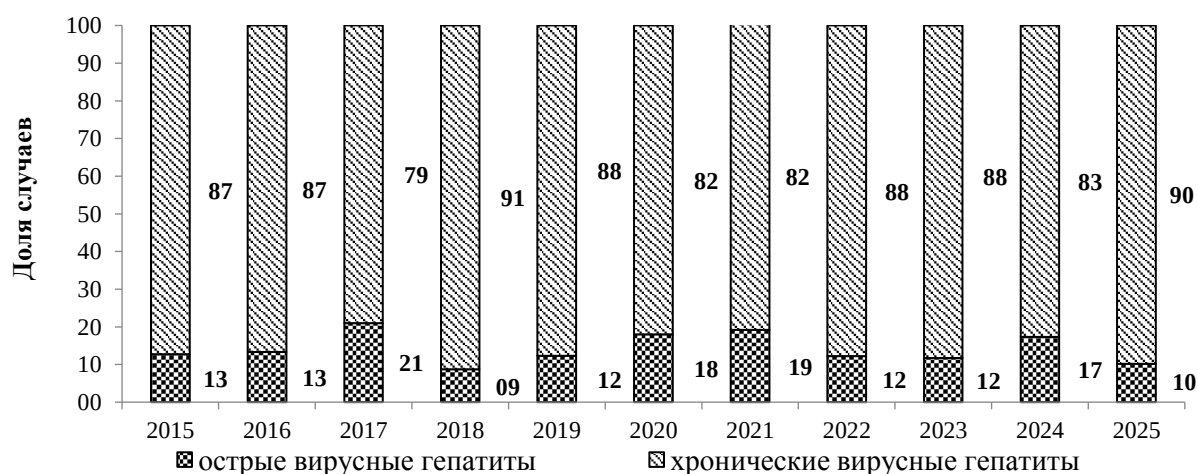


Рис. 3.11. Структура заболеваемости вирусными гепатитами в системе МВД России за период 2015–2025 гг. (%).

В структуре острых вирусных гепатитов за анализируемый период преобладал гепатит А (от 50 % до 79,9 % от всех случаев), на долю гепатита В приходилось от 3,6 % до 23,1 %, доля гепатита С варьировала от 2,9 % до 34,6 % (рис. 3.12).

В 2025 году выявлено 19 случаев острых вирусных гепатитов. Показатель заболеваемости гепатитом А составил 0,7 на 100 тыс., гепатитами В и С – по 0,2 на 100 тыс.

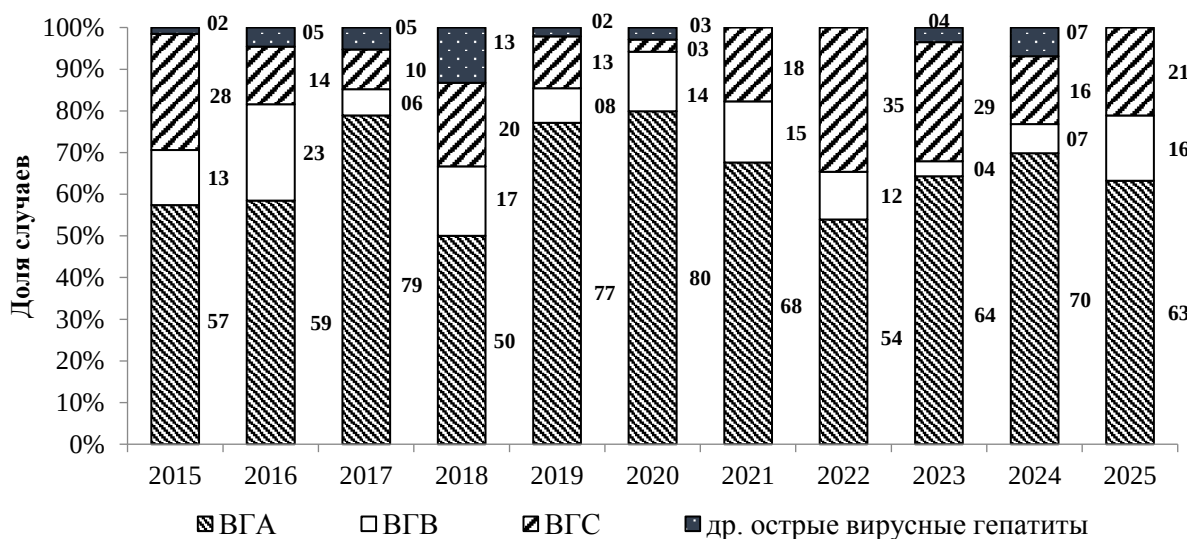


Рис. 3.12. Этиологическая структура заболеваемости острыми вирусными гепатитами в системе МВД России за период 2015–2025 гг., %

В течение прошлого года в плановом порядке против вирусного гепатита В было иммунизировано 6585 человек. По эпидемическим показаниям против вирусного гепатита А привито 1313 человек.

В отчетном году показатель заболеваемости туберкулезом среди контингентов МВД России остался на прежнем уровне и составил 3,9 на 100 тыс. при выраженной тенденции к снижению в многолетней динамике (рис. 3.13).

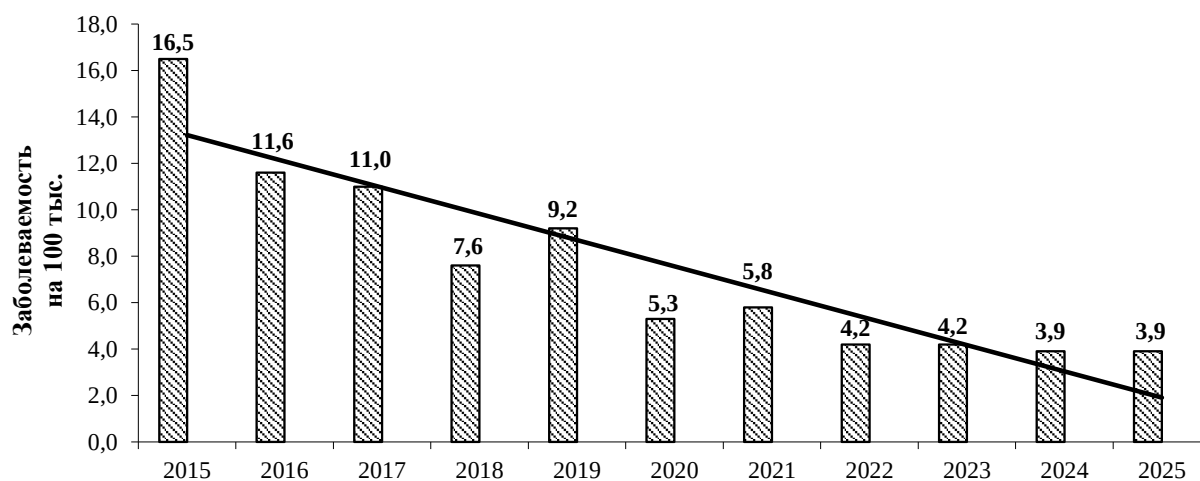


Рис. 3.13. Динамика заболеваемости туберкулезом в системе МВД России за период 2015–2025 гг.

Всего в 2025 году выявлено 67 случаев данного заболевания, из которых 64 случая – туберкулез органов дыхания. Доля бациллярных форм составила 20,3 %.

За последние 11 лет в системе МВД России зарегистрирован один случай заболевания дифтерией в 2018 году.

В 2025 году против дифтерии иммунизировано 57 547 человек. План профилактических прививок против дифтерии в среднем по МВД России выполнен на 90,0 %.

В прошедшем году в системе МВД России зарегистрировано 27 случаев кори, что в 4 раза меньше, чем в 2024 году (99 случаев). Многолетняя динамика заболеваемости представлена на рис. 3.14.

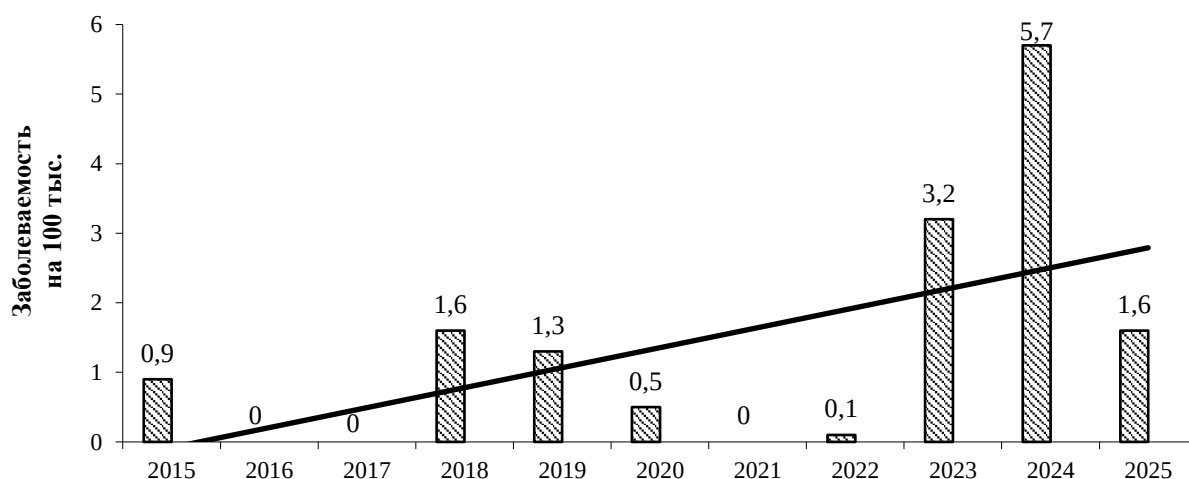


Рис. 3.14. Динамика заболеваемости корью в системе МВД России за период 2015–2025 гг.

В 2025 году против кори иммунизировано 16 103 человека. План профилактических прививок против кори в среднем по МВД России выполнен на 91,5 %.

В отчетном году в системе МВД России зарегистрировано шесть случаев заболевания краснухой, показатель заболеваемости составил 0,3 на 100 тыс. (в 2024 г. – пять случаев).

В истекшем году выявлен 21 случай эпидемического паротита, показатель заболеваемости составил 1,2 на 100 тыс., что в 3 раза ниже, чем показатель 2024 года (3,6 на 100 тыс.). Практически все заболевшие проживают в Северо-Кавказском федеральном округе (20 случаев).

В системе МВД России в 2025 году зарегистрировано 18 случаев коклюша, показатель заболеваемости составил 1,0 на 100 тыс. (в 2024 г. – 6,7 на 100 тыс.).

В 2025 году незначительно увеличилось количество лиц, укушенных клещами, – 786 человек (в 2024 г. – 736), возросло число заболеваний клещевым боррелиозом (с 79 до 82). Зафиксировано 6 случаев заболеваний клещевым вирусным энцефалитом (в 2024 г. – 13 случаев), показатель заболеваемости составил 0,3 на 100 тыс. (рис. 3.15).

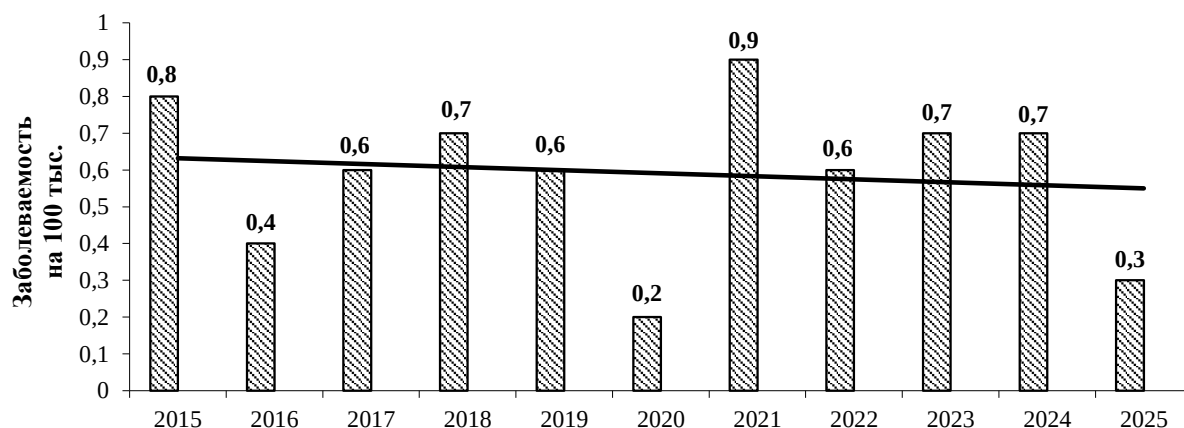


Рис. 3.15. Динамика заболеваемости клещевым вирусным энцефалитом в системе МВД России за период 2015–2025 гг.

В истекшем году зарегистрировано 30 случаев ВИЧ-инфекции, показатель заболеваемости составил 1,7 на 100 тыс. (в 2024 году – 1,6 на 100 тыс.). Зафиксирован один летальный случай, связанный с ВИЧ-инфекцией.

В 2025 году выявлено 30 случаев геморрагической лихорадки с почечным синдромом, показатель заболеваемости в сравнении с 2024 годом не изменился и составил 1,7 на 100 тыс.

В истекшем году зарегистрировано три случая менингококковой инфекции генерализованной формы (в 2024 г. – 1 случай), показатель заболеваемости составил 0,2 на 100 тыс.

Основные результаты и показатели, обеспечивающие решение задач санитарно-эпидемиологического благополучия на подведомственных объектах и организациях и динамика их изменения

Осуществлялся еженедельный мониторинг случаев заболевания гриппом в системе МВД России, а также контроль за ходом прививочной кампании. В результате проведенной работы вакцинировано против гриппа 363 133 сотрудника, охват вакцинацией составил 60,6 %.

В рамках подчищающей иммунизации против краснухи в системе МВД России вакцинировано 1712 человек.

Принятые меры по обеспечению санитарно-эпидемиологической безопасности сотрудников, задействованных в охране общественного порядка и обеспечении общественной безопасности в период подготовки и проведения VI Международного арктического форума «Арктика – территория диалога», мероприятий, посвященных празднованию 80-й годовщины Победы в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг., восьмого открытого военно-спортивного сбора «Наследники Победы», XVI Международного экономического форума «Россия – Исламский мир: KazanForum», Кавказского инвестиционного форума, XXVIII Петербургского международного экономического форума, международной конференции по экологии, фестиваля «Таврида.АРТ» и X Восточного экономического форума, позволили предотвратить случаи групповых инфекционных заболеваний (отравлений).

Массового распространения инфекционных заболеваний в органах, организациях и подразделениях системы МВД России в 2025 году не допущено.

Основные направления деятельности в 2026 году

Одним из приоритетных направлений деятельности подразделений, уполномоченных осуществлять надзор, остается обеспечение санитарно-эпидемиологической безопасности при выполнении сотрудниками служебных задач в ходе подготовки и проведения крупных международных и массовых спортивных мероприятий на территории нашей страны.

Планируется продолжить работу по подчищающей иммунизации против краснухи детей и женщин фертильного возраста в соответствии с постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 26 августа 2025 г. № 16.

Необходимо обеспечить поддержание регламентированных уровней охвата прививками – не менее 90 % против кори и краснухи, 95 % против дифтерии, против гриппа не менее 60 % от численности личного состава, а также не менее 75 % среди лиц, относящихся к группам риска (персонал медицинских и образовательных организаций системы МВД России).

3.4. Основные результаты деятельности структурных подразделений учреждений Федеральной службы исполнения наказаний Российской Федерации

Основные результаты выполнения санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий учреждениями Федеральной службы исполнения наказаний, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, за 2025 год

Федеральный государственный санитарно-эпидемиологический контроль (надзор) на объектах уголовно-исполнительной системы Российской Федерации¹⁹, осуществляемый подразделениями ФСИН России, территориальными органами ФСИН России, учреждениями уголовно-исполнительной системы, направлен на предупреждение, обнаружение и пресечение нарушений обязательных требований посредством профилактики нарушений санитарно-эпидемиологических требований²⁰, оценки соблюдения гражданами и организациями обязательных требований, выявления их нарушений, принятия предусмотренных законодательством Российской Федерации мер по пресечению выявленных нарушений обязательных требований, устранению их последствий и (или) восстановлению правового положения, существовавшего до возникновения таких нарушений.

Санитарно-эпидемиологический надзор

Государственной санитарно-эпидемиологической службой Федеральной службы исполнения наказаний в 2025 году осуществлялся государственный санитарно-эпидемиологический надзор за 20 164 объектами УИС, из них: 10 834 – коммунально-бытовые объекты, 1261 – медицинские организации (подразделения), 1116 – образовательные учреждения, 4432 – объекты общественного питания и торговли, 2500 – производственные объекты, 12 – дома ребенка, 9 – детские подростковые объекты (рис. 3.16).

¹⁹ Далее – УИС.

²⁰ Далее – обязательные требования.



Рис. 3.16. Общее количество поднадзорных объектов государственной санитарно-эпидемиологической службы ФСИН России

Предупредительный санитарный надзор осуществлялся за 21 строящимся и реконструируемым коммунально-бытовым объектом (2024 г. – 45), рассмотрено 11 проектов по строительству и реконструкции учреждений УИС (2016 г. – 109, 2017 г. – 130, 2018 г. – 115, 2019 г. – 102, 2020 г. – 87, 2021 г. – 53, 2022 г. – 59, 2023 г. – 46, 2024 г. – 20).

В 2025 году выявлялось несоответствие требованиям санитарного законодательства 299 объектов или 1,5 % от общего числа объектов.

В 2025 году приведено в соответствие санитарно-эпидемиологическим требованиям 246 объектов (1,2 %), в 2024 г. – 365 объектов (1,6 %), из них объектов питания – 49, коммунальных объектов – 120, больничных объектов – 14, амбулаторно-поликлинических объектов – 39, образовательных учреждений – 8, производственных объектов – 15, домов ребенка – 1.

Следует отметить, что с каждым годом снижается доля объектов учреждений УИС, не соответствующих санитарно-эпидемиологическим требованиям. Так, доля таких объектов в период 2016–2025 годов снизилась на 6,1 % (с 7,6 % в 2016 г. до 1,5 % в 2025 г.).

В учреждениях и органах УИС в период 2016–2025 гг. наметилась тенденция к снижению объектов не соответствующих требованиям, а именно: коммунальных объектов на 5,4 % (с 6,3 % в 2016 г. до 0,9 % в 2025 г.), лечебно-профилактических объектов на 5,7 % (с 12,6 % в 2016 г. до 6,9 % в 2025 г.), объектов питания на 7,6 % (с 8,8 % в 2016 г. до 1,2 % в 2025 г.), образовательных объектов на 2,6 % (с 2,9 % в 2016 г. до 0,3 % в 2025 г.), производственных объектов на 5,1 % (с 7,0 % в 2016 г. до 1,9 % в 2025 г.) (табл. 3.6).

