



**Клещевые инфекции и  
малярия.  
Профилактика.**

**Семижон О.А.  
врач-эпидемиолог  
ПЭО ЭО ГУ «МГЦГЭ»**

**03.03 2026 год**

- ❖ Первые укусы клещей регистрируются при температуре 5°C и выше.
- ❖ Периоды повышенной активности клещей май-июнь и август-сентябрь.

- ✓ Тело у клеща плоское, брюшко – красно-коричневого или коричневого цвета.
- ✓ На переднем конце тела находится хоботок, которым он прокалывает кожу и присасывается.
- ✓ У самок половина брюшка закрыта темным щитком.
- ✓ Размеры голодного клеща 2-3 миллиметра, насосавшись крови, он достигает размеров – до 1 см.

- Клещи не летают, не бегают и не прыгают, это малоподвижные паразиты.
- Поджидают свою жертву, забираясь на травинки и ветки кустарников на высоту до 50 см (максимально до 80-100 см.).
- Наряду с вертикальными, клещам свойственны и небольшие горизонтальные перемещения (за месяц проползают не более 5 м.) Перемещаются на большие расстояния на различных животных и птицах.

На растениях клещ располагается таким образом, чтобы передняя пара конечностей могла свободно потянуться вперед при приближении потенциального прокормителя. Это так называемая поза ожидания.

- ✳ Попав на тело человека или шерсть животного, клещ ищет подходящее место для присасывания, на что иногда затрачивает много времени (от получаса и более).
- ✳ У человека чаще всего клещи присасываются на шее, груди, в подмышечных впадинах, паховых складках.

• **Кровососание самки** клеща продолжается много дней (ок.6 суток), и при полном насыщении она увеличивается в весе в 80-120 раз. **Кровососание самца** длится обычно несколько часов и иногда остается незамеченным.

• Напивавшись кровью, самка откладывает тысячи яиц из которых вылупляются **личинки**, размером они не больше макового зерна и **всею с тремя парами ног**. Питаются на мелких лесных зверьках и птицах и уходят в лесную подстилку. Там они линяют, превращаясь в следующую фазу развития – нимфы.

• **Нимфы** - крупнее и **имеют уже четыре пары конечностей**. Перезимовав, нимфы питаются на животных покрупнее: белках, бурундуках, зайцах, ежах. Напивавшаяся нимфа **через год превращается в имаго (либо в самку, либо в самца)**.

• Таким образом, цикл развития клеща длится **минимум три года**. За это время клещи питаются всего три раза.



# Инфекции, возбудителей которых передают человеку иксодовые клещи

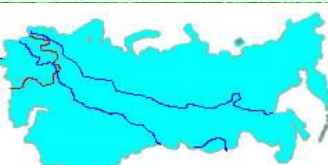
- клещевой вирусный энцефалит
- иксодовые клещевые боррелиозы (болезнь Лайма)
- клещевые риккетсиозы
- моноцитарный эрлихиоз человека
- гранулоцитарный анаплазмоз человека и др.

# 1. КЛЕЩЕВОЙ ЭНЦЕФАЛИТ

**Клещевой энцефалит** — вирусная инфекция, поражающая оболочки, серое и белое вещество и другие отделы головного и спинного мозга ЦНС, корешки спинномозгового нерва и периферические нервы, приводящая к развитию парезов и параличей.

Вирус клещевого энцефалита - нейротропный, РНК-содержащий. Относится к роду *Flavivirus*, входит в семейство *Flaviviridae* экологической группы арбовирусов. Механизм передачи ВКЭ - **трансмиссивный**, путь передачи – через укусы клеща, с его слюной. Реже **алиментарный** путь передачи - через молоко инфицированных коз и коров. Можно заболеть КЭ, при раздавливании клещей пальцами рук, при наличии на коже микропорезов или трещин. **Передача ВКЭ** может происходить в первые минуты присасывания клеща к человеку, заражающая доза - одна миллионная часть вирусного пула.

Резервуар и источники возбудителя: более 130 видов теплокровных диких и домашних животных и птиц восприимчивых к возбудителю, в т.ч. около 50 видов были обнаружены инфицированными ими. Однако основным видом, поддерживающим существование возбудителя в природе являются **иксодовые клещи**.



Различают **западный и восточный типы** клещевого энцефалита, и соответственно их возбудителей – 3 субтипа ВКЭ: европейский, сибирский и дальневосточный.

