

О ситуации по заболеваниям, передающимся при укусе клещами, в Смоленской области

Клещи и методы защиты.

Клещи, обитающие на территории Смоленской области, являются потенциальными переносчиками целого ряда инфекционных заболеваний: клещевого вирусного энцефалита, иксодового клещевого боррелиоза (болезни Лайма), гранулоцитарного анаплазмоза человека, моноцитарного эрлихиоза человека, бабезиоза, туляремии и многих других.

На территории Смоленской области обитают два вида иксодовых клещей (сем. Ixodidae): **Ixodes ricinus** (I.ricinus) – лесной клещ и **Dermacentor reticulatus** (D.reticulatus).



I.ricinus - лесной клещ, отличительными чертами которого является тело овальной формы, покрытое эластичной кутикулой. Длина тела голодных клещей варьирует от 1,5 до 6 мм, сытых до 15 мм. На спинной стороне имеется хитиновый щиток, покрывающий лишь небольшой участок передней части спины. Тело клещей имеет цвет от коричнево-красноватого до черного цвета.

D.reticulatus - луговой клещ, тело имеет круглую форму, сверху покрыто спинным щитком с мраморной окраской, который у самок покрывает часть тела, у самца полностью. Эти клещи более крупные (длина тела достигает в длину от 4 до 5 мм, сытых до 15 мм).



Ареал распространения **I. ricinus** – территории, покрытые лесами, кустарниками.

D.reticulatus – луговой клещ, обитатель лугов и полей, может встречаться в кустарниках.

Смоленская область не является эндемичной по клещевому вирусному энцефалиту (т.е. возбудитель клещевого энцефалита на территории области **не зарегистрирован**), но на соседних территориях – Тверской, Псковской, Московской (Дмитровский и Талдомский районы), областях это заболевание регистрируется. Смолянам необходимо быть настороженными при выезде на отдых в Белоруссию, так как на территории этой страны имеются стойкие очаги клещевого энцефалита в НП «Припятское», в «Беловежской пуще».

Более распространённым заболеванием в Смоленской области является **клещевой боррелиоз** (болезнь Лайма, Лайм-боррелиоз, иксодовый клещевой боррелиоз) – трансмиссивная природно-очаговая инфекция с острым или хроническим течением, при которой возможны поражения кожи, нервной, сердечно-сосудистой систем, печени и опорно-двигательного аппарата.

Заражение человека происходит **трансмиссивным** путем, т.е. во время кровососания голодных инфицированных вирусами или бактериями клещей со слюной.

Погружение хоботка в кожу сопровождается обильным выделением слюны, часть которой **обезболивает** место укуса, вызывает **лизис** тканей и предотвращает свертывание крови, другая часть, обволакивает кожу у входного отверстия и через несколько минут хоботок застывает в “цементной” слюнной пробке (именно поэтому так трудно снять присосавшегося клеща).

На теле человека клещи, чаще всего, прикрепляются к коже в волосистой части затылка, шеи, в подмышечной и паховой областях, в области пупка, в промежности, под лопатками и по ходу позвоночника, где одежда менее плотно прилегает к поверхности тела. С момента наползания клеща на одежду человека до начала кровососания проходит несколько часов.

Единой прививки «от клеща» – не существует!!!
Можно привиться только от клещевого энцефалита!!!

От других заболеваний, переносимых клещами (**иксодовый клещевой боррелиоз, моноцитарный эрлихиоз человека, гранулоцитарный анаплазмоз человека**) **ВАКЦИН НЕТ**, соответственно привиться от этих инфекций нельзя, одним из надежных способов профилактики этих заболеваний является **антибиотикопрофилактика** - назначение антибиотиков после укуса клеща в инкубационном периоде. Эта терапия должна осуществляться **ТОЛЬКО по назначению и под контролем ВРАЧА**.

Меры специфической профилактики КЛЕЩЕВОГО ВИРУСНОГО ЭНЦЕФАЛИТА:

- **профилактические прививки** против клещевого энцефалита проводятся лицам отдельных профессий, работающим в **эндемичных** очагах или выезжающих в них (командированные, студенты строительных отрядов, туристы, лица, выезжающие на отдых, на садово-огородные участки);

- **серопротекцию** (непривитым лицам, обратившимся в связи с присасыванием клеща на эндемичной по клещевому вирусному энцефалиту территории – введение человеческого иммуноглобулина против клещевого энцефалита в течение 96 часов после присасывания клещей и обращения в медицинские организации по показаниям)

Все люди, выезжающие на работу или отдых в **неблагополучные** по клещевому вирусному энцефалиту территории, должны быть **обязательно** привиты.

За 2024 год в учреждения здравоохранения Смоленской области по поводу присасывания клещей обратилось **1338** человек, из них **303** ребёнка. За этот же год в Смоленской области зарегистрировано **21** случай заболевания боррелиозом.