Таблица 3.6

Распределение объектов УИС в 2016–2025 гг.

Год	Коммунальные объекты			Лечебно-профилактические объекты			Образовательные объекты		
	Общее количество	Количество несоответствующих объектов	% несоответствующих объектов	Общее количество	Количество несоответствующих объектов	% несоответствующих объектов	Общее количество	Количество несоответствующих объектов	% несоответствующих объектов
2016	12837	803	6,3	1565	197	12,6	1192	34	2,9
2017	13470	560	4,2	1586	174	10,9	1170	19	1,6
2018	12840	356	2,7	1502	146	9,7	1144	19	1,7
2019	12827	362	2,8	1487	163	10,9	1125	16	1,4
2020	12792	303	2,4	1432	124	8,6	1131	32	2,9
2021	12645	215	1,7	1587	97	6,1	1116	10	0,9
2022	12414	164	1,3	1480	118	7,9	1164	1	0,1
2023	12337	228	1,8	1400	108	7,7	1169	5	0,4
2024	11804	184	1,6	1341	98	7,3	1139	5	0,4
2025	10834	105	0,9	1261	88	6,9	1116	3	0,3

Продолжение табл. 3.6

Год	Объекты питания			Производственные объекты			Детские подростковые объекты			Дома ребенка		
	Общее количество	Количество несоответствующих объектов	% несоответствующих объектов	Общее количество	Количество несоответствующих объектов	% несоответствующих объектов	Общее количество	Количество несоответствующих объектов	% несоответствующих объектов	Общее количество	Количество несоответствующих объектов	% несоответствующих объектов
2016	5088	451	8,8	3837	269	7,0	11	0	0	13	1	7,7
2017	5146	284	5,5	3932	200	5,1	11	0	0	13	1	7,7
2018	4934	187	3,8	3912	128	3,3	10	0	0	13	1	7,7
2019	4894	231	4,7	3872	112	2,9	10	0	0	13	2	15,4
2020	4852	191	3,9	3804	78	2,1	10	0	0	13	1	7,7
2021	4602	110	2,4	3876	54	1,4	9	0	0	13	1	7,7
2022	4970	77	1,5	3495	34	0,9	9	0	0	13	1	7,7
2023	5127	113	2,2	3377	51	1,5	9	0	0	12	0	0
2024	4903	77	1,6	3113	52	1,7	9	0	0	12	0	0
2025	4432	55	1,2	2500	48	1,9	9	0	0	12	0	0

Лабораторное санитарно-гигиеническое, микробиологическое обследование окружающей среды

В 2025 году по микробиологическим показателям исследовано проб продовольственного сырья и пищевых продуктов 8590, из них не соответствуют санитарным нормам и правилам 91 (1,1 %), воды – 16 976, из них не соответствуют санитарным нормам и правилам 175 (1,0 %), воздуха – 8833, из них не соответствуют санитарным нормам и правилам 39 (0,4 %), стерильности медицинских материалов и инструментария – 23 026, из них не соответствуют санитарным нормам и правилам 24 (0,1 %), смывов с объектов окружающей среды – 156 570, из них не соответствуют санитарным нормам и правилам 961 (0,6 %). Ежегодное распределение количества лабораторных исследований по микробиологическим показателям с указанием количества выявленных нестандартных проб в период 2016–2025 годов представлено в таблице 3.7.

Сравнительный анализ проведенных лабораторных исследований по микробиологическим показателям показал, что в период 2016–2025 годов отмечается снижение процента нестандартных проб продовольственного сырья и пищевых продуктов в 1,9 раза (с 2,1 % в 2016 г. до 1,1 % в 2025 г.), воды в 3,6 раза (с 3,6 % в 2016 г. до 1,0 % в 2025 г.), воздуха в 3,8 раза (с 1,5 % в 2016 г. до 0,4 % в 2025 г.), стерильности медицинских материалов и инструментария в 4,0 раза (с 0,4 % в 2016 г. до 0,1 % в 2025 г.), смывов с объектов окружающей среды в 3,0 раза (с 1,8 % в 2016 г. до 0,6 % в 2025 г.) (рис. 3.17).

Таблица 3.7

Распределение количества лабораторных исследований по микробиологическим показателям в 2016–2025 гг.

Год	Продовольственное сырье и пищевые продукты			Вода			Воздух			Стерильность материалов и инструментария			Смывы с объектов окружающей среды		
	Общее количество	Количество нестандартных проб	% нестандартных проб	Общее количество	Количество нестандартных проб	% нестандартных проб	Общее количество	Количество нестандартных проб	% нестандартных проб	Общее количество	Количество нестандартных проб	% нестандартных проб	Общее количество	Количество нестандартных проб	% нестандартных проб
2016	16941	351	2,1	18700	663	3,6	9172	137	1,5	21606	76	0,4	155758	2794	1,8
2017	20439	339	1,7	21688	843	3,9	10727	184	1,7	25692	77	0,3	189416	2988	1,6
2018	25250	299	1,2	17934	663	3,7	11938	198	1,7	28481	130	0,5	220958	2218	1,00
2019	13588	206	1,5	19667	350	1,8	13091	110	0,8	31203	90	0,3	235297	2281	1,0
2020	13751	111	0,8	16525	260	1,6	11427	37	0,3	26231	16	0,1	187949	1144	0,6
2021	14607	82	0,6	17160	224	1,3	11435	9	0,1	27473	20	0,1	205042	888	0,4
2022	14883	78	0,5	17699	215	1,2	11977	17	0,1	27502	44	0,2	200793	964	0,5
2023	11704	141	1,2	18121	219	1,2	11425	55	0,5	28817	27	0,1	230059	1160	0,5
2024	11538	108	0,9	17846	201	1,1	10296	47	0,5	26457	52	0,2	218857	1209	0,5
2025	8590	91	1,1	16976	175	1,0	8833	39	0,4	23026	24	0,1	156570	961	0,6

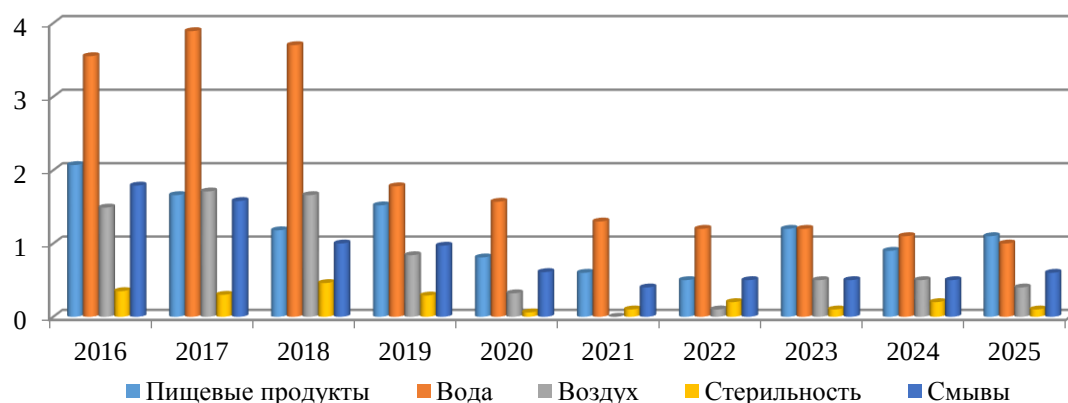


Рис. 3.17. Сравнительный анализ проведенных лабораторных исследований по микробиологическим показателям в период 2016–2025 гг.

В 2025 году по санитарно-химическим показателям исследовано проб воды 6685, из них нестандартных проб 117 (1,75 %); продовольственного сырья и пищевых продуктов – 11 130, из них не отвечали гигиеническим нормативам 152 (1,4 %), исследования дезинфицирующих средств и др. – 80 795, из них нестандартных проб 138 (0,17 %), воздуха закрытых помещений и рабочей зоны объектов учреждений УИС – 963, не отвечали гигиеническим нормативам 0 (0 %).

Количество исследований (измерений) физических факторов окружающей среды в 2025 году составило 166 004, из них не соответствовали нормативным требованиям 6490 (3,9 %). Ежегодное распределение количества лабораторных исследований по санитарно-химическим показателям и физическим факторам с указанием количества выявленных нестандартных проб в период 2016–2025 годов представлено в табл. 3.8.

Таблица 3.8

**Распределение количества лабораторных исследований
по санитарно-химическим показателям и физическим факторам
в 2016–2025 гг.**

Год	Продовольственное сырье и пищевые продукты			Вода			Дезинфицирующие средства			Воздух закрытых помещений и рабочей зоны			Физические факторы окружающей среды		
	Общее количество	Количество проб, не отвечающих нормативам	% нестандартных проб	Общее количество	Количество проб, не отвечающих нормативам	% нестандартных проб	Общее количество	Количество проб, не отвечающих нормативам	% нестандартных проб	Общее количество	Количество проб, не отвечающих нормативам	% нестандартных проб	Общее количество	Количество проб, не отвечающих нормативам	% нестандартных проб
2016	11032	69	0,6	3457	443	12,8	120785	438	0,4	1888	4	0,2	35699	2220	6,2
2017	12449	535	4,3	4253	299	7,03	150063	461	0,3	3644	1	0,1	53516	2747	5,1
2018	22296	319	1,4	5536	204	3,7	158643	414	0,3	7778	35	0,5	87081	4939	5,7
2019	13570	324	2,4	7464	263	3,5	171148	382	0,2	4374	4	0,1	116001	6224	5,4
2020	12553	145	1,2	6337	174	2,8	134609	20	0,01	2565	0	0	86985	2157	2,5
2021	14597	549	3,8	6646	173	2,6	124258	14	0,01	2427	4	0,16	99722	2682	2,7
2022	13089	175	1,3	7468	104	1,4	93691	22	0,02	2011	0	0	75836	4082	5,4
2023	10923	191	1,7	7675	132	1,7	106749	41	0,04	2471	0	0	71319	4851	6,8
2024	10315	188	1,8	8175	141	1,7	111801	15	0,01	2000	0	0	66776	5198	7,8
2025	30710	284	0,9	44246	6047	13,7	91262	138	0,15	757	0	0	166004	6490	3,9

При сравнительном анализе проведенных санитарно-гигиенических лабораторных исследований общее количество исследований воды по физико-химическим показателям увеличилось в 12,8 раза (с 3457 в 2016 г. до 44 246 в 2025 г.), продовольственного сырья и пищевых продуктов в 2,8 раза (с 11 032 в 2016 г. до 30 710 в 2025 г.)

По результатам анализа многолетней динамики количество лабораторно-инструментальных исследований физических факторов окружающей среды за 2025 год увеличилось в 4,7 раза по сравнению с 2016 годом (рис. 3.18).

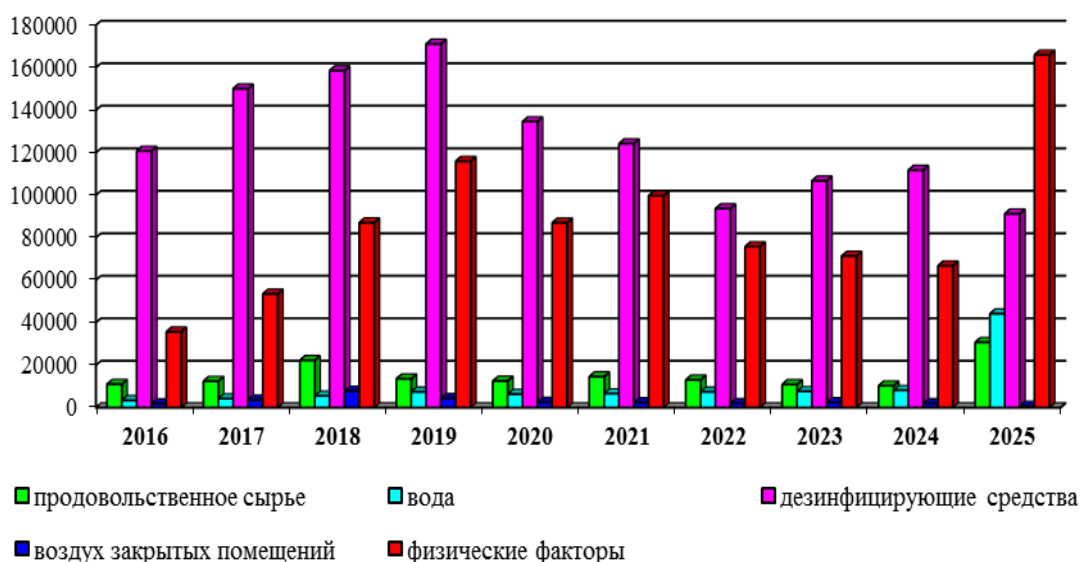


Рис 3.18. Сравнительный анализ проведенных санитарно-гигиенических лабораторных исследований, за период 2016–2025 гг.

В динамике отмечается увеличение процента проб, не отвечающих гигиеническим нормативам по санитарно-химическим показателям: воды в 1,1 раза (с 12,8 % в 2016 году до 13,7 % в 2025 году), продовольственного сырья и пищевых продуктов в 1,5 раза (с 0,6 % в 2016 году до 0,9 % в 2025 году).

На эпидемиологически значимых объектах наблюдается снижение удельного веса санитарно-химических исследований (исследования действующих веществ в дезинфекционных средствах и др.), не соответствующих санитарно-эпидемиологическим требованиям (с 0,36 % в 2016 году до 0,15 % в 2025 году), уменьшение как количества исследований лабораторными и инструментальными методами объектов (воздух рабочей зоны закрытых помещений), так и процента исследований, не отвечающих гигиеническим нормативам: 2016 год – 1888 (0,2 %), 2025 год – 757 (0 %).

Вместе с тем, несмотря на увеличение количества лабораторно-инструментальных исследований физических факторов окружающей среды в сравнении с 2016 годом, удельный вес измерений, не соответствовавших санитарным нормам, снизился с 6,2 % в 2016 году до 3,9 % в 2025 году (рис. 3.19).

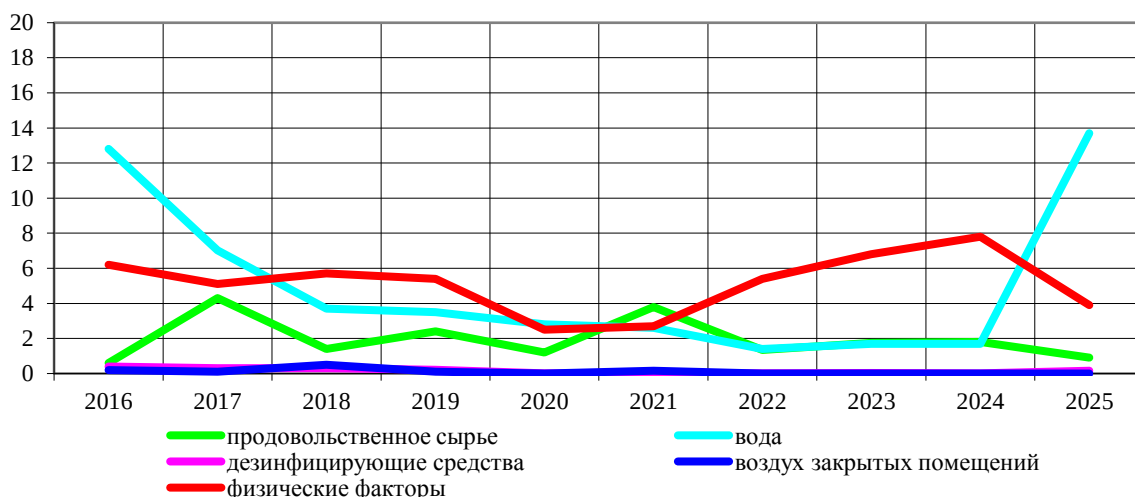


Рис. 3.19. Процент измерений санитарно-гигиенических лабораторных исследований (измерений), не отвечающих нормативным требованиям за период 2016–2025 гг.

Проводится радиационно-гигиеническая паспортизация учреждений ФСИН России. Средняя индивидуальная доза облучения персонала по учреждениям ФСИН России в 2024 году составила 0,64 мЗв (2016 г. – 0,83 мЗв, 2017 г. – 0,71 мЗв, 2018 г. – 0,70 мЗв, 2019 г. – 0,71 мЗв, 2020 г. – 0,74 мЗв, 2021 г. – 0,68 мЗв, 2022 г. – 0,71 мЗв, 2023 г. – 0,76 мЗв), что связано с заменой устаревшего рентгенологического и флюорографического оборудования на более современное.

Анализ инфекционной заболеваемости

По результатам государственного санитарно-эпидемиологического контроля (надзора) установлено, что в период 2016–2025 годов массовых инфекционных и неинфекционных заболеваний (отравлений) среди лиц, содержащихся в учреждениях УИС, и работников УИС не допущено. При этом на контроле госсанэпидслужбы ФСИН России находились ситуации групповой инфекционной заболеваемости, регистрирующейся среди работников УИС и лиц, содержащихся в учреждениях УИС. Своевременное проведение санитарно-противоэпидемических (профилактических) и дезинфекционных мероприятий позволило локализовать и ликвидировать очаги групповой инфекционной заболеваемости в пределах одного инкубационного периода.

В 2025 году в структуре инфекционных и паразитарных болезней, как и на протяжении последних лет (с 2016 по 2025 год), преобладали острые респираторные вирусные инфекции²¹, доля которых составила 57,5 %, ВИЧ-инфекция – 11,1 %, туберкулез – 8,0 %, хронические вирусные гепатиты (ХВГ) (в сумме) – 11,4 %, сифилис – 2,1 %, внебольничные пневмонии – 7,7 %, прочие – 2,2 %.

В 2025 году в учреждениях УИС зарегистрировано 11 528 случаев ОРВИ, показатель заболеваемости составил 3902,9 на 100 тыс. чел., что на 11,6 % выше аналогичного периода прошлого года²² (в 2024 г. – 3498,4 на 100 тыс. чел., 11 710 сл.). В многолетней динамике заболеваемости ОРВИ отмечается снижение показателя заболеваемости в 1,9 раза (с 7437,1 на 100 тыс. чел. в 2016 г. до 3902,9 на 100 тыс. чел. в 2025 г.) (рис. 3.20).

²¹ Далее – ОРВИ.

²² Далее – АППГ.