	Западный регион	Приангарье	Дальний Восток
Основной переносчик	<b>I. ricinus (лесной клещ)</b> ), а также Луговой клещ ( <i>Dermacentor reticulatus</i> )	<i>I. persulcatus</i> (таежно-луговой)	<i>I. persulcatus</i> (Таежно-луговой)
Доминирующий генотип ВКЭ и прототипный штамм	<b>Центрально-Европейский (Найдорф)</b>	<b>Сибирский</b> (Айна/1448) Урало-Сибирский (Лесопарк-11)	<b>Дальневосточный</b> (Софьин)
Инкубационный период	<b>7-14 дней</b>	9-11 дней	6-15 дней
Клиническое течение	<b>Двухволновое течение</b> <b>-1-я волна - 3-7 дней (Т- до 38°, легкое течение)</b> <b>-Период апирексии - 7-14 дней</b> <b>-2-я волна - Т-40°, симптомы поражения ЦНС: менингеальный синдром, легкие энцефалитические поражения</b>	Протекает в виде лихорадочных и менингеальных форм. Частая хронизация инфекции	Чаще одна волна Т-38- 40° - 6-8 дн. менингоэнцефалитическая и очаговая форма Стойкие парезы и параличи.
Остаточные явления	<b>10-20%- слабо выраженные нейропсихические расстройства</b>	<b>16,7%</b> АВС-10,7%, Парезы -1,7% Мыш.атрофии-2,9%	<b>74,5%</b> Рассеянная симптоматика- 25,3% Выраженная-22,1
Летальность	<b>Нет данных</b>	<b>2,4 ±0,3</b>	<b>24,4 ±0,9</b>

# Многолетняя динамика заболеваемости клещевым энцефалитом населения г.Минска за период 2016-2025 гг.

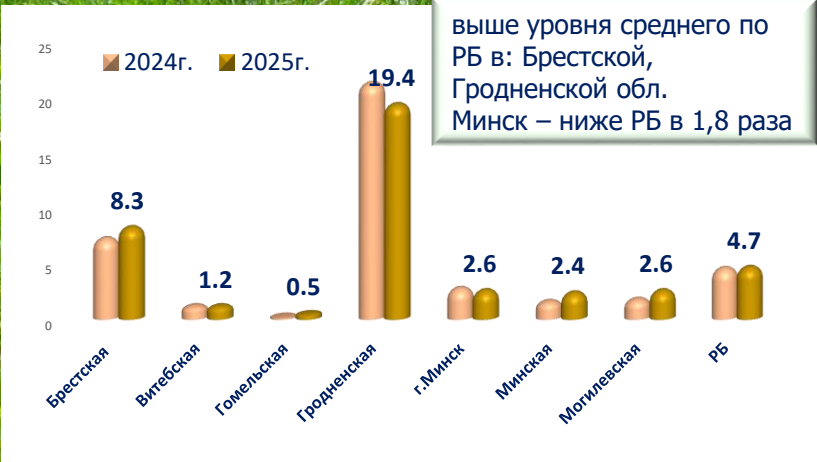


Для территории г. Минска КЭ является малораспространенным заболеванием. Многолетняя динамика заболеваемости КЭ населения г. Минска характеризуется выраженной тенденцией к росту заболеваемости (Т пр. = +15,41%).

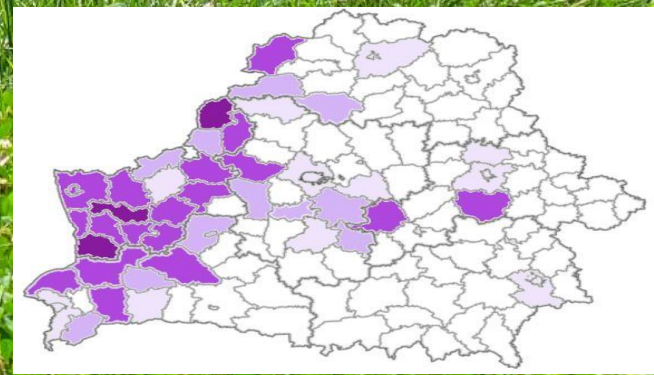
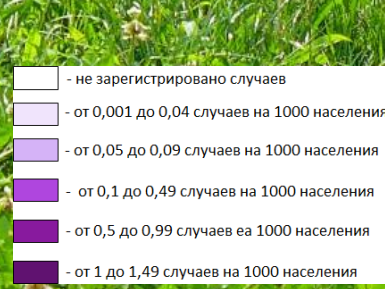
Минимальный показатель заболеваемости зафиксирован в 2020 году, максимальный показатель в 2024 году.

В 2025 году отмечена стабилизация показателя заболеваемости по сравнению с 2024 годом (2,6 и 2,8 соответственно). Всего в 2025 зарегистрировано 52 случая КЭ (2024 г. – 56).