В лаборатории ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Смоленской области» за эпидсезон в **2024 году** был исследован **1091 клещ**, в том числе **455 снятых с людей**, из окружающей среды - **636 клещей**. Среди клещей снятых с людей выявлены положительные результаты: в **88** случаях обнаружены возбудители **клещевого боррелиоза**, в **12** – возбудители **гранулоцитарного анаплазмоза** человека, в **2-х** случаях возбудители **моноцитарного эрлихиоза** человека; возбудители **клещевого вирусного энцефалита** в исследованных клещах **не обнаружены**.

С перечнем территорий, **эндемичных по клещевому вирусному энцефалиту**, можно ознакомиться на официальном сайте Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека: <http://www.rosпотребнадзор.ru/>.

К субъектам Российской Федерации **высокого эпидемиологического риска** отнесены 17 регионов: ЦФО – Костромская (4,4) область; СЗФО – Архангельская (4,8) и Вологодская (4,5) области, Республика Карелия (4,2); ПФО – Кировская область (8,1), Пермский край (5,2); Удмуртская Республика (3,7); УФО – Тюменская (4,6) область; СФО – Красноярский край (11,0), Республика Тыва (8,9), Республика Алтай (6,7), Томская (6,7) область, Республика Хакасия (6,2), Новосибирская (5,1), Иркутская (4,2) и Кемеровская (3,9) области; ДФО – Забайкальский край (4,0). СМП заболеваемости КВЭ для группы этих субъектов равен $5,7 \pm 0,5$ на 100 тыс. нас. с колебаниями по отдельным территориям от 3,7 (Удмуртская Республика) до 11,0 (Красноярский край) (рис. 7).

К субъектам **среднего эпидемиологического риска** отнесено 14 регионов: ЦФО – Ярославская область (0,8); СЗФО – Республика Коми (1,6), Ленинградская (1,2), Калининградская (1,2) и Псковская (0,96) области, г. Санкт-Петербург (0,95); УФО – Курганская (3,2), Свердловская (2,7) и Челябинская (2,6) области, ХМАО-Югра (1,2); СФО – Омская область (1,4), Алтайский край (1,3); в ДФО – Республика Бурятия (3,5), Приморский (1,0) край;

СМП заболеваемости КВЭ для группы этих субъектов равен $1,7 \pm 0,3$ на 100 тыс. нас. с колебаниями по отдельным территориям от 0,8 (Ярославская область) до 3,5 (Республика Бурятия).

Группа субъектов с **низким уровнем заболеваемости** включает 18 регионов: ЦФО – Тверская (0,5), Ивановская (0,2) и Московская (0,02) области; СЗФО – Новгородская (0,6) область; ПФО – Республика Башкортостан (0,7), Оренбургская (0,2), Нижегородская (0,1), Ульяновская (0,09) области, Республики Татарстан (0,08) и Марий Эл (0,06), Самарская (0,04) область; ЮФО – Республика Крым (0,07) и г. Севастополь (0,05). ДФО – Еврейская автономная область (0,7), Сахалинская область (0,4), Хабаровский край (0,4), Амурская область (0,2), Республика Саха-Якутия (0,1).

В эпидемический сезон 2024 г. зарегистрировано 1665 случаев заболевания КВЭ (инцидентность 1,14), в т.ч. 226 среди детей (0,75), что находится на уровне среднемноголетних значений (1,3). Наибольшее число случаев КВЭ зарегистрировано в СФО – 661 (39,8 % от всех по стране), ПФО – 330 (19,9 %), УФО – 313 (18,9 %), СЗФО – 178 (10,7 %), ДФО – 118 (7,1 %), ЦФО – 56 (3,4 %), ЮФО – 3 (0,18 %). Наиболее активно эпидемический процесс протекал в Красноярском крае (10,4), Кировской области (9,6), Республике Тыва (7,1), Забайкальском крае (5,9), Республике Алтай (5,7), Пермском крае (5,3), Республике Хакасия (5,7), Костромской (4,5) и Архангельской (4,5) областях.

В **структуре заболеваемости** КВЭ населения России преобладала возрастная группа 50 лет и старше (46,3 %), доля детей до 17 лет составила 15,1 %.

В **социальной структуре** наибольший удельный вес составляют неработающее население (29,7 %), пенсионеры (27,6 %), работающие лица (25,8 %). На другие социальные группы (дети, студенты) приходится 16,0 %. В структуре заболевших преобладает городское население (более 70 %).