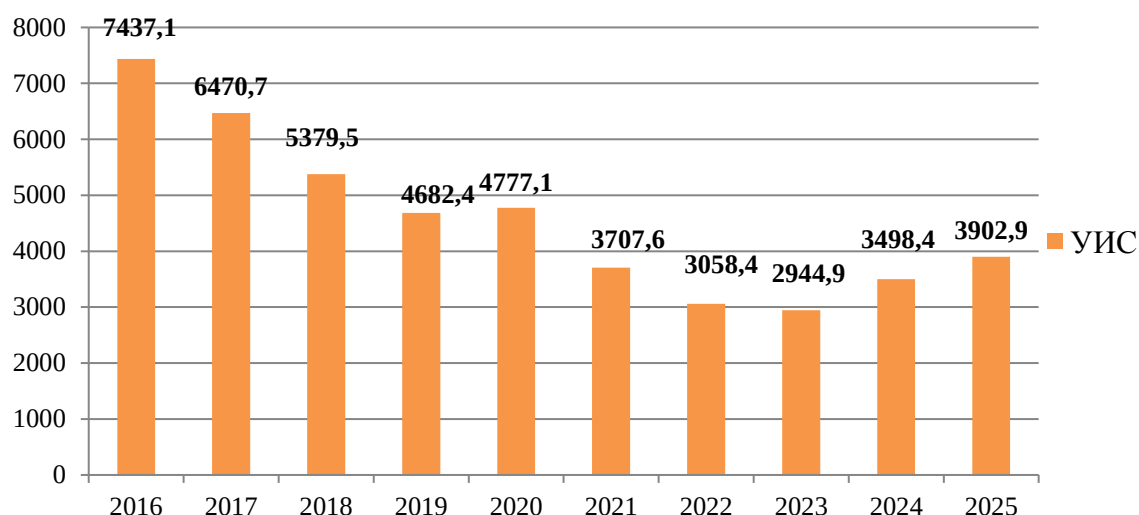


Рис. 3.20. Заболеваемость острыми респираторными вирусными инфекциями верхних дыхательных путей в учреждениях УИС за период 2016–2025 гг. (на 100 тыс. чел.)

Значительный вклад в управлении данными инфекциями вносит вакцинация против гриппа. За последние несколько эпидемических сезонов отмечается увеличение охвата вакцинацией против гриппа. В эпидемическом сезоне 2025–2026 годов охват вакцинацией работников УИС составил 75,5 % (149 482 чел.), лиц, содержащихся в учреждениях УИС, – 63,6 % (185 144 чел.).

О результативности вакцинации против гриппа свидетельствует динамика заболеваемости: при увеличении охвата иммунизацией с 30,9 % в 2016 году до 63,6 % в 2025 году заболеваемость ОРВИ среди лиц, содержащихся в учреждениях УИС, за указанный период снизилась в 2,1 раза (рис. 3.21).

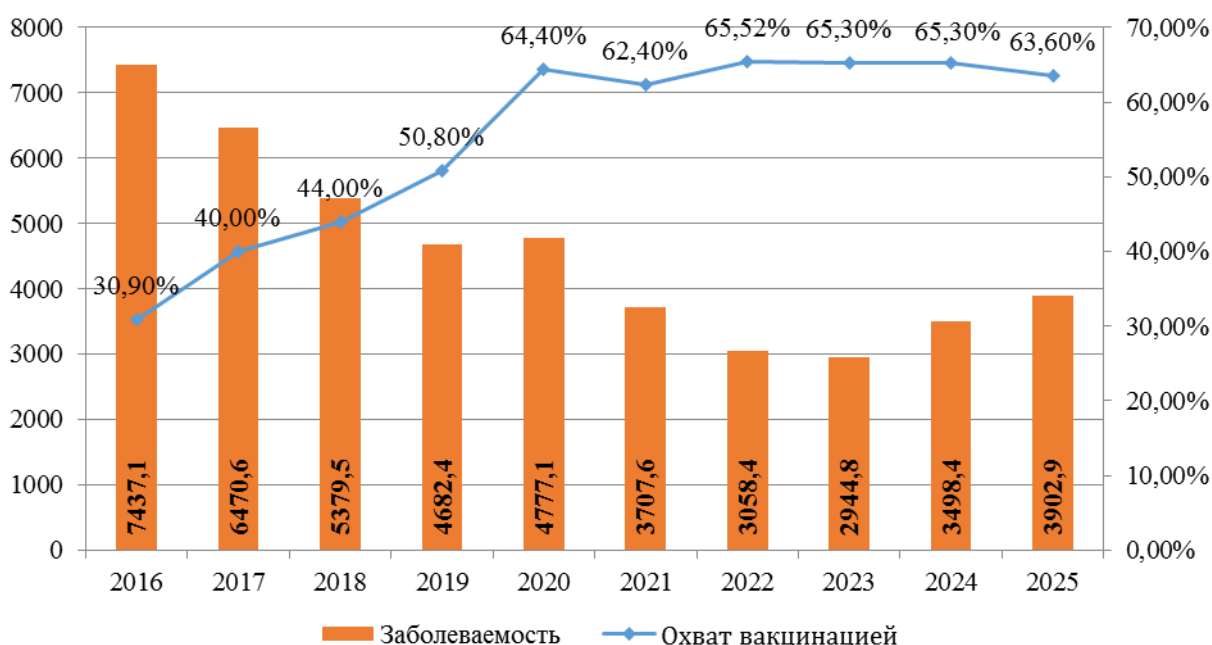


Рис. 3.21. Зависимость динамики заболеваемости ОРВИ от охвата вакцинацией против гриппа лиц, содержащихся в учреждениях УИС, за период 2016–2025 гг.

Среди социально значимых заболеваний в учреждениях УИС не теряет актуальности заболеваемость туберкулезом.

В последние годы наметилась тенденция по снижению заболеваемости туберкулезом среди подозреваемых, обвиняемых и осужденных. В 2025 году среди лиц, содержащихся в учреждениях УИС, зарегистрировано 1602 случая заболевания впервые выявленным туберкулезом, показатель заболеваемости составил 542,4 на 100 тыс. чел. В исправительных учреждениях УИС²³ в 2025 году зарегистрировано 565 случаев заболевания туберкулезом, показатель заболеваемости составил 270,1 на 100 тыс. чел.

Проведение комплекса санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий за последние несколько лет (с 2016 по 2025 год) способствовало постепенному ежегодному снижению заболеваемости туберкулезом в целом по УИС в 1,9 раза (с 1041,1 на 100 тыс. чел. в 2016 г. до 542,4 на 100 тыс. чел. в 2025 г.), по ИУ в 2,4 раза (с 642,4 на 100 тыс. чел. в 2016 г. до 270,1 на 100 тыс. чел. в 2025 г.) (рис. 3.22).

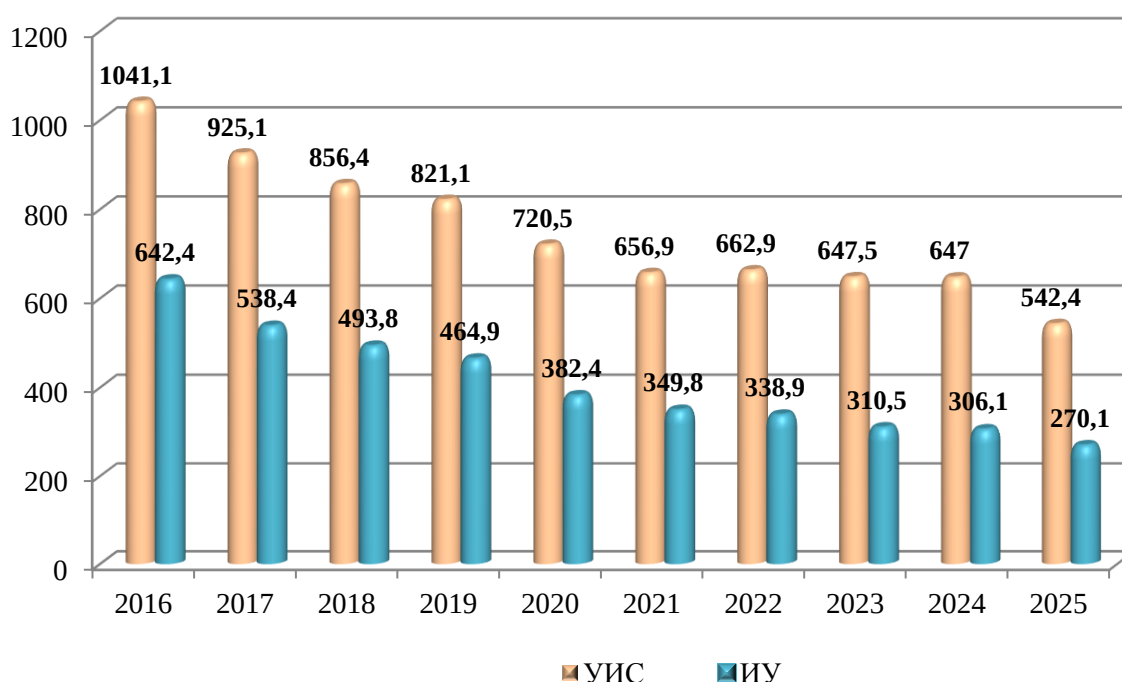


Рис. 3.22. Динамика заболеваемости впервые выявленным туберкулезом в целом по УИС и исправительным учреждениям за период 2016–2025 гг. (на 100 тыс. чел.)

По состоянию на 01.01.2026 в учреждениях УИС содержалось 36 123 больных ВИЧ-инфекцией. В период с 2016 по 2025 год количество больных ВИЧ-инфекцией в учреждениях УИС снизилось на 44,0 %.

С 2016 года по настоящее время наблюдается динамика ежегодного снижения количества лиц, содержащихся в учреждениях УИС, и количества больных ВИЧ-инфекцией в учреждениях УИС (рис. 3.23, 3.24).

²³ Далее – ИУ.

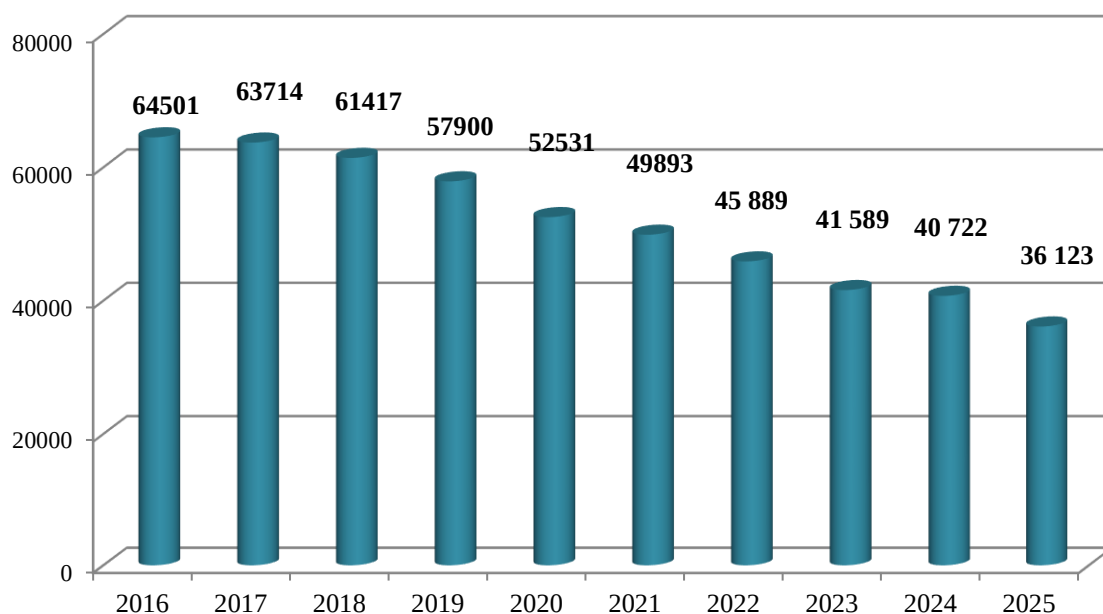


Рис. 3.23. Динамика снижения количества больных ВИЧ-инфекцией в учреждениях УИС за период с 2016–2025 гг. (чел.)

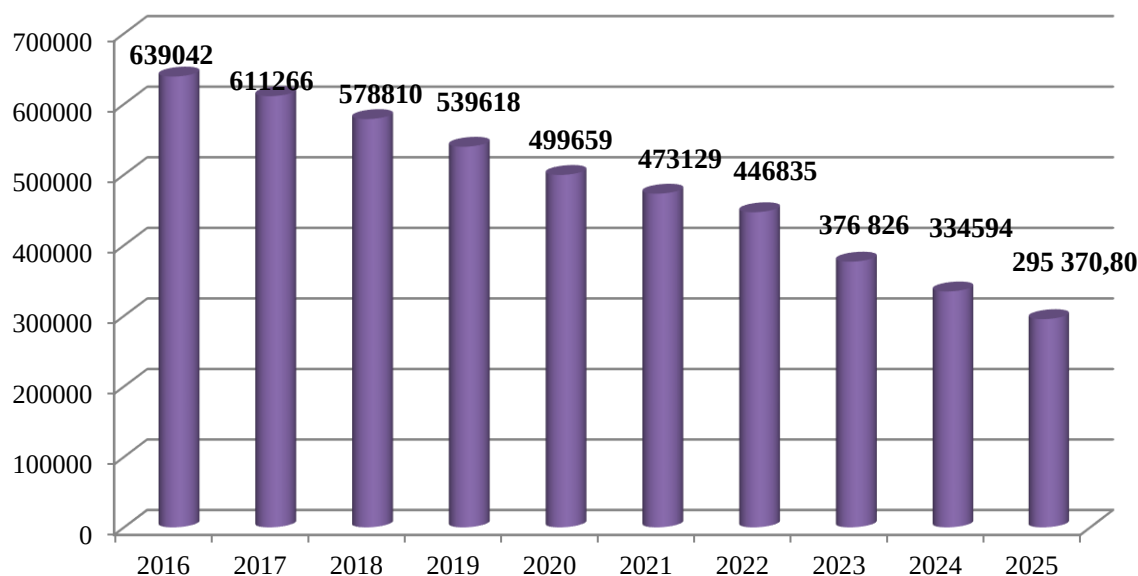


Рис. 3.24 Динамика снижения численности содержащихся в учреждениях УИС за период 2016–2025 гг. (чел.)

За последние несколько лет отмечается положительная динамика охвата больных ВИЧ-инфекцией АРТ с 29,7 % в 2016 г. до 97,1 % в 2025 г. (рис. 3.25).

По состоянию на 01.01.2026 в учреждениях УИС получало АРТ 35 084 чел., что составило 97,1 % от общего числа больных ВИЧ-инфекцией, содержащихся в учреждениях УИС.



Рис. 3.25. Динамика увеличения охвата ВААРТ больных ВИЧ-инфекцией за период 2016–2025 гг., %

В 2025 году на выявление ВИЧ-инфекции обследовано 257 158 чел. из числа подозреваемых, обвиняемых и осужденных (2024 г. – 280 970 чел., 2023 г. – 289 505 чел., 2022 г. – 293 982 чел., 2021 г. – 303 889 чел., 2020 г. – 285 127 чел., 2019 г. – 383 050 чел., 2018 г. – 390 205 чел., 2017 г. – 396 696 чел., 2016 г. – 402 474 чел.), в том числе 15,9 % обследовано по коду «Больные наркоманией» (2024 г. – 14,1 %, 2023 г. – 16,1 %, 2022 г. – 16,1 %, 2021 г. – 14,4 %, 2020 г. – 16,2 %, 2019 г. – 15,3 %, 2018 г. – 17,1 %, 2017 г. – 16,1 %, 2016 г. – 16,2 %).

Из 2222 впервые выявленных больных ВИЧ-инфекцией 732 человека (32,9 %) были выявлены при обследовании по коду «Больные наркоманией» (2024 г. – 1057, 2023 г. – 1217, 2022 г. – 1639, 2021 г. – 1743, 2020 г. – 1842, 2019 г. – 2803, 2018 г. – 3825, 2017 г. – 4938, 2016 г. – 5733);

49 человек (2,2 %) – «Больные с заболеваниями, передающимися половым путем» (2024 г. – 125, 2023 г. – 205, 2022 г. – 193, 2021 г. – 263, 2020 г. – 244, 2019 г. – 249, 2018 г. – 447, 2017 г. – 327, 2016 г. – 331);

3 человека (0,1 %) – «Гомо- и бисексуалы» (2024 г. – 14, 2023 г. – 8, 2022 г. – 11, 2021 г. – 3, 2020 г. – 3, 2019 г. – 36, 2018 г. – 34, 2017 г. – 20, 2016 г. – 6);

5 человек (0,2 %) – «Беременные» (2024 г. – 3, 2023 г. – 5, 2022 г. – 7, 2021 г. – 4, 2020 г. – 8, 2019 г. – 16, 2018 г. – 12, 2017 г. – 10, 2016 г. – 15);

90 человек (4,1 %) – «Обследование по клиническим показаниям» (2024 г. – 129, 2023 г. – 167, 2022 г. – 212, 2021 г. – 212, 2020 г. – 206, 2019 г. – 301, 2018 г. – 417, 2017 г. – 594, 2016 г. – 585);

1343 человека (60,4 %) – «Прочие» (2024 г. – 2032, 2023 г. – 2314, 2022 г. – 2888, 2021 г. – 2780, 2020 г. – 2569, 2019 г. – 3696, 2018 г. – 4145, 2017 г. – 4710, 2016 г. – 4434) (рис. 3.26).

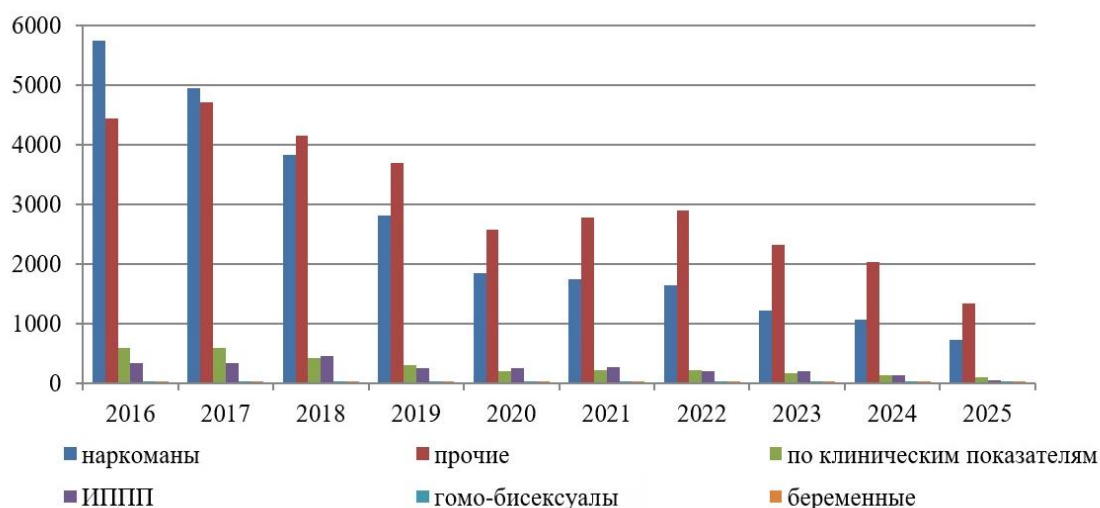


Рис. 3.26. Распределение выявленных больных ВИЧ-инфекцией из числа обследованных по категориям за 2016–2025 гг.