Показатель заболеваемости КЭ в г. Минске ежегодно ниже такового в целом по Республике Беларусь (в 1,8 раза).



## Распространенность клещевого энцефалита в РБ (2024)



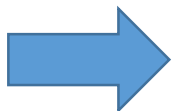
**Сравнительная характеристика заболеваемости клещевым энцефалитом в РБ и некоторых стран Европы**



Страны	Показатели заболеваемости КЭ в сравнении с РБ
Литва	+ в 15,4 раза
Латвия	+ в 11,9 раза
Эстония	+ в 7,7 раза

## Сведения о заболеваемости **клещевым энцефалитом** в г.Минске в **2025** году

- ✓ 94% заболевших составили взрослые, 6% дети.
- ✓ Большинство заболевших, это неработающие (46%), пенсионеры (29%), что связано с наиболее частым посещением этими социально-возрастными группами населения дачных участков и лесных массивов, с целью сбора цветов, ягод и грибов, отдыха, туризма.
- ✓ Наибольшее количество случаев зарегистрировано с июня по сентябрь (81%).
- ✓ На укус клеща в анамнезе указали 42% пациентов с КЭ, остальные укуса клеща не отмечали.
- ✓ В 98% заболевшие КЭ получили лечение в инфекционных стационарах города.
- ✓ В клиническом течении преобладала средняя степень тяжести заболевания (91%).
- ✓ Предположительно заражение КЭ произошло на территории Минской области в 37% случаях (Минский район – 12%, Воложинский, Дзержинский, Червенский районы по 4%), других областей в 19%, в 44% случаев предполагаемая территория заражения не установлена.



Все вышеуказанное является характерным для доминирующего в Республике Беларусь **западного типа** клещевого энцефалита.

# Множественные случаи **клещевого энцефалита** с алиментарным путем передачи в г.Минске зарегистрированные в **2022** году

(в **2023, 2024, 2025** множественные случаи с алиментарным путем передачи не регистрировались)

В 2022 г. в г. Минске зарегистрированы **множественные случаи клещевого энцефалита с алиментарным путем передачи**, объединенные общим продуктом питания.

- С 08.07.2022 г. по 19.07.2022 г. заболело 5 жителей г. Минска, которые употребили козье молоко без термической обработки, привезенное из фермерского хозяйства Витебской области.
- Заболевшие – все взрослые, две семьи (2 и 3 человека), проживающие в Первомайском районе. В июне 2022 г. за пределы г. Минска не выезжали.
- Основные симптомы заболевания: повышение температуры тела до 38-39°C, головная боль, у некоторых – боль в мышцах и суставах.
- Все заболевшие госпитализированы в УЗ «Городская инфекционная клиническая больница», пролечены и выписаны в удовлетворительном состоянии.
- Диагнозы установлены исходя из эпидемиологического анамнеза (употребление козьего молока без термической обработки), клинических данных и результатов лабораторного обследования (выявление Ig M и Ig G к вирусу клещевого энцефалита).
- Заключительные диагнозы: «Клещевой вирусный энцефалит менингеальная форма, средней тяжести» – в 3-х случаях, «Клещевой вирусный энцефалит менингоэнцефалитическая форма, средней тяжести» – в 1 случае, «Клещевой вирусный энцефалит лихорадочная форма, средней тяжести» – в 1 случае.

# Профилактика клещевого энцефалита

1. Избегать контакта с переносчиком (использование защитной одежды, применение репеллентов, проведение само- и взаимоосмотров).
2. Употреблять только кипяченое (пастеризованное, стерилизованное) козье и коровье молоко.
3. Своевременно проводить вакцинацию подлежащим контингентам населения,
4. Использовать средства индивидуальной защиты рук при удалении клеща (перчатки, при их отсутствии -целлофановые пакеты и др.).

При появлении клинических симптомов заболевания (повышение температуры, головная боль и др.) пациенту необходимо обратиться для консультации к врачу, как при наличии укуса клеща, так и при отсутствии укуса клеща в анамнезе, в случае если пациент посещал лесные, дачные массивы, выгуливал животных и т.д., употреблял сырое козье молоко.