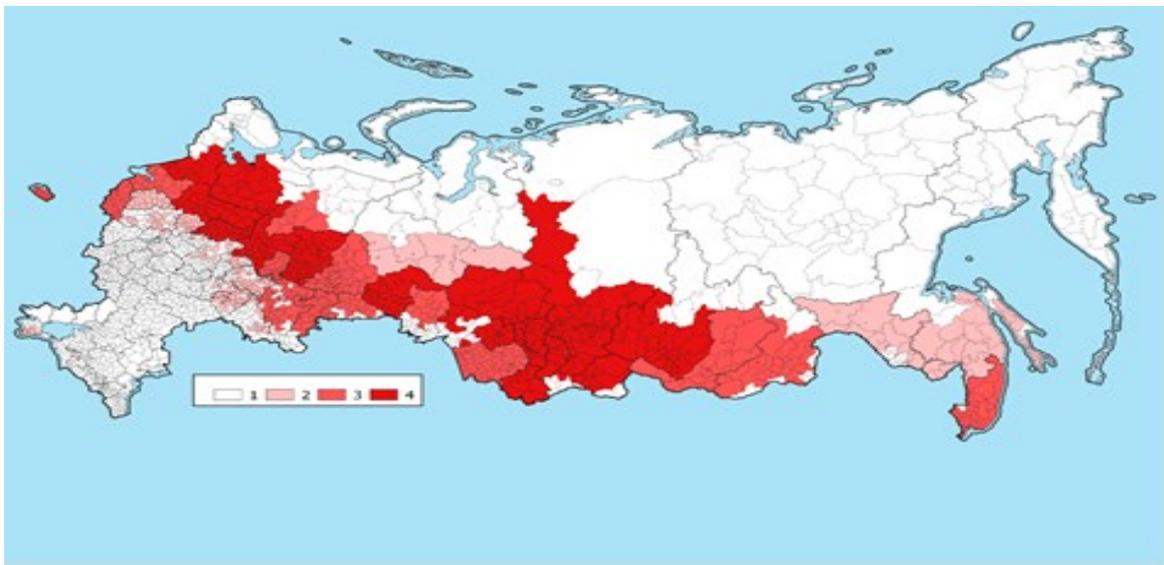


Рис. 7. Дифференциация территорий субъектов Российской Федерации по СМП заболеваемости КВЭ на 100 тыс. нас.

Примечание: 1 – не эндемичные территории; 2 – низкий уровень – до 0,74; 3 – средний уровень – от 0,75 до 3,71; 4 – высокий уровень – более 3,72.

В структуре клинических проявлений КВЭ, как и в предыдущие годы, преобладали лихорадочная (63,0 %) и менингеальная (21,3 %) формы (рис. 8). Очаговые формы болезни зарегистрированы в 12,5 % случаев. Вместе с тем, в ряде субъектов доля очаговых форм превышает 20 % от всех зарегистрированных случаев: Кировская, Оренбургская, Тюменская и Кемеровская области, Алтайский край, Республика Башкортостан, ХМАО-Югра.

Основным путем передачи КВЭ является трансмиссивный, реализуемый при присасывании инфицированного клеща. Однако 10 случаев заражения КВЭ произошло алиментарным путем (0,6 %): в Республике Карелия, Пермском крае, Калининградской, Кировской, Свердловской, Костромской, Вологодской, Томской областях.

На территориях 35 субъектов Российской Федерации выявлено 111 завозных случаев КВЭ: г. Санкт-Петербург – 17, г. Москва – 9, Республика Хакасия, Тюменская область – по 7, Красноярский край, Иркутская область – по 6, Новосибирская область – 5, Нижегородская область, Алтайский край – по 4, Челябинская, Кировская и Кемеровская области, Пермский край – по 3, Тверская, Вологодская, Ярославская, Калининградская, Свердловская, Курганская и Томская области, республики Бурятия, Саха (Якутия), Удмуртская республика, ХМАО-Югра – по 2, Московская, Костромская, Архангельская, Волгоградская и Оренбургская области, республики Карелия, Крым, Башкортостан, Тыва и Забайкальский край – по 1. Заражение происходило при посещении людьми эндемичных территорий других регионов страны, а также во время пребывания за границей (Республика Беларусь, Армения и Швейцария).

В 2024 г. зарегистрировано 46 летальных исходов от КВЭ (летальность 2,7 %), что превышает СМП на 20 %. Наибольшая доля случаев с летальным исходом приходится на 3 ФО (Сибирский, Уральский и Приволжский).

Летальные случаи от КВЭ отмечены: 8 - в Красноярском крае (летальность – 2,7 %), 6 - Челябинской области (7,1 %), 5 - Пермском крае (3,8 %), по 4 - Удмуртской Республике (8,9 %) и Новосибирской области (4,7 %), 3 - Свердловской области (2,4 %), по 2 - ХМАО-Югра (7,4 %), Кировской (1,8 %) и Иркутской (2,3 %) областях, по 1 - Тверской, Архангельской, Вологодской, Кемеровской и Омской областях, Алтайском и Забайкальском краях, республиках Бурятия и Саха (Якутия), Еврейской автономной области.

Основная причина летальных исходов – отсутствие профилактических прививок против КВЭ, а также неполный курс иммунизации, позднее обращение за медицинской помощью.