Научно-методическое обеспечение государственной санитарно-эпидемиологической службы ФСИН России осуществляется совместно с Федеральным казенным учреждением «Научно-исследовательский институт Федеральной службы исполнения наказаний».

Выполнение мероприятий, предусмотренных Планом мероприятий по реализации положений Концепции развития уголовно-исполнительной системы Российской Федерации на период до 2030 года, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 29.04.2021 № 1138-р (далее – Концепция развития УИС), а также усиление государственного санитарно-эпидемиологического (контроля) надзора в комплексе позволили достигнуть улучшения ряда санитарно-эпидемиологических показателей:

- снизить количество объектов УИС, в целом не отвечающих требованиям санитарного законодательства, на 6,1 % (с 7,6 % в 2016 г. до 1,5 % в 2025 г.);

- не допустить в учреждениях УИС среди подозреваемых, обвиняемых и осужденных, личного состава, детей, находящихся в филиалах «Дом ребенка» ФКУЗ МСЧ ФСИН России, отдыхающих в детских оздоровительных лагерях и базах отдыха территориальных органов ФСИН России, массовых инфекционных и неинфекционных заболеваний (отравлений);

- снизить показатели заболеваемости по отдельным нозологиям, в том числе туберкулезом;

- увеличить процент охвата вакцинацией против гриппа подозреваемых, обвиняемых, осужденных и работников УИС;

- увеличить охват ВААРТ;

- повысить уровень информированности лиц, содержащихся в учреждениях УИС, работников УИС о мерах профилактики инфекционных заболеваний, в том числе ВИЧ-инфекции, туберкулеза.

Профилактические меры

Во исполнение положений Концепции развития УИС в территориальных органах ФСИН России осуществляется реализация комплекса мероприятий, направленных на укрепление системы медико-санитарного обеспечения подозреваемых, обвиняемых и осужденных, на снижение заболеваемости социально обусловленными и

инфекционными заболеваниями, снижение поддающихся изменению факторов риска инфекционных и неинфекционных заболеваний и повышение мотивации здорового образа жизни.

Кроме того в целях совершенствования ведомственного контроля за обеспечением инфекционной безопасности в учреждениях УИС, направленной на профилактику и предупреждение распространения социально значимых заболеваний ФСИН России создана и реализуется «Комплексная программа по совершенствованию ведомственного контроля за обеспечением инфекционной безопасности в учреждениях уголовно-исполнительной системы Российской Федерации, направленной на профилактику и предупреждение распространения социально значимых заболеваний среди лиц, содержащихся в учреждениях уголовно-исполнительной системы Российской Федерации, на 2024–2029 годы», утвержденная распоряжением ФСИН России от 27.03.2024 № 35-р²⁴. Выполнение мероприятий Программы позволит снизить показатели заболеваемости по отдельным нозологическим формам, в том числе туберкулезом, инфекциями передающимися половым путем и другими, повысить охват иммунизацией подозреваемых, обвиняемых, осужденных и работников УИС от вакциноуправляемых инфекций.

Реализация данных мероприятий способствует усилению работы по совершенствованию комплекса противозидемических и лечебно-диагностических мероприятий, направленных на профилактику возникновения и распространения инфекционных заболеваний в учреждениях УИС, обеспечит создание безопасных в эпидемиологическом отношении условий труда работников УИС.

3.5. Основные результаты деятельности структурных подразделений Федеральной службы войск национальной гвардии Российской Федерации

Задачи и направления деятельности по обеспечению санитарно- эпидемиологического благополучия населения в подведомственных объектах и учреждениях

Федеральный государственный санитарно-эпидемиологический контроль (надзор) на объектах Федеральной службы войск национальной гвардии Российской Федерации и объектах, занимаемых войсками национальной гвардии Российской Федерации, направлен на предупреждение, обнаружение и пресечение нарушений санитарно-эпидемиологических требований посредством профилактики нарушений обязательных требований, оценки соблюдения гражданами и организациями обязательных требований, выявления их нарушений, принятия предусмотренных законодательством Российской Федерации мер по пресечению выявленных нарушений обязательных требований, устранению их последствий и (или) восстановлению правового положения, существовавшего до возникновения таких нарушений.

Анализ состояния среды обитания с выделением приоритетных факторов среды обитания, формирующих негативные тенденции в состоянии здоровья подведомственного контингента

В отчетный период удельный вес исследованных проб воды на объектах хозяйственно-питьевого водоснабжения, не отвечающих гигиеническим нормативам по микробиологическим показателям, составил 0,4 %.

²⁴ Далее – Программа.

Справочно: в 2025 году исследовано 2523 исследования воды питьевой на соответствие гигиеническим нормативам по микробиологическим показателям, из которых 9 проб не отвечают гигиеническим нормативам.

В подразделениях и организациях, использующих источники ионизирующего излучения, аварийных ситуаций не зарегистрировано. Случаев превышения основных пределов доз для персонала в организациях не зарегистрировано. Проведена радиационно-гигиеническая паспортизация всех организаций, эксплуатирующих медицинские источники ионизирующего излучения.

Анализ состояния заболеваемости подведомственного контингента массовыми неинфекционными заболеваниями (отравлениями) и заболеваниями, обусловленными воздействием факторов среды обитания

В структуре общей заболеваемости военнослужащих и сотрудников войск национальной гвардии Российской Федерации за период с 2016 по 2025 год основную долю (рис. 3.27) составляют:

- болезни органов дыхания – 49 %;
- болезни костно-мышечной системы – 11 %;
- болезни органов пищеварения – 8 %;
- болезни кожи и подкожной клетчатки – 6 %;
- инфекционные болезни – 2 %;
- другие нозологии – 24 %.

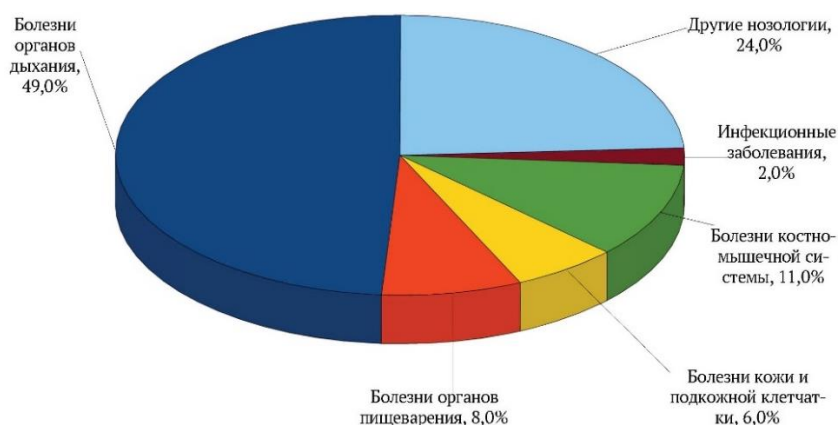


Рис. 3.27. Структура общей заболеваемости с 2016 по 2025 год

Сведения о профессиональной заболеваемости подведомственного контингента: динамика за 2016–2025 годы – структура профессиональной заболеваемости, потери в связи с утратой трудоспособности, проблемы и неопределенности при оценке вклада факторов производственной среды и трудового процесса

Случаев профессиональных заболеваний в войсках национальной гвардии Российской Федерации за 2016–2025 годы не зарегистрировано.

Сведения об инфекционной и паразитарной заболеваемости подведомственного контингента

Уровень заболеваемости некоторыми инфекционными и паразитарными болезнями личного состава войск национальной гвардии в период с 2016 по 2025 год снизился с 1846,65 на 100 тыс. до 607,02 на 100 тыс. (рис. 3.28).

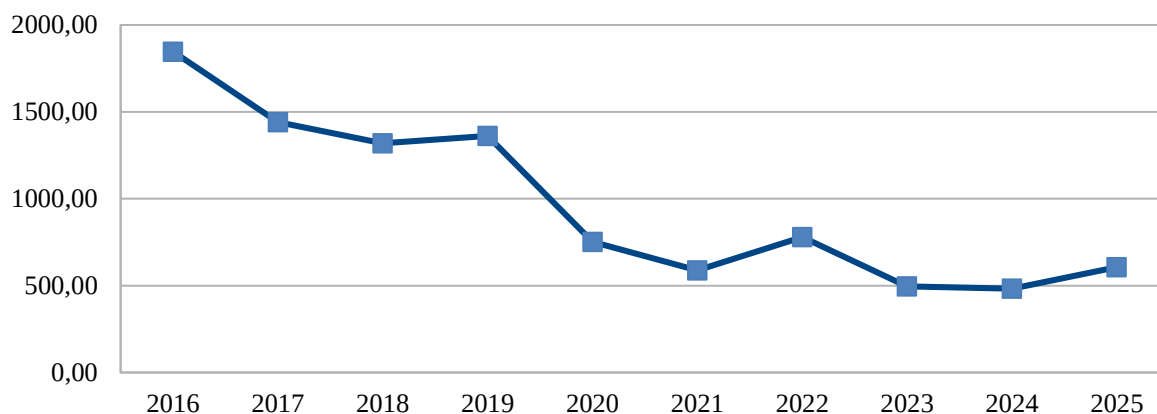


Рис. 3.28. Динамика заболеваемости некоторыми инфекционными и паразитарными болезнями с 2016 по 2025 год (на 100 тыс.)

В 2025 году заболеваемость некоторыми инфекционными и паразитарными болезнями выросла на 25 % и составила 607,02 на 100 тыс. по сравнению с 2024 годом 482,51 на 100 тыс.

В период с 2016 по 2025 год структуру инфекционной заболеваемости составляли (рис. 3.29):

- микозы – 39 %;
- ветряная оспа – 36 %;
- вирус простого герпеса – 12 %;
- ОКИ – 4 %;
- другие нозологии – 9 %.



Рис. 3.29. Структура некоторых инфекционных и паразитарных болезней за период 2016–2025 гг. (на 100 тыс.)

Среди инфекционных заболеваний наиболее значимыми являются заболевания ветряной оспой и микозами. При этом в 2025 году доля заболеваемости микозами составила 39 %, ветряной оспой 36 %.

С 2016 по 2025 год зарегистрировано снижение заболеваемости ветряной оспой (рис. 3.30) с 762,35 на 100 тыс. до 105,09 на 100 тыс.

В 2025 году заболеваемость ветряной оспой снизилась на 21 % и составила 105,09 на 100 тыс. (2024 г. – 132,43 на 100 тыс.).

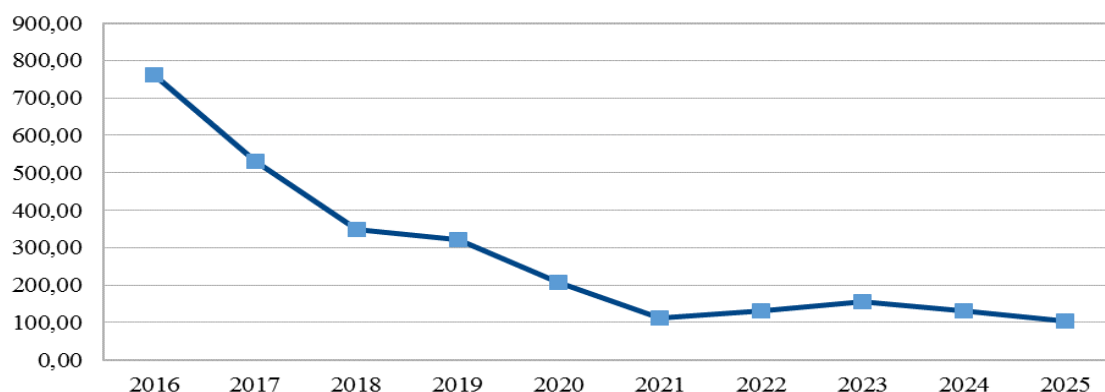


Рис. 3.30. Динамика заболеваемости ветряной оспой с 2016 по 2025 год (на 100 тыс.)

С 2016 по 2025 год зарегистрировано снижение заболеваемости микозами (рис. 3.31) с 696,83 на 100 тыс. до 115,06 на 100 тыс.

В 2025 году заболеваемость микозами снизилась на 3 % – 115,06 на 100 тыс. (2024 г. – 118,39 на 100 тыс.).

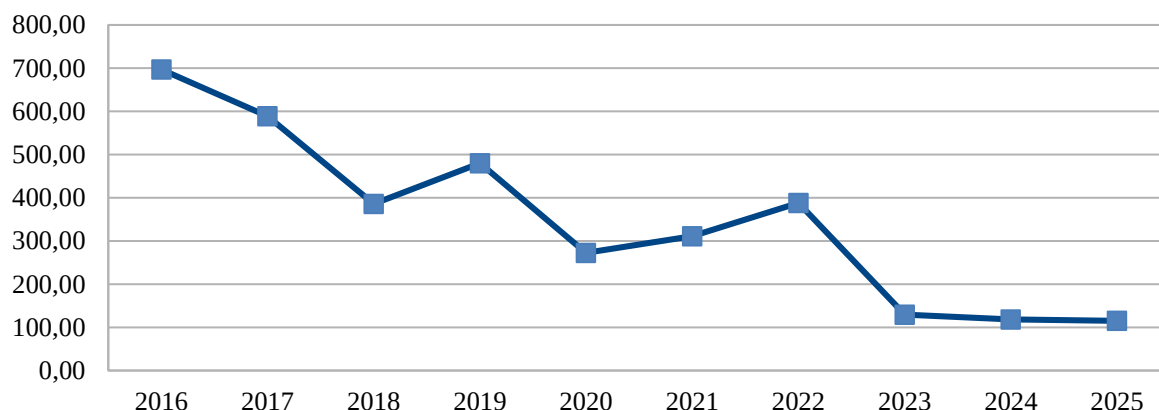


Рис. 3.31. Динамика заболеваемости микозами с 2016 по 2025 год (на 100 тыс.)

С 2016 по 2025 год зарегистрировано незначительное снижение заболеваемости ОКИ (рис. 3.32) – с 54,18 на 100 тыс. до 50,94 на 100 тыс.

В 2025 году по сравнению с 2024 годом заболеваемость ОКИ повысилась на 43 % и составила 50,94 на 100 тыс. (2024 г. – 32,49 на 100 тыс.). При этом очагов групповой и массовой заболеваемости ОКИ не зарегистрировано, отмечаются единичные, не взаимосвязанные случаи заболеваний.

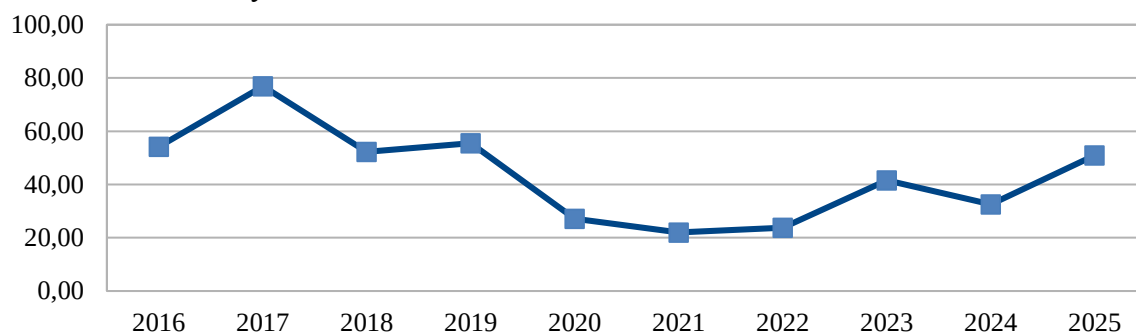


Рис. 3.32. Динамика заболеваемости ОКИ с 2016 по 2025 год (на 100 тыс.)

С 2016 по 2025 год зарегистрирован незначительный рост заболеваемости корью с 0 на 100 тыс. до 1,78 на 100 тыс., наибольшая заболеваемость выявлена в 2018 году 136,03 на 100 тыс. (рис. 3.33). При этом в 2025 году регистрировались единичные случаи заболеваемости корью среди военнослужащих по контракту и сотрудников, заболевших, несмотря на отметки о вакцинации.

В 2018 году наблюдался рост заболеваемости корью, обусловленный заболеваемостью военнослужащих, проходящих военную службу по призыву, не вакцинированных до призыва, прибывших из Московской области, г. Москвы, Республики Дагестан, Республики Ингушетия.

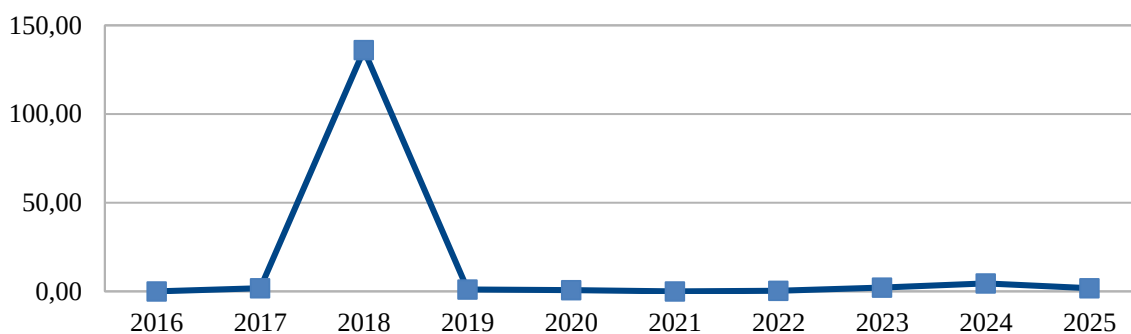


Рис. 3.33. Динамика заболеваемости корью с 2016 по 2025 год (на 100 тыс.)

Заболеваемость личного состава войск национальной гвардии болезнями кожи и подкожной клетчатки также снизилась в период с 2016 по 2025 год с 6146,06 на 100 тыс. до 2599,09 на 100 тыс. (рис. 3.34).

В 2025 году заболеваемость болезнями кожи и подкожной клетчатки составила 2599,09 на 100 тыс., что на 15 % ниже, чем в 2024 году (3082,11 на 100 тыс.).

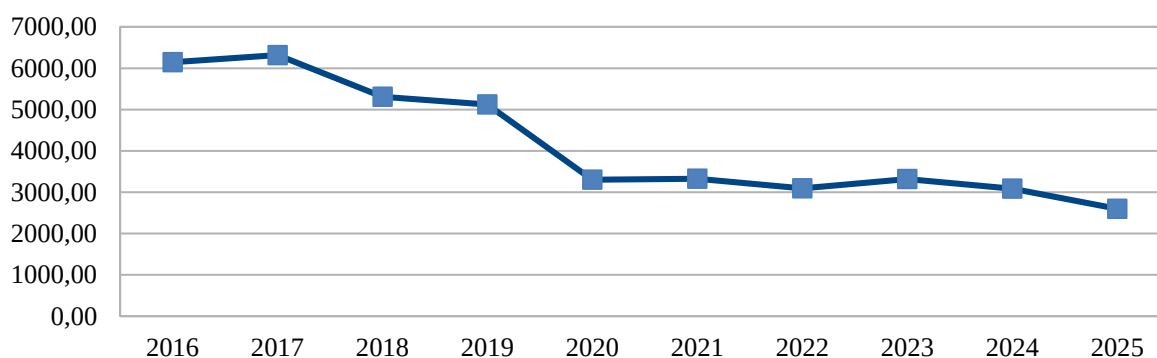


Рис. 3.34. Динамика заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки с 2016 по 2025 год (на 100 тыс.)

Уровень заболеваемости по X классу болезней (Болезни органов дыхания) (рис. 9) в многолетней динамике сохраняется стабильным с небольшими подъемами и снижениями в различные годы. Ежегодно в войсках национальной гвардии проводится вакцинация против гриппа с целью подготовки к эпидемическому сезону заболеваемости. В 2025 году охват вакцинацией против гриппа составил более 80 %.

Заболеваемость болезнями органов дыхания в 2025 году составила 20 669,44 на 100 тыс., что на 22 % ниже, чем в 2024 году (26 642,34 на 100 тыс.).

В структуре заболеваемости X класса (Болезни органов дыхания) основную долю в среднем с 2016 по 2025 год составляют (рис. 3.35):

- ОРИ вдп – 78 %;
- тонзиллиты – 8 %;

- пневмонии – 2 %;
- прочие – 12 %.

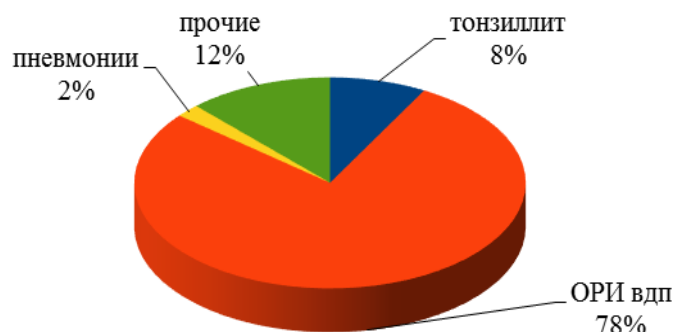


Рис. 3.35. Средний удельный вес в структуре заболеваемости болезнями органов дыхания (X класс) с 2016 по 2025 год (на 100 тыс.)

В 2025 году заболеваемость ОРИ составила 16 031,98 на 100 тыс., что на 15 % ниже, чем в 2024 году 18 959,47 на 100 тыс. (рис. 11).

В 2025 году заболеваемость внебольничными пневмониями составила 449,57 на 100 тыс., что на 12 % выше, чем в 2024 году 400,47 на 100 тыс. (рис. 12).

В 2025 году в войсках национальной гвардии заболеваемость новой коронавирусной инфекцией регистрировалась на уровне 49,87 на 100 тыс., что составило 0,12 % от общей заболеваемости за отчетный год. В сравнении с 2024 годом (162,24 на 100 тыс.) заболеваемость снизилась на 31 %. Заболеваемость новой коронавирусной инфекцией в войсках национальной гвардии характеризовалась регистрацией спорадических случаев в структурных подразделениях.

В целях раннего и своевременного выявления случаев заболевания новой коронавирусной инфекцией и проведения санитарно-профилактических (противоэпидемических) мероприятий развернуты и продолжают функционировать лаборатории в Северо-Кавказском, Южном, Уральском федеральных округах, в г. Москве на базе которых в 2025 году проведено более 10 900 ПЦР-исследований биологического материала.

Научно-методическое обеспечение федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора в уполномоченной сфере деятельности

В целях своевременной организации контрольной (надзорной) деятельности в войсках национальной гвардии Российской Федерации в 2025 году издан 541 распорядительный документ.

Основные результаты и показатели, обеспечивающие решение задач санитарно-эпидемиологического благополучия населения на подведомственных объектах и организациях

Результатами выполнения задач, направленных на предупреждение, обнаружение и пресечение нарушений санитарно-эпидемиологических требований посредством профилактики нарушений обязательных требований, оценки соблюдения гражданами и организациями обязательных требований, выявления их нарушений, принятия предусмотренных законодательством Российской Федерации мер по пресечению выявленных нарушений обязательных требований, устранению их последствий и (или) восстановлению правового положения, существовавшего до возникновения таких нарушений, является отсутствие среди личного состава войск национальной гвардии

Российской Федерации массовых инфекционных и неинфекционных заболеваний, что позволяет качественно выполнять задачи, определенные Федеральным законом от 3 июля 2016 г. № 226-ФЗ «О войсках национальной гвардии Российской Федерации».

**Проблемные вопросы, перспективы и меры по их решению,
прогноз состояния санитарно-эпидемиологического благополучия
в подведомственных объектах и организациях**

Проблемными вопросами в поддержании санитарно-эпидемиологического благополучия являются:

- низкий (менее 50 %) охват лиц, подлежащих призыву на военную службу, профилактическими прививками, предусмотренными национальным календарем профилактических прививок и календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям;

- несмотря на решения, принятые в рамках выполнения пункта 3.1 протокола межведомственного совещания в Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 9 июля 2024 г. № 11/5-2024 дсп, по настоящее время сохраняются проблемы в проведении лабораторных исследований проб воды в местах выполнения войсками национальной гвардии задач Специальной военной операции на территориях Донецкой и Луганской Народных Республик, Херсонской и Запорожской областей в лабораториях, подведомственных Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Предложения по устранению вышеизложенных проблем:

- усиление контроля (надзора) за охватом вакцинацией лиц, подлежащих призыву на военную службу в субъектах Российской Федерации;

- оказание практической помощи в проведении лабораторных исследований проб воды на базах подведомственных лабораторий Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека на территориях Донецкой и Луганской Народных Республик, Херсонской и Запорожской областей.

**3.6. Основные результаты деятельности структурных подразделений
Министерства обороны Российской Федерации**

Анализ состояния среды обитания

Мониторинг качества среды обитания и оценка состояния санитарно-эпидемиологического благополучия в объединениях, соединениях и воинских частях Министерства обороны Российской Федерации в 2025 году обеспечили своевременное и действенное принятие эффективных и результативных управленческих решений по снижению риска отрицательного воздействия факторов внешней среды обитания на здоровье военнослужащих. Реализованы на практике методические рекомендации для организации и осуществления санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на локализацию и ликвидацию очагов инфекционных заболеваний. Проводится постоянный и всесторонний мониторинг и контроль (надзор) за организацией размещения, питания, водоснабжения, банно-прачечного обслуживания и труда военнослужащих.

Питание личного состава войсковых частей и организаций Министерства обороны Российской Федерации осуществляется в соответствии с государственным контрактом на оказание данного вида услуг на условиях аутсорсинга ООО «РБЕ» и его филиалами.

За период с 2016 по 2025 год проведено более 419 519 исследований продовольственного сырья и пищевых продуктов по различным показателям (рис. 3.36),

среди которых наиболее выделяются следующие показатели: санитарно-химические и микробиологические.

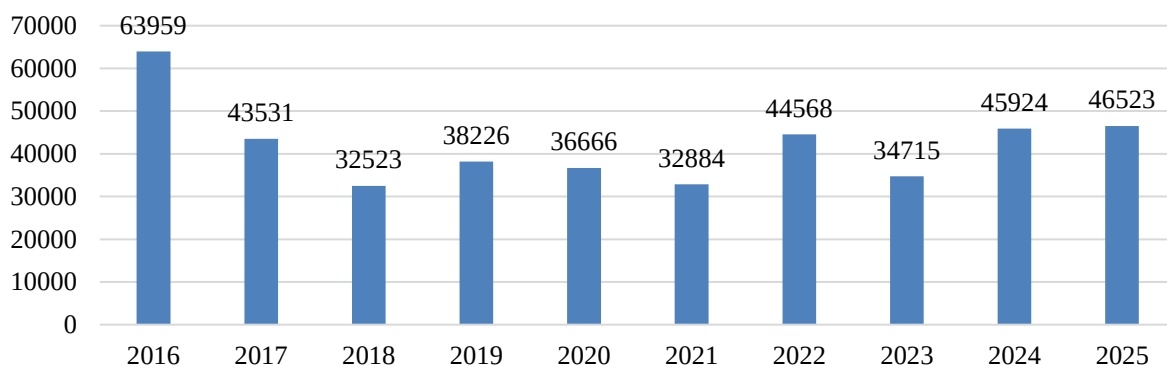


Рис. 3.36. Количество исследований продовольственного сырья и пищевых продуктов в Вооружённых силах Российской Федерации

По результатам мониторинга качества и безопасности пищевых продуктов и продовольственного сырья, используемых при организации питания в Вооружённых силах Российской Федерации (далее – ВС РФ) установлено, что в период с 2016 по 2025 год имеется тенденция к снижению неудовлетворительных проб и исследований по санитарно-химическим и микробиологическим показателям. За 2016 г. проведено 63 959 исследований, из них неудовлетворительные по санитарно-химическим показателям 28,41 %, за 2025 г. – 2,89 %. Неудовлетворительные исследования по микробиологическим показателям: в 2016 г. – 8,21 %, в 2025 г. – 4,72 % (рис. 3.37).

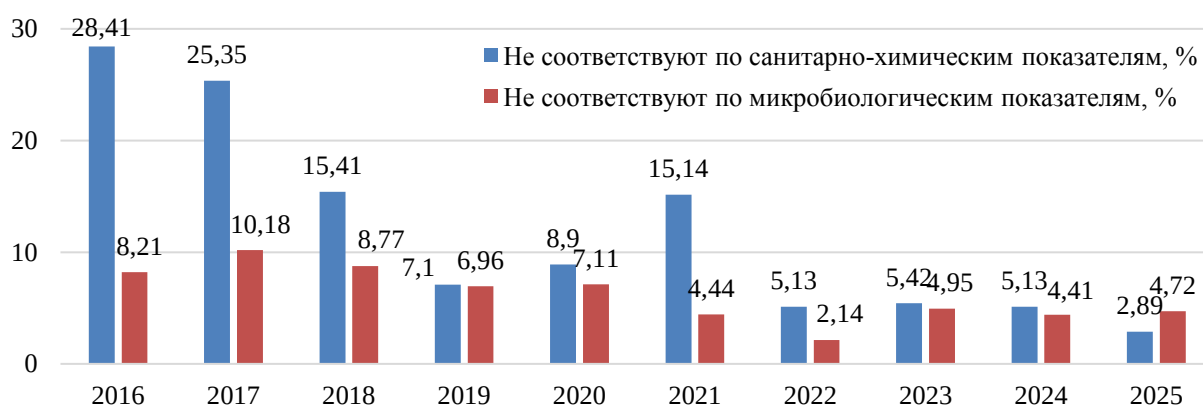


Рис. 3.37. Удельный вес проб продовольственного сырья и пищевых продуктов, не соответствующих обязательным требованиям по санитарно-химическим показателям и микробиологическим показателям за 2016–2025 гг., %

В динамике с 2016 по 2025 гг. частичный рост доли проб, не соответствующих обязательным требованиям по санитарно-химическим показателям, наблюдался в 2021 г. на фоне снижения общего количества исследований при организации питания в ВС РФ, что объясняется постпандемийной ситуацией по стране в целом.

При этом качество и безопасность пищевых продуктов и продовольственного сырья, используемых при организации питания в ВС РФ, а также санитарное состояние объектов питания улучшается. На это влияет наличие современного технологического оборудования (позапная замена устаревшего оборудования), механизация технологических процессов производства, соблюдение принципа товарного соседства, наличие холодильного оборудования, соблюдение правил транспортирования

различных видов продуктов, сроков годности, профессиональная подготовка персонала, соблюдение ими правил личной гигиены.

Анализ состояния заболеваемости подведомственного контингента массовыми неинфекционными заболеваниями (отравлениями), обусловленными воздействием факторов внешней среды

Случаев массовых отравлений военнослужащих за период с 2016 по 2025 год не зарегистрировано.

Заболеваемость пищевыми токсикоинфекциями (далее – ПТИ) с 2020 года имеет выраженную тенденцию к снижению (рис. № 3).

Многолетняя динамика (рис. 3.38) характеризуется подъемом заболеваемости ПТИ в 2017–2019 гг. с последующим устойчивым снижением показателей. В последние годы наблюдается благополучная эпидемиологическая ситуация по заболеваемости ПТИ за счет постоянного мониторинга и контроля (надзора) за организацией всестороннего обеспечения личного состава ВС РФ.

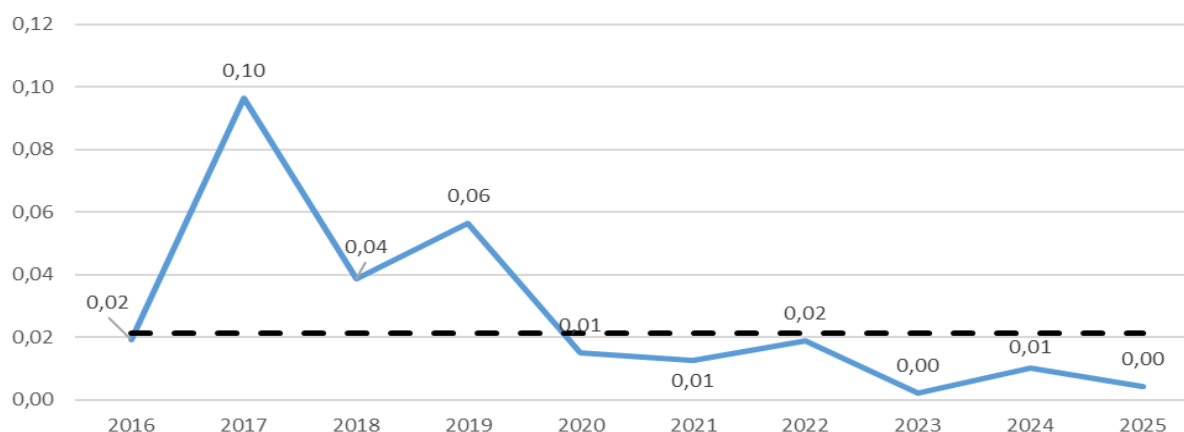


Рис. 3.38. Уровень заболеваемости среди военнослужащих пищевыми токсикоинфекциями (2016–2025 гг., ‰)

Сведения о профессиональной заболеваемости подведомственного контингента

В период с 2016 по 2025 год случаи профессиональной заболеваемости подведомственного контингента не регистрировались, за исключением летальных исходов от заболеваний новой коронавирусной инфекцией среди медицинского персонала лечебно-профилактических организаций (2020 г. – 9, 2021 г. – 5, 2023 г. – 2).

Сведения об инфекционной и паразитарной заболеваемости подведомственного контингента

Анализ динамики инфекционной заболеваемости за период с 2016 по 2025 год показывает выраженную тенденцию к снижению показателей.

Начиная с 2021 года отмечается более выраженное снижение показателей. Минимальное значение за весь анализируемый период зарегистрировано в 2023 году. В последующие годы наблюдается незначительный прирост показателя, однако уровень заболеваемости остается существенно ниже значений предыдущих лет.

В сравнении со среднемноголетним показателем уровень инфекционной заболеваемости имеет стойкую тенденцию к снижению, что видно на рис. 3.39.

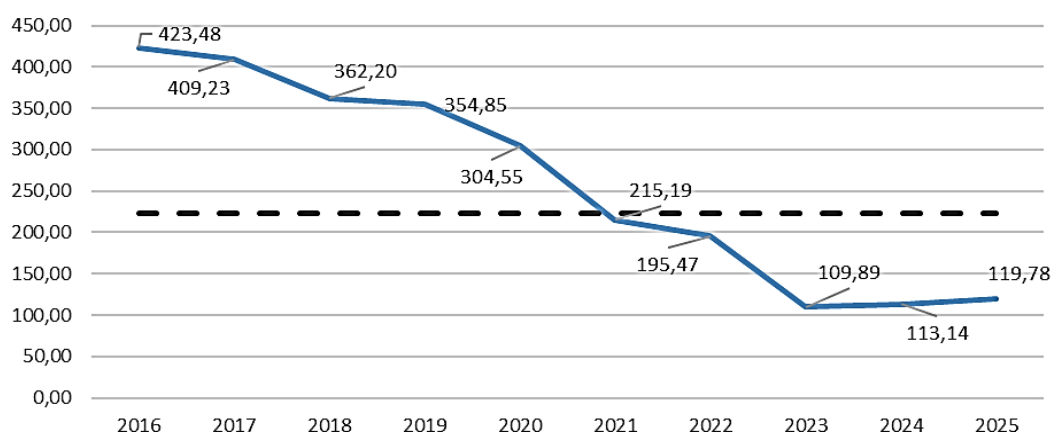


Рис. 3.39. Уровень инфекционной заболеваемости среди военнослужащих (2016–2025 гг., %)

Для снижения инфекционной заболеваемости в ВС РФ с целью улучшения среды обитания и здоровья личного состава проводится комплекс санитарно-профилактических (противоэпидемических) мероприятий:

- медицинский контроль (надзор) за организацией размещения, питания, водообеспечения, банно-прачечного обслуживания, медицинского обеспечения раненых и больных, соблюдением противоэпидемического режима в медицинских подразделениях;
- проведение санитарно-гигиенических и микробиологических исследований, мониторинг природно-очаговых и опасных инфекций;
- вакцинация личного состава против актуальных инфекций, ПЦР и экспресс-тестирование;
- проведение дезинфекционных мероприятий в местах размещения подразделений, гигиеническая помывка и санитарная обработка раненых и больных.

Научно-методическое обеспечение

Научно-методическое обеспечение деятельности федерального государственного санитарно-эпидемиологического контроля (надзора) на объектах Министерства обороны Российской Федерации в 2025 году было направлено на профилактику актуальных инфекционных и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений), а также разработку новых подходов при проведении контрольных (надзорных) мероприятий, анализ рисков и совершенствование эпидемиологического надзора, решение актуальных проблем в области гигиены, методов лабораторной диагностики инфекционных заболеваний и других инновационных направлений профилактической медицины.

Основные результаты и показатели

Увеличение количества профилактических мероприятий (информирования, консультирования, самообследования и профилактических визитов) на поднадзорных объектах позволило существенно снизить количество нарушений санитарного законодательства в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия военнослужащих при проведении плановых контрольных (надзорных) мероприятий.

Проблемные вопросы, перспективы и меры по их решению, прогноз состояния санитарно-эпидемиологического благополучия

В ВС РФ сохраняется тенденция к снижению заболеваемости военнослужащих. Полная комплексная реализация в ВС РФ потенциала профилактических мер с акцентом на проблемные воинские части и соединения позволит закрепить положительную динамику и обеспечить в ближайшей перспективе формирование устойчивого санитарно-эпидемиологического благополучия в войсках (силах).

Раздел 4. Достигнутые результаты улучшения санитарно-эпидемиологической обстановки, имеющиеся проблемные вопросы при обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия и намечаемые меры по их решению

4.1. Достигнутые результаты и прогноз улучшения качества среды обитания и состояния здоровья населения, оценка предотвращенных экономических потерь валового внутреннего продукта, связанных с неблагоприятным воздействием факторов среды обитания

По данным социально-гигиенического мониторинга число принятых управленческих решений по результатам анализа санитарно-эпидемиологической обстановки и оценки риска для здоровья населения в 2025 году составило 3093 и за десятилетний период выросло на 6 %. Доля финансируемых управленческих решений составила 68,4 %.

Структура реализованных управленческих решений по приоритетным направлениям обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения в 2025 году приведена на рис. 4.1.

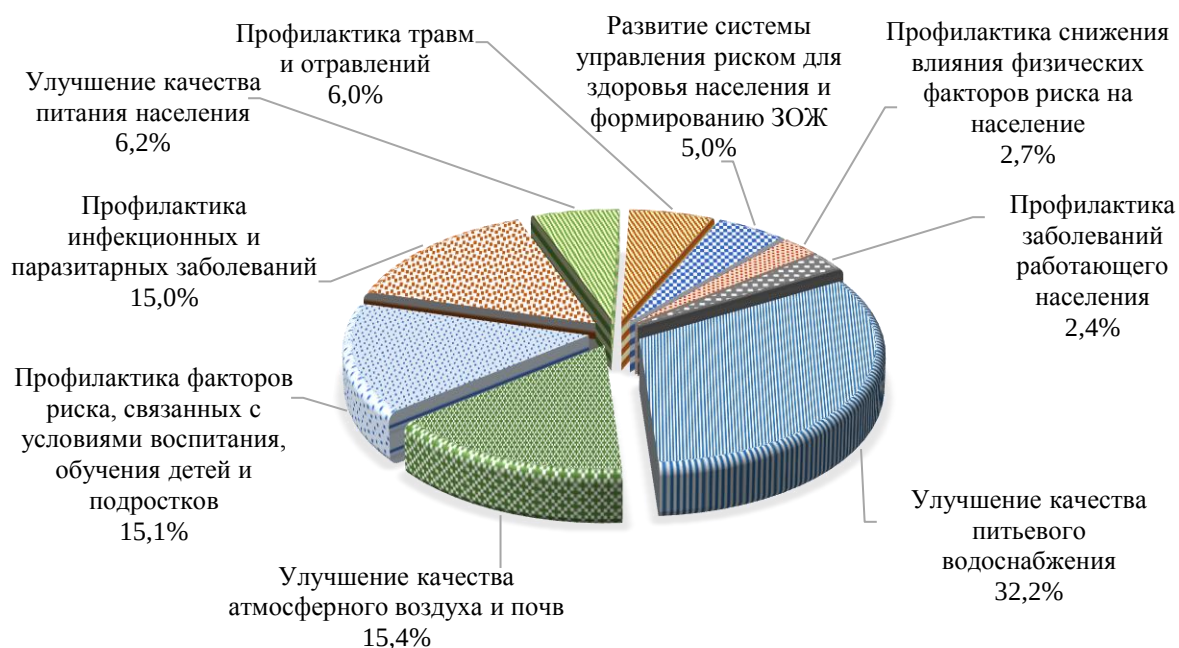


Рис. 4.1. Структура принятых управленческих решений по приоритетным направлениям обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения Российской Федерации в 2025 году, %

Основная доля всех принятых в 2025 году управленческих решений, направленных на обеспечение качества среды обитания и снижения влияния факторов риска, ориентирована на улучшение качества питьевого водоснабжения (32,2 %), атмосферного воздуха и почв (15,4 %), на профилактику инфекционных и паразитарных заболеваний (15,0 %), профилактику и снижение влияния факторов риска, связанных с условиями воспитания и обучения детей и подростков (15,1 %). В последние годы увеличилась доля мер, направленных на улучшение питания населения и снижения риска для здоровья от употребления некачественной пищевой продукции (6,2 %).

Предотвращенный экономический ущерб от реализации мер по управлению риском здоровью населения в субъектах Российской Федерации и достигнутые результаты улучшения качества среды обитания

Одним из ключевых показателей, характеризующих социально значимые результаты деятельности органов и учреждений Роспотребнадзора по созданию и устойчивому функционированию региональных систем управления рисками здоровью и обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения в субъектах Российской Федерации, является предотвращенный экономический ущерб для здоровья населения в результате снижения негативного воздействия факторов среды обитания человека. Этот показатель оценивается как сумма потерь валового регионального продукта, производимого во всех субъектах Российской Федерации, предотвращенных за счет снижения числа дополнительных случаев преждевременной смерти и заболеваний населения, обусловленных факторами среды обитания.

В 2025 году сумма предотвращенного ущерба для здоровья населения оценена по результатам функционирования системы управления риском здоровью населения в каждом из субъектов Российской Федерации.

Система мер, реализуемых федеральными органами государственной власти, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления и субъектами хозяйствующей деятельности, в том числе на основании решений, предложений Роспотребнадзора по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения в рамках полномочий и контроля позволяют предотвратить и минимизировать риски для здоровья населения. Величина предотвращенного экономического ущерба здоровью населения в субъектах Российской Федерации в 2025 году достигла 601,9 млрд руб., что в целом соответствует тренду на достижения целевого значения, предусмотренного на горизонте до 2030 года (рис. 4.2).

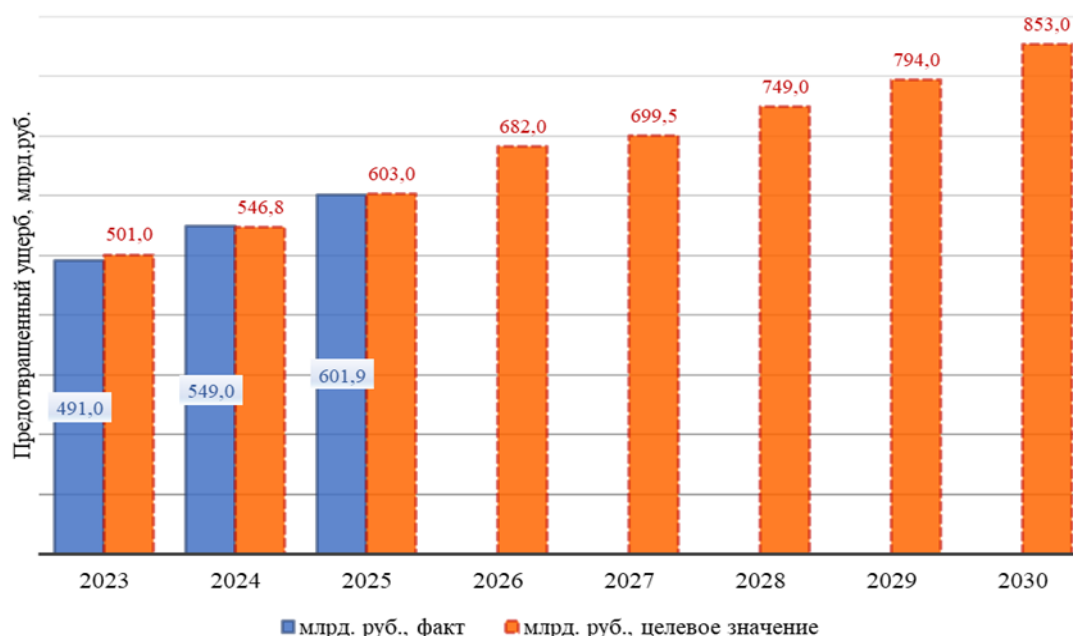


Рис. 4.2. Целевые и фактические уровни предотвращаемого экономического ущерба для здоровья в результате реализации мер и действий по управлению риском для здоровья населения, 2023–2030 годы

Прогноз развития санитарно-эпидемиологической ситуации и состояния здоровья населения, соответственно расчет суммы предотвращенного ущерба здоровью, основан

на том, что в период до 2030 года сохраняются базовые прогнозные параметры вклада влияния на состояние здоровья групп факторов среды обитания (при оценке суммарного влияния – 100 %): социально-экономические факторы – в пределах до 35 %, санитарно-гигиенические факторы – в пределах до 35 %, факторы образа жизни – 30 %. Эта структура характеризует тенденцию улучшения качества среды обитания по комплексу санитарно-гигиенических показателей на фоне изменения показателей образа жизни и стабилизации уровня воздействия на состояние здоровья комплекса социальных и экономических показателей с учетом решения стратегических задач и достижения целевых показателей развития Российской Федерации на период до 2030 года.

Совершенствование и оптимизация риск-ориентированной модели надзорной деятельности в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия, повышение приоритета профилактического надзора, проектного адресного управления риском здоровьем населения на различных уровнях, нормирование качества и уровня влияния факторов среды обитания на состояние здоровья населения, усиление надзора за функционированием и развитием наиболее опасных субъектов хозяйствования, формирующих угрозы, риски и наносящих значительный вред здоровью, использование информационно-аналитических возможностей системы социально-гигиенического мониторинга, референс-центров социально-гигиенического мониторинга и Единой информационно-аналитической системы Роспотребнадзора, а также иных мер совершенствования деятельности по управлению риском здоровьем населения позволяют прогнозировать развитие потенциала повышения эффективности и результативности деятельности органов и учреждений Роспотребнадзора по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия.

Следует ориентироваться на целевой показатель предотвращенного экономического ущерба для здоровья населения субъектов Российской Федерации на уровне не ниже 1,5 % валового регионального продукта субъектов Российской Федерации к 2036 году (при уровне 2025 года 0,3–0,5 %) за счет реализации потенциала развития деятельности органов и учреждений Роспотребнадзора.

Риск-ориентированный подход, при котором частота и интенсивность контрольных мероприятий напрямую зависят от категории риска объекта, позволил сосредоточить усилия на контроле объектов с высокими эпидемиологическими рисками (пищевая промышленность, детские учреждения, объекты водоснабжения и др.); сократить количество проверок в отношении субъектов хозяйственной деятельности с низким уровнем риска; более рационально использовать бюджетные средства, выделенные на осуществление надзорных функций; сконцентрировать усилия на развитии системы профилактических мероприятий (предостережения, консультации, профилактические визиты и др.), направленных на снижение числа нарушений санитарного законодательства.

Эффективность контрольной (надзорной) и профилактической деятельности Роспотребнадзора в 2025 г. составила 16,95 рублей на 1 рубль затрат и показатель находится на уровне последних трех лет, соответствуя критерию «высокая эффективность». Реализация контрольной (надзорной) деятельности Роспотребнадзора с учетом профилактических мероприятий только в части улучшения качества атмосферного воздуха, питьевых вод, почв позволяет предотвратить 46,3 тыс. дополнительных случаев смерти и более 3 млн 360 тысяч дополнительных случаев заболеваний населения Российской Федерации, и величина предотвращенных потерь составила более 176,89 млрд руб. в ценах 2025 года.

Высокая результативность контрольной (надзорной) и профилактической деятельности органов и учреждений Роспотребнадзора подтверждается данными за 2025 год (табл. 4.1). Контрольные (надзорные) и профилактические мероприятия в регионах в отношении более 10 тысяч хозяйствующих субъектов, обеспечивающих водоснабжение

населения, позволили в целом по стране в 2025 году предотвратить появление более 26,1 % проб питьевой воды с превышением ПДК по содержанию веществ I класса опасности, в том числе хлороформа (более 24,5 % проб питьевой воды, не соответствующих гигиеническим нормативам), а также веществ III класса опасности (более 2,55 % проб воды с превышением ПДК). Предотвращение нарушений санитарного законодательства позволило улучшить потребительские свойства питьевой воды за счет снижения доли проб с превышением ПДК по показателям общей жесткости (на 5,45 %) и общей минерализации (на 2,62 %). Действиями Роспотребнадзора предотвращено появление 2,13 % проб с превышением ПДК по железу (включая хлорное железо) и 2,75 % проб с превышением ПДК по хлору остаточному свободному, что свидетельствует о системном контроле за технологическими процессами водоподготовки (табл. 4.1).

Таблица 4.1

**Результативность деятельности органов и учреждений Роспотребнадзора
в 2025 году по улучшению качества среды обитания населения**

Показатели	Фактический уровень показателя	Предотвращено действиями Роспотребнадзора	Вероятный уровень показателя, «нулевой вариант» (отсутствие действий Роспотребнадзора)
1	2	3	4
<i>Доля проб питьевой воды с превышением ПДК (%):</i>			
Доля (%) проб питьевой воды систем централизованного водоснабжения, превышающих гигиенические нормативы по санитарно-химическим показателям, в том числе:	12,24	0,56	12,80
вещества I класса опасности	3,64	26,12	29,76
хлороформ	4,79	24,57	29,36
жесткость общая	9,25	5,45	14,70
хлор остаточный свободный	17,06	2,75	19,81
общая минерализация (сухой остаток)	5,39	2,62	8,01
вещества 3 класса опасности	2,60	2,55	5,15
железо (включая хлорное железо) по Fe	8,66	2,13	10,79
фтор	4,36	0,71	5,07
нитриты (NO ²⁻)	0,11	0,01	0,12
Доля (%) проб питьевой воды систем централизованного водоснабжения, превышающих гигиенические нормативы по микробиологическим показателям	3,30	0,86	4,15
<i>Доля проб атмосферного воздуха в городских и сельских поселениях с превышением ПДК (%):</i>			
этилбензола	3,69	29,60	33,29
ксилола	1,25	10,92	12,17

Продолжение табл. 4.1

1	2	3	4
ароматических углеводородов	0,58	8,89	9,47
толуола	0,25	3,87	4,12
азот (II) оксида	0,20	3,62	3,82
взвешенных веществ	0,83	2,87	3,70
дигидросульфида	0,55	2,57	3,12
фтористого водорода	0,32	2,04	2,36
фтора и его соединений (в пересчете на фтор)	0,29	1,89	2,18
гидроксibenзола и его производных	0,42	1,75	2,17
азота диоксида	0,24	1,21	1,45
хлора и его соединений	0,35	0,73	1,08
углерода оксида	0,48	0,63	1,11
бензина	0,01	0,48	0,49
формальдегида	0,52	0,33	0,85
свинца	0,14	0,32	0,46
ацетона	0,16	0,11	0,27
<i>Доля проб почв в селитебной зоне с превышением ПДК (%):</i>			
по микробиологическим показателям, в том числе:	7,84	3,86	11,70
обобщенные колиформные бактерии (ОКБ)	7,00	0,57	7,57
энтерококки (фекальные)	3,36	1,98	5,34
по паразитологическим показателям	0,51	0,18	0,69
по энтомологическим показателям (личинки, куколки синантропных мух)	0,085	0,001	0,086
по санитарно-химическим показателям, в том числе:	4,48	0,14	4,62
свинец	1,08	0,47	1,55
ртуть	0,00	0,04	0,04
мышьяк	0,62	3,78	4,40
<i>Доля (%) объектов, на которых уровень физических факторов не соответствовал гигиеническим нормативам (по результатам лабораторных исследований):</i>			
шум	16,43	0,45	16,88
<i>Примечание:</i> в таблицу внесены только показатели, формировавшие предотвращенные потери здоровью населения в результате улучшения качества среды обитания. Источник данных для моделирования – Федеральный информационный фонд социально-гигиенического мониторинга			

Последовательная реализация комплекса контрольных (надзорных) и профилактических мероприятий по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения позволила снизить уровень загрязнения атмосферного воздуха городских и сельских поселений Российской Федерации в 2025 году (см. раздел 1.1.1). Действиями службы предотвращено возникновение более 29,6 % проб атмосферного воздуха с превышением гигиенических нормативов по этилбензолу, более 10,9 % проб – по ксилолу, более 8,89 % проб – по ароматическим углеводородам (включая бенз(а)пирен), свыше 3,87 % проб – по толуолу, более 3,62 % проб – по азота (II) оксиду,

более 2,87 % проб – по взвешенным веществам, более 2,57 % проб – по дигидросульфиду, более 2,04 % проб – по фтористому водороду и др. (табл. 4.1).

Благодаря эффективной надзорной и профилактической деятельности органов и организаций Роспотребнадзора по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения, связанного с качеством почв селитебных территорий городских и сельских поселений в 2025 году, предотвращено формирование более 3,86 % проб почв селитебной зоны, не соответствующих гигиеническим нормативам по микробиологическим показателям, в том числе по обобщенным колиформным бактериям (ОКБ) – на 0,57 %, по энтерококкам (фекальным) – на 1,98 %. По паразитологическим показателям снижение вероятного уровня составило 0,18 % проб с превышением ПДК, по энтомологическим (личинки, куколки синантропных мух) – 0,001 % проб. В результате деятельности службы предотвращено формирование свыше 0,14 % проб с превышением ПДК по санитарно-химическим показателям, в том числе 3,78 % проб, не соответствующих гигиеническим нормативам по содержанию мышьяка, 0,47 % проб – по свинцу, 0,04 % проб – по ртути.

Снижение уровня загрязнения среды обитания (атмосферного воздуха, питьевой воды, почв городских и сельских поселений), уменьшение уровня воздействия физических факторов среды обитания (шум, вибрация и пр.), как результат деятельности органов и организаций Роспотребнадзора, позволило в 2025 году вероятно предотвратить возникновение более 46,3 тыс. дополнительных случаев смерти и более 3,37 млн дополнительных случаев заболеваний населения Российской Федерации.

В частности, в 2025 году действиями Роспотребнадзора по контролю уровня загрязнения воздуха, административного принуждения и/или побуждения хозяйствующих субъектов к соблюдению санитарного законодательства, вероятно предотвращено более 23,8 тыс. дополнительных случаев смерти, по снижению загрязнения питьевой воды – более 9,39 тыс. случаев, повышения качества почвы – более 13,08 тыс. случаев, снижению воздействия физических факторов – более 78 дополнительных случаев смерти.

Удельный вес вероятно предотвращенной смертности взрослого населения пенсионного возраста в общем количестве предотвращенных случаев составил 62,5 %, взрослого трудоспособного населения – 29,4 %.

В структуре причин вероятно предотвращенной смертности всего населения, ассоциированной с загрязнением среды обитания, преобладали болезни органов пищеварения (36,8 %), болезни системы кровообращения (28,7 %), болезни органов дыхания (19,5 %), злокачественные новообразования (13,3 %), а также инфекционные и паразитарные болезни (1,7 %).

Вследствие надзорных или профилактических действий Роспотребнадзора в 2025 году вероятно предотвращены случаи смерти населения Российской Федерации, ассоциированные преимущественно с загрязнением атмосферного воздуха городских и сельских поселений ароматическими углеводородами (бенз(а)пирен, бензол, фенол, ксилол, толуол), общераспространенными примесями (азота диоксид, взвешенные вещества и взвешенные частицы РМ₁₀, углерод оксид), углеродом (пигментом черным, сажей), соединениями свинца, соединениями фтора и хлора (включая хлористый водород), сероводородом, метантиолом, формальдегидом и другими химическими веществами. Предотвращенные случаи также могут быть обусловлены снижением частоты нарушений гигиенических нормативов по показателям качества питьевой воды, как по микробиологическим, так и санитарно-химическим показателям (бор, железо, хлороформ, бромдихлорметан и пр.). С улучшением качества почв территорий городских и сельских поселений по микробиологическим (обобщенные колиформные бактерии, энтерококки (фекальные)), паразитологическим и энтомологическим (личинки, куколки синантропных мух) показателям, а также снижением содержания

никеля и мышьяка, связаны вероятностно предотвращенные случаи смертности населения, ассоциированные с загрязнением почв. Уменьшение воздействия физических факторов (в первую очередь – шума), превышающих гигиенические нормативы, также позволяет предотвратить обусловленную данными факторами смертность населения.

В целом контрольные (надзорные) и профилактические действия органов и организаций Роспотребнадзора по снижению уровня загрязнения среды обитания в 2025 году позволили предотвратить более 2227,2 тыс. дополнительных случаев заболеваний, вероятностно ассоциированных с загрязнением атмосферного воздуха, более 1013,9 тыс. случаев – с качеством питьевой воды, более 126,6 тыс. случаев – с качеством почвы населенных мест, а также более 650 случаев заболеваний, ассоциированных с воздействием на население физических факторов среды обитания.

Анализ возрастной структуры предотвращенной заболеваемости, показал, что 43,6 % составляют детское население, 43,2 % – взрослое население трудоспособного возраста; 13,2 % – взрослое население пенсионного возраста. Среди предотвращенных случаев заболеваний детского населения преобладали болезни органов дыхания (64,0 %), болезни нервной системы (12,5 %), болезни органов пищеварения (5,64 %), болезни системы кровообращения (5,17 %) и эндокринной системы (4,74 %). У взрослого населения трудоспособного возраста в структуре предотвращенной заболеваемости в 2025 году в структуре преобладали болезни органов дыхания (38,8 %), болезни мочеполовой системы (28,2 %), болезни органов пищеварения (12,2 %) и болезни костно-мышечной системы (6,45 %).

Предотвращенные случаи заболеваний населения страны в 2025 году были ассоциированы преимущественно с предотвращением превышений гигиенических нормативов содержания в атмосферном воздухе ароматических углеводородов (ксилол, толуол, фенол, этилбензол), общераспространенных примесей (азота оксид и диоксид, взвешенные вещества, углерода оксид), сероводорода, соединений свинца, формальдегида, соединений фтора и хлора (в том числе фтористого водорода, хлористого водорода), а также ацетона и бензина; в питьевой воде – микробных агентов, химических веществ 1 (в том числе хлороформа) и 3 класса опасности (хлор остаточный свободный), нитритов (NO_2^-), фтора, а также показателей общей минерализации и общей жесткости; в почве – возбудителей инфекционных и паразитарных болезней, тяжелых металлов (ртуть, свинец, мышьяк); по физическим факторам – минимизацией воздействия шума и иных факторов, превышающих предельно допустимые уровни.

Дальнейшее совершенствование технологий и инструментов риск-ориентированной контрольно-надзорной деятельности, сопряженной со снижением административного давления на бизнес, при сохранении и развитии системы профилактических мероприятий, реализация системы мер по управлению рисками для здоровья населения позволяют прогнозировать дальнейшее повышение результативности и эффективности государственного управления в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения Российской Федерации.

4.2. Выполнение мер по реализации международных актов и нормативных правовых актов Российской Федерации, принятых в целях обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения Российской Федерации

В 2025 году Роспотребнадзор наращивал взаимодействие с зарубежными партнерами в области профилактики и борьбы с инфекциями, защиты прав потребителей, обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия и биологической безопасности.

Продолжено формирование единой системы предупреждения угроз инфекций на евразийском пространстве.

Продолжена реализация в странах-партнерах 5 совместных проектов: по внедрению Международных медико-санитарных правил ВОЗ (2005 г.) (ММСП), борьбе с ВИЧ-инфекцией, снижению рисков завоза и распространения чумы из природных очагов, противодействию устойчивости к противомикробным препаратам, а также по проведению исследований иммунитета у населения к актуальным инфекционным заболеваниям.

В рамках указанных программ осуществлен совместный мониторинг природных очагов чумы и других природно-очаговых инфекций на территории Армении, Киргизии, Казахстана, Таджикистана и Монголии.

Укреплена сеть мобильных противозидемических лабораторий, обеспечивающих предупреждение и реагирование на угрозы инфекций на едином эпидемиологическом пространстве. В 2025 году по одной мобильной лаборатории на базе пневмокаркасного модуля поставлены в Армению и Киргизию. Дополнительно в Киргизию передана мобильная лаборатория индикации и мониторинга на базе российского автомобиля ГАЗ. Таким образом на пространстве СНГ в настоящий момент работают 30 мобильных лабораторий, переданных Роспотребнадзором.

Для повышения возможностей специалистов стран – членов СНГ в реагировании на вспышки особо опасных инфекций также продолжена работа по укреплению кадрового потенциала партнеров. В 2025 году для стран СНГ организованы 5 курсов повышения квалификации, 5 тренировочных учений по вопросам биологической безопасности и оперативного реагирования на чрезвычайные ситуации санитарно-эпидемиологического значения, из них 3 в двустороннем формате с Белоруссией, Киргизией и Таджикистаном, одни для специалистов всех стран – членов СНГ, а также IV совместные международные учения команд быстрого реагирования на чрезвычайные ситуации санитарно-эпидемиологического характера в г. Кронштадте. В общей сложности участие в указанных мероприятиях приняли свыше 500 специалистов.

По отдельному обращению таджикистанской стороны на таджикско-афганской границе обеспечен мониторинг возбудителя холеры, благодаря чему не допущен завоз заболевания на территорию Таджикистана и нивелированы риски его распространения в регионе.

Продолжено выстраивание взаимодействия со странами дальнего зарубежья.

Свою работу продолжили 4 совместных центра изучения и профилактики инфекционных болезней (Вьетнам, Гвинейская Республика, Венесуэла и Бурунди). Силами центров в 2025 году Роспотребнадзором обучено более 300 профильных специалистов, проведено порядка 60 тыс. лабораторных исследований и организовано более 25 экспедиций.

Роспотребнадзором продолжена реализация программы помощи странам Африки в борьбе с инфекционными болезнями, и сегодня взаимодействие ведется с 18 африканскими государствами.

В 2025 году специалисты Роспотребнадзора не допустили распространение трех вспышек особо опасных инфекций на африканском континенте и их завоз в Российскую Федерацию. В начале 2025 года специалисты Роспотребнадзора участвовали в борьбе с распространением болезни, вызванной вирусом Эбола в Уганде. В феврале и сентябре 2025 года оказывали помощь в купировании вспышки холеры в Республике Зимбабве и в Республике Конго.

Усилиями Роспотребнадзора сеть мобильных противозидемических лабораторий российского производства развивается и в Африке. В 2025 году поставлены 7 мобильных лабораторий в Эфиопию, Уганду, Намибию, Буркина-Фасо и на Мадагаскар. Всего на сегодняшний день 16 таких лабораторий работают в Бурунди,

Республике Конго, Гвинейской Республике, Уганде, на Мадагаскаре, в Эфиопии, Буркина-Фасо, Намибии.

Специалистами научных учреждений Роспотребнадзора проведены курсы повышения квалификации в Намибии, Эфиопии, Уганде, Зимбабве, Республике Конго и на Мадагаскаре для более чем сотни профильных африканских специалистов.

В апреле 2025 года в г. Аддис-Абебе (Эфиопия) Роспотребнадзор впервые провел Российско-Африканские международные учения команд быстрого реагирования на чрезвычайные ситуации санитарно-эпидемиологического характера с участием более 120 специалистов из 15 стран Африки.

Укреплена нормативно-правовая база сотрудничества с профильными ведомствами стран-партнеров. В ходе государственных визитов Президента Российской Федерации за рубеж, а также встреч на высоком уровне подписаны 2 межправительственных соглашения с Киргизией и Казахстаном о сотрудничестве в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения. Заключен ряд двусторонних документов о взаимодействии с профильными ведомствами Индии, КНДР, Таджикистана, Лаоса и Вьетнама.

Большое внимание уделено продвижению на международных площадках отечественных подходов к защите прав потребителей.

В июле 2025 года Роспотребнадзор возглавил российскую делегацию на Конференции ООН по защите прав потребителей и конкуренции, где представил передовые российские наработки в области защиты прав потребителей, в частности внедрение цифровой маркировки. По инициативе Роспотребнадзора начата работа по усилению защиты прав потребителей в электронной торговле, в том числе с использованием цифровых инструментов контроля. Принято активное участие в разработке резолюции Генассамблеи ООН по безопасности потребительских товаров, которая была принята ООН в декабре.

Роспотребнадзор принимал активное участие в разработке международных стандартов качества и безопасности пищевой продукции на площадке Комиссии «Кодекс Алиментариус». При координации Роспотребнадзора российской стороной принято участие в 8 заседаниях рабочих органов Комиссии, в 5 из них российская делегация участвовала очно. В ходе указанных заседаний отстаивали интересы Российской Федерации по разным аспектам обеспечения безопасности пищевой продукции.

Мероприятия, реализуемые Роспотребнадзором, обеспечивают развитие системы предупреждения и реагирования на угрозы санитарно-эпидемиологического характера.

В результате проводимой международной деятельности Роспотребнадзора в эпидемически значимых регионах мира функционируют совместные научные центры исследования инфекционных заболеваний, что позволяет оперативно отслеживать эпидемиологическую ситуацию, проводить экспедиции для мониторинга существующих и поиска неизвестных микроорганизмов и разрабатывать новые тесты.

На едином евразийском эпидемиологическом пространстве сформированы силы и средства реагирования на угрозы биобезопасности в СНГ, которые могут быть задействованы в любой точке региона для противодействия угрозе эпидемии в течение 24 часов. Благодаря обучающим мероприятиям и проводимым учениям создан единый реестр специалистов СНГ, готовых к оперативному реагированию и работе в мобильных лабораториях.

Благодаря помощи, оказываемой странам-партнерам в ликвидации или профилактике вспышек опасных заболеваний удастся избежать завоза указанных заболеваний на территорию Российской Федерации.

4.3. Нормативные правовые акты и документы стратегического планирования, регулирующие сферы деятельности Роспотребнадзора

Основные направления деятельности Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека осуществляются в рамках следующих документов:

– Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2024 № 309 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года и на перспективу до 2036 года»;

– Указ Президента Российской Федерации от 02.07.2021 № 400 «О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации»;

– Указ Президента Российской Федерации от 28.02.2024 № 145 «О Стратегии научно-технологического развития Российской Федерации»;

– Указ Президента Российской Федерации от 29.05.2017 № 240 «Об объявлении в Российской Федерации Десятилетия детства»;

– Указ Президента Российской Федерации от 13.10.2018 № 585 «Об утверждении Основ государственной политики в области обеспечения ядерной и радиационной безопасности Российской Федерации на период до 2025 года и дальнейшую перспективу»;

– Указ Президента Российской Федерации от 28.11.2018 № 680 «О развитии генетических технологий в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями);

– Указ Президента Российской Федерации от 11.03.2019 № 97 «Об Основах государственной политики Российской Федерации в области обеспечения химической и биологической безопасности на период до 2025 года и дальнейшую перспективу»;

– Указ Президента РФ от 08.12.2025 № 896 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2030 года»;

– Указ Президента Российской Федерации от 21.01.2020 № 20 «Об утверждении Доктрины продовольственной безопасности Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями);

– Указ Президента Российской Федерации от 04.01.2021 № 12 «Об утверждении Порядка действий органов публичной власти по предупреждению угрозы возникновения чрезвычайных ситуаций, связанных с заносом на территорию Российской Федерации и распространением на территории Российской Федерации опасных инфекционных заболеваний»;

– Указ Президента Российской Федерации от 05.03.2020 № 164 «Об Основах государственной политики Российской Федерации в Арктике на период до 2035 года»;

– Указ Президента Российской Федерации от 15.10.2025 № 738 «О Концепции государственной миграционной политики Российской Федерации на 2026–2030 годы»;

– Федеральный закон от 31.07.2020 № 247-ФЗ «Об обязательных требованиях в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями);

– Федеральный закон от 31.07.2020 № 248-ФЗ «О государственном контроле (надзоре) и муниципальном контроле в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями);

– Федеральный закон от 30.12.2020 № 492-ФЗ «О биологической безопасности в Российской Федерации»;

– Федеральная научно-техническая программа развития генетических технологий на 2019–2030 годы (утв. Постановлением Правительства Российской Федерации от 22.04.2019 № 479 (в ред. от 05.09.2025));

– Государственной программы «Развитие здравоохранения» (утв. Постановлением Правительства Российской Федерации от 26.12.2017 № 1640 (в ред. от 27.12.2024) (с изм. и доп., вступ. в силу с 29.04.2026));

– План мероприятий («дорожная карта») по развитию и укреплению системы федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора на 2021–2028

годы (утв. распоряжением Правительства Российской Федерации от 30.12.2020 № 3680-р) (с изменениями и дополнениями);

- Программа фундаментальных научных исследований в Российской Федерации на долгосрочный период (2021–2030 годы) (утв. Распоряжением Правительства Российской Федерации от 31.12.2020 № 3684-р (в ред. от 25.12.2025));

- План основных мероприятий, проводимых в рамках Десятилетия детства, период до 2027 года (утв. Распоряжением Правительства РФ от 23.01.2021 № 122-р (в ред. от 12.06.2025));

- Концепция развития социально-гигиенического мониторинга (утв. Приказом Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 26.08.2019 № 665 «Об утверждении концепции развития социально-гигиенического мониторинга»);

- Федеральный проект «Санитарный щит страны – безопасность для здоровья (предупреждение, выявление, реагирование)» (утв. Распоряжением Правительства Российской Федерации от 06.10.2021 № 2816-р «Об утверждении перечня инициатив социально-экономического развития Российской Федерации до 2030 года»);

- Федеральный проект «Чистый воздух» национального проекта «Экологическое благополучие», Федеральный проект «Генеральная уборка»;

- Концепция научного развития обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения до 2030 года и отраслевых научно-исследовательских программ на 2026–2030 гг. по вопросам гигиены и эпидемиологии (утв. Приказом Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 26.05.2025 № 403);

- Государственная программа «Обеспечение химической и биологической безопасности Российской Федерации» (утв. указом Президента Российской Федерации от 11.03.2019 года № 97);

- Стратегия повышения качества пищевой продукции в Российской Федерации до 2030 года (утв. Распоряжением Правительства Российской Федерации от 29.06.2016 № 1364-р);

- Стратегия предупреждения распространения антимикробной резистентности в Российской Федерации на период до 2030 г. (утв. Распоряжением Правительства Российской Федерации от 25.09.2017 № 2045-р) и План мероприятий на 2025–2030 годы по реализации Стратегии предупреждения распространения антимикробной резистентности в Российской Федерации на период до 2030 года, утвержденный распоряжением Правительства Российской Федерации от 16.08.2024 № 2214-р;

- Стратегия развития иммунопрофилактики инфекционных болезней на период до 2035 года (утв. Распоряжением Правительства Российской Федерации от 27.09.2020 № 2390-р) и план ее реализации (утв. Распоряжением Правительства Российской Федерации от 29.03.2021 № 774-р (ред. от 15.02.2023));

- Концепция осуществления государственной политики противодействия потреблению табака и иной никотинсодержащей продукции в Российской Федерации на период до 2035 года и дальнейшую перспективу (утв. Распоряжением Правительства Российской Федерации от 18.11.2019 № 2732-р) и план мероприятий по ее реализации (утв. Распоряжением Правительства Российской Федерации от 30.04.2021 № 1151-р);

- План действий по поддержанию свободного от полиомиелита статуса Российской Федерации на 2025–2027 гг. (утв. 26.09.2024 руководителем Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и 28.11.2024 Министром здравоохранения Российской Федерации);

- Государственная стратегия противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на период до 2030 года (утв. Распоряжением Правительства Российской Федерации от 21.12.2020 № 3468-р) и План мероприятий по ее реализации (утв. Распоряжением Правительства Российской Федерации от 19.10.2021 № 2933-р);

– План мероприятий по борьбе с хроническим вирусным гепатитом С на территории Российской Федерации до 2030 года (утв. Распоряжением Правительства Российской Федерации от 02.11.2022 № 3306-р);

– Программа «Элиминация кори и краснухи, достижение спорадической заболеваемости эпидемическим паротитом в Российской Федерации» (2026–2030 гг.) (утв. 15.12.2025 руководителем Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и Министром здравоохранения Российской Федерации);

– Национальный план мероприятий по реализации программы «Элиминация кори и краснухи, достижение спорадической заболеваемости эпидемическим паротитом в Российской Федерации» (2026–2030 гг.) (утв. 15.12.2025 руководителем Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и 28.01.2026 Министром здравоохранения Российской Федерации);

– Программа «Эпиднадзор и профилактика энтеровирусной (неполио) инфекции на 2023–2027 гг.», (утв. 30.12.2022 руководителем Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека);

– Программа «Мониторинг рисков возникновения высокопатогенного гриппа птиц и их профилактика в Российской Федерации» (утв. 23.05.2025 руководителем Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека);

– План профилактических и противоэпидемических мероприятий по снижению риска реализации межвидового перехода ВВПГП на 2025–2030 гг. (утв. 01.09.2025 руководителем Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека);

– Общенациональный план действий, обеспечивающих восстановление занятости и доходов населения, рост экономики и долгосрочные структурные изменения в экономике (одобрен Правительством Российской Федерации 23.09.2020 протокол № 36 раздел УП) (№П13-60855 от 02.10.2020);

– Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 08.07.2025 № 14 «О мероприятиях по профилактике гриппа, острых респираторных вирусных инфекций и новой коронавирусной инфекции (COVID-19) в эпидемическом сезоне 2025–2026 годов»;

– Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 24.05.2023 № 7 «О дополнительных мерах по профилактике холеры в Российской Федерации»;

– Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 24.05.2023 № 6 «О дополнительных мерах по профилактике чумы в Российской Федерации».

– Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 26.08.2025 № 16 «О проведении дополнительных мероприятий по профилактике краснухи на территории Российской Федерации».

В 2025 году Роспотребнадзором принято участие в разработке ряда нормативных правовых, регулирующих сферы деятельности Роспотребнадзора:

1. Федеральным законом от 07.06.2025 № 150-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» (далее – Закон № 150-ФЗ) (действует с 01.09.2025):

– урегулированы вопросы обращения БАД;

– установлен запрет распространения информации, содержащей предложение о розничной торговле БАД, в том числе дистанционным способом, розничная торговля которыми запрещена.

Во исполнение Закона № 150-ФЗ принято постановление Правительства Российской Федерации от 02.10.2025 № 1520 «О внесении изменений в постановление Правительства Российской Федерации от 26 октября 2012 г. № 1101», наделившее

Роспотребнадзор полномочиями по принятию решений, служащих основанием для блокировки сайтов, распространяющих информацию о розничной торговле запрещенными БАД.

Приказом Роспотребнадзора от 01.11.2025 № 768 утверждены Критерии оценки информации, необходимой для принятия Роспотребнадзором решений, являющихся основаниями для включения доменных имен и (или) указателей страниц сайтов в информационно-телекоммуникационной сети Интернет, а также сетевых адресов, позволяющих идентифицировать сайты в информационно-телекоммуникационной сети Интернет, в единую автоматизированную информационную систему «Единый реестр доменных имен, указателей страниц сайтов в информационно-телекоммуникационной сети Интернет и сетевых адресов, позволяющих идентифицировать сайты в информационно-телекоммуникационной сети Интернет, содержащие информацию, распространение которой в Российской Федерации запрещено», в отношении информации, содержащей предложение о розничной торговле биологически активными добавками, в том числе дистанционным способом, розничная торговля которыми запрещена в соответствии с законодательством Российской Федерации о качестве и безопасности пищевых продуктов».

2. Федеральный закон от 28.12.2024 № 516-ФЗ «О внесении изменений в Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях» с 27.06.2025 ужесточил административную ответственность за ведение предпринимательской деятельности без уведомления Роспотребнадзора о начале такой деятельности.

3. Постановлением Правительства Российской Федерации от 17.01.2025 № 7 «О внесении изменения в постановление Правительства Российской Федерации от 30 июня 2021 г. № 1100» (действует с 25.01.2025) из постановления Правительства Российской Федерации от 30.06.2021 № 1100 «О федеральном государственном санитарно-эпидемиологическом контроле (надзоре)» исключено ограничение по сроку его действия (за исключением отдельных технических регламентов, оценка которых будет осуществляться до 1 сентября 2026 г.).

4. Приняты постановления Правительства Российской Федерации и изменений в санитарные правила, обеспечивающих продление сроков действия положений об установлении ЗОУИТ (ЗСО и СЗЗ) до 01.03.2028 (постановления Правительства Российской Федерации от 06.06.2025 № 845 и от 26.12.2025 № 2155, постановления Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 17.06.2025 № 10 и от 29.12.2025 № 21).

5. В целях реализации Федерального закона от 28.12.2024 № 540-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «О государственном контроле (надзоре) и муниципальном контроле в Российской Федерации» Правительством Российской Федерации приняты постановления в части осуществляемых Роспотребнадзором видов федерального государственного контроля (надзора):

от 30.09.2025 № 1510 «О внесении изменений в постановление Правительства Российской Федерации от 25 июня 2021 г. № 1019»;

от 06.10.2025 № 1548 «О внесении изменений в постановление Правительства Российской Федерации от 30 июня 2021 г. № 1100»;

от 15.10.2025 № 1605 «О внесении изменений в постановление Правительства Российской Федерации от 25 июня 2021 г. № 1005»;

от 15.10.2025 № 1594 «О внесении изменений в постановление Правительства Российской Федерации от 25 января 2022 г. № 45»;

от 23.10.2025 № 1647 «О внесении изменений в постановление Правительства Российской Федерации от 25 января 2022 г. № 46»;

от 28.10.2025 № 1677 «О внесении изменений в постановление Правительства Российской Федерации от 20 марта 2024 г. «№ 337»

6. Постановлением Правительства Российской Федерации от 14.04.2025 № 489 «О внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации»

(действует с 23.04.2025) урегулированы вопросы осуществления лицензирования деятельности в области использования ионизирующего излучения (генерирующих) и в области использования возбудителей инфекционных заболеваний и генно-инженерно-модифицированных организмов III и IV степеней потенциально опасности, осуществляем в замкнутых системах, в случаях, если заявленные виды работ выполняются на объектах, сведения о деятельности и местах расположения которых отнесены к сведениям ограниченного доступа или государственной тайне.

7. В рамках полномочий, реализуемых в соответствии с Федеральным законом от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», издано 10 постановлений Главного государственного санитарного врача Российской Федерации, носящих нормативный правовой характер в частности:

- вносились (трижды) изменения в санитарные правила и нормы СанПиН 1.2.3685–21 «Гигиенические нормативы и требования к обеспечению безопасности и (или) безвредности для человека факторов среды обитания», утвержденные постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28.01.2021 № 2;

- Постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 27.03.2025 № 6 «Об утверждении санитарных норм и правил СанПиН 2.6.4115–25 «Санитарно-эпидемиологические требования в области радиационной безопасности населения при обращении источников ионизирующего излучения», обеспечен пересмотр 19 нормативных правовых актов по радиационной безопасности населения, в том числе предусмотренных пунктами 1231, 1235, 1236, 1241, 1242, 1244, 1252, 1260, 1263–1272 Перечня, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 31.12.2020 № 2467;

- Постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 17.03.2025 № 1 утверждены санитарные правила СП 2.2.1.4111–25 «Санитарно-эпидемиологические требования к обеспечению безопасности населения при размещении и эксплуатации промышленных объектов, предназначенных для испытания и утилизации методом сжигания зарядов ракетных двигателей на твердом топливе»;

- Постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 27.03.2025 № 7 утверждены санитарные правила СП 2.2.5.4116–25 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению работ с метанолом».

Заключение

1. Системные исследования качества и безопасности объектов среды обитания, проводимые Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в рамках социально-гигиенического мониторинга, обеспечивают оценку санитарно-эпидемиологической обстановки и экспозиции населения к вредным факторам более чем для 95 % населения Российской Федерации.

2. Сбор и анализ свыше 4 млн исследований проб питьевой воды, воздуха, почвы, продуктов питания по более чем 100 показателей по каждому объекту среды обитания в интеграции с данными о состоянии здоровья населения страны позволяют устанавливать причинно-следственные связи между уровнями измеряемых факторов и ответами со стороны здоровья и обосновывать оптимальные решения по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения и управлению рисками.

3. С учетом данных социально-гигиенического мониторинга органами и организациями Роспотребнадзора обосновано более 3039 управленческих решений, направленных на обеспечение качества среды обитания и снижение негативного влияния на здоровье населения факторов риска, в том числе 32,2 % направлено на улучшение качества питьевого водоснабжения; 15,4 % – на улучшение качества атмосферного воздуха и почв; 15,0 % – на профилактику инфекционных и паразитарных заболеваний и 15,1 % на профилактику и снижение влияния факторов риска, связанных с условиями воспитания и обучения детей и подростков.

4. Период 2016–2025 гг. характеризовался поэтапным улучшением показателей санитарно-эпидемиологического благополучия в субъектах Российской Федерации. Локальные проблемы и отклонения от общих тенденций находятся под контролем Роспотребнадзора. В отношении контролируемых лиц, оказывающих влияние на качество среды обитания населения страны, на основе риск-ориентированного подхода в течение 2025 года проведено порядка 164 тысяч контрольно-надзорных и более 723 тысяч профилактических мероприятий. Действиями Роспотребнадзора по контролю уровня загрязнения объектов среды обитания, административного принуждения и/или побуждения хозяйствующих субъектов к соблюдению санитарного законодательства в 2025 году вероятно предотвращено более 46,3 тыс. дополнительных случаев смерти и более 3,37 млн дополнительных случаев заболеваний населения Российской Федерации. Среди предотвращенных случаев заболеваний детского населения преобладали болезни органов дыхания (64,0 %), болезни нервной системы (12,5 %), болезни органов пищеварения (5,64 %), болезни системы кровообращения (5,17 %) и эндокринной системы (4,74 %). У взрослого населения трудоспособного возраста в структуре предотвращенной заболеваемости в 2025 году первые места занимали болезни органов дыхания (38,8 %), болезни мочеполовой системы (28,2 %), болезни органов пищеварения (12,2 %) и болезни костно-мышечной системы (6,45 %).

5. Десятилетняя положительная динамика улучшения качества атмосферного воздуха по данным СГМ фиксировалась как в городских, так и в сельских поселениях страны. На городских территориях доля проб с превышением ПДК с 0,87 % в 2016 году снизилась до 0,69 % в 2025 г., что ниже среднесноголетнего уровня. На сельских территориях доля проб с нарушением гигиенических нормативов сократилась в 1,9 раза.

6. В сравнении с 2016 годом отмечалось снижение доли проб с превышением ПДК по общераспространенным примесям: по азота диоксиду – на 60,3 %, по взвешенным веществам – на 47,5 %, углерода оксиду – на 47,3 %, серы диоксиду – на 31,05 %. Сократилась в целом по стране частота превышений ПДК по таким опасным примесям, как бенз(а)пирен (на 25,7 %), этилбензол (на 29,2 %), диметилбензол (на 5,3 %).

7. Мониторинговыми исследованиями показано улучшение качества питьевой воды из распределительной сети централизованных систем водоснабжения. Так постепенно снижается удельный вес проб воды, не соответствующих гигиеническим нормативам, по санитарно-химическим показателям с 13,92 % в 2016 г. до 12,24 % в 2025 г., по микробиологическим показателям – с 3,43 % до 3,30 %, по паразитологическим показателям – с 0,11 % до 0,04 % соответственно.

8. В 2025 году доля населения Российской Федерации, обеспеченного качественной питьевой водой из централизованных систем водоснабжения, составила 89,54 %, что превышает уровень предыдущего года (89,20 %), с положительной динамикой в 25 субъектах Российской Федерации.

9. По результатам мониторинга качества и безопасности пищевых продуктов отмечается тенденция снижения удельного веса проб продовольственного сырья и пищевых продуктов, не соответствующих обязательным требованиям по микробиологическим показателям с 4,29 % в 2016 г. до 4,03 % в 2025 г. и по физико-химическим показателям с 5,08 % до 4,54 % соответственно. Доля проб продовольственного сырья и пищевых продуктов по санитарно-химическим показателям за период наблюдения не превышала среднесноголетний уровень, что обеспечило снижение в среднем за последние пять лет количества дополнительных случаев заболеваний всего населения, вероятно ассоциированных с потреблением пищевых продуктов, не соответствующих гигиеническим нормативам по содержанию токсичных элементов, таких как кадмий, ртуть, свинец, мышьяк на 46,4 %, и составило порядка 37,0 случаев заболеваний на 100 тыс. всего населения.

10. Продолжалась реализация мероприятий по обеспечению бесплатным горячим здоровым питанием обучающихся 1–4-х классов, и охват составил по Российской Федерации 100 %, обучающихся 5–11-х классов – 85,9 %. Благодаря многолетней системной межведомственной работе по популяризации и повышению доступности и охвата школьным питанием обучающихся удалось добиться снижения заболеваемости по анемиям, болезням щитовидной железы, заболеваниям органов пищеварения, гастритам и дуоденитам.

11. За десятилетний период отмечалась положительная динамика показателя охвата горячим питанием обучающихся профессиональных образовательных организаций, и удельный вес составил 70 %.

12. Показатель эффективности оздоровления детей остается на высоком уровне – 95,8 % (в том числе 96,2 % в стационарных загородных оздоровительных организациях).

13. Снижился уровень профессиональной заболеваемости в Российской Федерации по сравнению с 2016 г. на 46,26 % и составил 0,79 на 10 000 работников (2016 г. – 1,47). В качестве причин снижения показателей профессиональной заболеваемости могут являться низкое качество проведения обязательных медицинских осмотров работников, занятых во вредных условиях труда, недовыявление на периодических медицинских осмотрах ранних признаков профессиональной патологии и отсутствие подозрений на сформировавшиеся профессиональные заболевания.

14. Системно проводимый Роспотребнадзором комплекс санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий позволил обеспечить стабильную эпидемиологическую обстановку на территории Российской Федерации. Благодаря усилению мероприятий по санитарно-карантинному контролю во всех пунктах пропуска через государственную границу с использованием АИС «Периметр» удалось не допустить завоза и распространения в стране опасных инфекционных заболеваний.

15. Обеспечено поддержание высоких (не менее 95 %) уровней охвата профилактическими прививками детей в декретированных возрастах против

вакциноуправляемых инфекций, и благодаря системной вакцинопрофилактике гепатита В у детей и взрослых в 2025 г. регистрировались единичные случаи заболевания острым гепатитом В у детей (8 сл.) и минимальная за весь период наблюдения заболеваемость населения в целом (366 сл., 0,25 на 100 тыс.).

16. Реализация комплекса мероприятий позволила обеспечить поддержание статуса Российской Федерации как страны, свободной от полиомиелита и эндемичной краснухи. Ежегодно регистрируются единичные случаи дифтерии, в 2022–2025 гг. случаи не регистрировались. Принятые дополнительные меры позволили достичь снижения заболеваемости и обеспечить стабилизацию ситуации по кори и коклюшу в условиях очередного циклического подъема в 2022–2023 гг.

17. Обеспечена готовность Российской Федерации к очередному эпидемическому сезону гриппа, ОРВИ и COVID-19; ежегодно увеличивается число лиц, привитых против гриппа, – с 69,12 млн чел. в 2021 г. до 80,88 млн чел. в 2025 г.

18. В результате своевременно и в полном объеме организованных мероприятий в отношении природно-очаговых инфекций, в том числе чумы, не допущено осложнений и обеспечена стабильная эпидемиологическая обстановка по данной группе инфекций. Приняты дополнительные меры по минимизации рисков осложнения ситуации по опасным инфекционным заболеваниям, в первую очередь по холере. Несмотря на крайнее неблагополучие по холере в ряде стран мира, на территории Российской Федерации ситуация стабильная.

19. Обеспечена стабильная и контролируемая санитарно-эпидемиологическая ситуация на территориях новых субъектов Российской Федерации. С учетом проведенной оценки рисков по природно-очаговым и особо опасным инфекционным болезням разработан и реализуется комплексный план противоэпидемических мероприятий. В полном объеме организована работа территориальных органов и подведомственных организаций Роспотребнадзора. С июля 2022 года работают СПЭБ двух научно-исследовательских противочумных институтов (Ростовский и Волгоградский НИПЧИ).

20. Подготовлены предложения о наделении Роспотребнадзора полномочиями по принятию решений, служащих основанием для блокировки сайтов, распространяющих информацию о розничной торговле запрещенными БАД. Предложения закреплены постановлением Правительства Российской Федерации от 02.10.2025 № 1520 «О внесении изменений в постановление Правительства Российской Федерации от 26 октября 2012 г. № 1101».

21. Постановлениями Главного государственного санитарного врача Российской Федерации утверждены Санитарно-эпидемиологические требования в области радиационной безопасности населения при обращении источников ионизирующего излучения», обеспечен пересмотр 19 нормативных правовых актов по радиационной безопасности населения, санитарные правила СП 2.2.1.4111–25 «Санитарно-эпидемиологические требования к обеспечению безопасности населения при размещении и эксплуатации промышленных объектов, предназначенных для испытания и утилизации методом сжигания зарядов ракетных двигателей на твердом топливе», санитарные правила СП 2.2.5.4116–25 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению работ с метанолом».

23. В 2025 году обосновано 1067 гигиенических нормативов, в том числе включенных в состав санитарных правил и норм. Разработано более 28 методических указаний по методам контроля объектов среды обитания и 47 методических рекомендаций, обеспечивающих повышение точности и полноты эпидемиологических и гигиенических оценок ситуации.

24. Укрепляется сеть мобильных противоэпидемических лабораторий, обеспечивающих предупреждение и реагирование на угрозы инфекций на едином эпидемиологическом пространстве СНГ, в настоящий момент функционируют 30 мобильных лабораторий, переданных Роспотребнадзором.

25. При поддержке Правительства Российской Федерации Роспотребнадзор реализует программы сотрудничества по инфекционным болезням со странами СНГ, Африки, Юго-Восточной Азии и Южной Америки, продолжают работу 4 совместных центра изучения и профилактики инфекционных болезней (Вьетнам, Гвинейская Республика, Венесуэла и Бурунди). Продолжается реализация программы помощи странам Африки в борьбе с инфекционными болезнями, и 16 противоэпидемических лабораторий российского производства работают в 8 странах Африки.

26. Одним из ключевых показателей, характеризующих социально значимые результаты деятельности органов и организаций Роспотребнадзора по созданию и устойчивому функционированию региональных систем управления рисками здоровью и обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения в субъектах Российской Федерации, является предотвращенный экономический ущерб от рисков для здоровья населения в результате снижения воздействия факторов среды обитания.

Система мер, которые реализуются федеральными органами государственной власти, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления и субъектами хозяйствующей деятельности, в том числе на основании решений и предложений Роспотребнадзора по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения в рамках полномочий и контроля, позволяют предотвратить и минимизировать риски для здоровья населения. Величина предотвращенного экономического ущерба от рисков здоровью населения в субъектах Российской Федерации в 2025 году достигла 601,9 млрд руб.

27. Деятельность Роспотребнадзора в части улучшения качества атмосферного воздуха, питьевой воды, почв позволяет вероятностно предотвратить 46,3 тыс. дополнительных случаев смертей и более 3 млн 360 тысяч дополнительных случаев заболеваний. Эффективность контрольной (надзорной) и профилактической деятельности Роспотребнадзора в 2025 г. составила 16,95 руб. на 1 рубль затрат, соответствуя критерию «Высокая эффективность».

28. Последовательное и системное улучшение качества среды обитания населения и эпидемической ситуации в субъектах Российской Федерации, реализуемые адресные, учитывающие особенности санитарно-эпидемиологической обстановки меры и действия по управлению риском для здоровья, связанным с факторами среды обитания, включая карантинные меры и мероприятия по вакцинопрофилактике, повышение эффективности и целенаправленности надзорной деятельности, в том числе профилактической работы в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, реализация национальных и федеральных проектов обеспечили в последнее десятилетие улучшение состояния здоровья населения как ключевого социально значимого результата деятельности органов и организаций Роспотребнадзора.

Для заметок