## Специфическая профилактика клещевого энцефалита

Иммунизация против клещевого энцефалита в Республике Беларусь осуществляется в соответствии с перечнем профилактических прививок по эпидемическим показаниям (Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от **01.07.2024 № 111** Об изменении постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 17.05.2018г №42 О профилактических прививках»), т.е. **Работникам, а также студентам (учащимся), выезжающим в составе организованных групп в эндемичные территории (страны), чья профессиональная деятельность связана с выполнением лесозаготовительных (в том числе по расчистке и благоустройству леса), гидромелиоративных, строительных и других работ, при которых возможен риск заражения клещевым вирусным энцефалитом, в том числе на административно-территориальных единицах с показателем заболеваемости выше 0,05 случая на 1000 населения. Военнослужащие, лица начальствующего, рядового состава и работники органов внутренних дел, органов и подразделений по чрезвычайным ситуациям, других войск и воинских формирований, занятые в проведении работ (несении службы) в лесистой местности (пункт 11).**

Остальным гражданам прививку можно сделать на платной основе в учреждениях здравоохранения, городском центре вакцинопрофилактики на базе УЗ «Городская детская инфекционная клиническая больница», медицинских центрах.

Вакцинация проводится по основной и экстренной схемам:

- ✓ **Основная схема** (Первая вакцинация, вторая вакцинация через 1-7 месяцев, третья через - 12 месяцев) проводится с последующей ревакцинацией раз в 3 года. Чтобы сформировать иммунитет к началу эпидсезона, первую дозу вводят осенью, вторую зимой.
- ✓ **Экстренная схема** применяется для невакцинированных лиц, приезжающих в эндемичные очаги весной-летом. Проводится не менее 2-х прививок с интервалом в 0,5-1 месяц (защита сформируется не ранее 2-х недель после второй прививки). Для закрепления результата через 12 месяцев вводится третья доза вакцины. Далее, для поддержания иммунитета, однократно в каждые 3 года проводится ревакцинация. Иммунитет появляется через две недели после введения второй дозы, в независимости от вида вакцины и выбранной схемы.

Вакцины против КЭ в г.Минске	Производитель	Процедура вакцинации—стоимость в ГУ «ГДИКБ»
Энцевир	Россия - Микроген НПО АО	33.72
Клещ-Э-вак (до 16 лет)	Россия - Институт им. М.П. Чумакова	39.14
Клещ-Э-вак (с 16 лет и старше)	Россия - Институт им. М.П. Чумакова	33.57
ТикоВак Джуниор	Pfizer (Пфайзер, США).	99.23
ТикоВак	Pfizer (Пфайзер, США).	104.64



## Справочный материал

# 2. БОЛЕЗНЬ ЛАЙМА

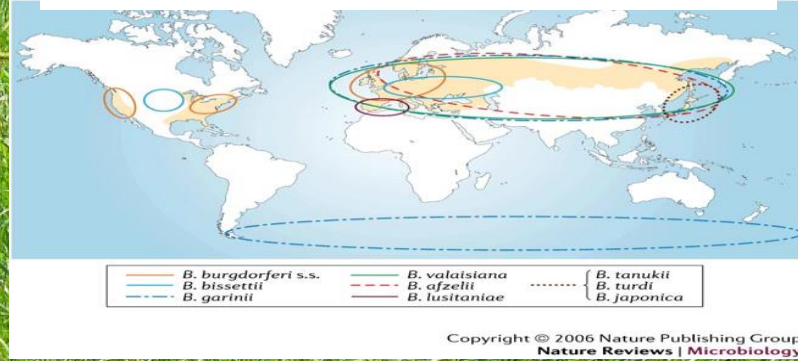
✚ Болезнь Лайма (синонимы: иксодовые клещевые боррелиозы, Лайм-боррелиоз) - природноочаговое трансмиссивное заболевание, вызываемое боррелиями и передающееся иксодовыми клещами, имеющее склонность к хроническому и рецидивирующему течению, преимущественному поражению кожи, нервной системы, опорно-двигательного аппарата и сердца.

- ✚ Возбудители БЛ относятся к семейству Spirochaetaceae, роду Borrelia.
- ✚ В настоящее время по отличиям в нуклеотидных последовательностях ДНК различают 13 геновидов боррелий. Все они составляют комплекс *B. burgdorferi sensu lato*.
- ✚ В Европе доказана патогенность 5 видов геновидов: *B. burgdorferi sensu stricto*, *B. garinii* и *B. afzelii* (+2 - *B. spielmanii*, *B. bavariensis*).
- ✚ От вида боррелий может зависеть характер органических поражений у пациента. Так, получены данные о существовании ассоциации между
  - *B. garinii* и неврологическими проявлениями (нейроборрелиоз),
  - *B. burgdorferi s. s.* (*B. spielmanii*, *B. bavariensis*) и Лайм-артритом,
  - *B. afzelii* и хроническим атрофическим дерматитом.
- ✚ Таким образом, в настоящее время, под термином "Болезнь Лайма" принято подразумевать целую группу этиологически самостоятельных иксодовых клещевых боррелиозов.

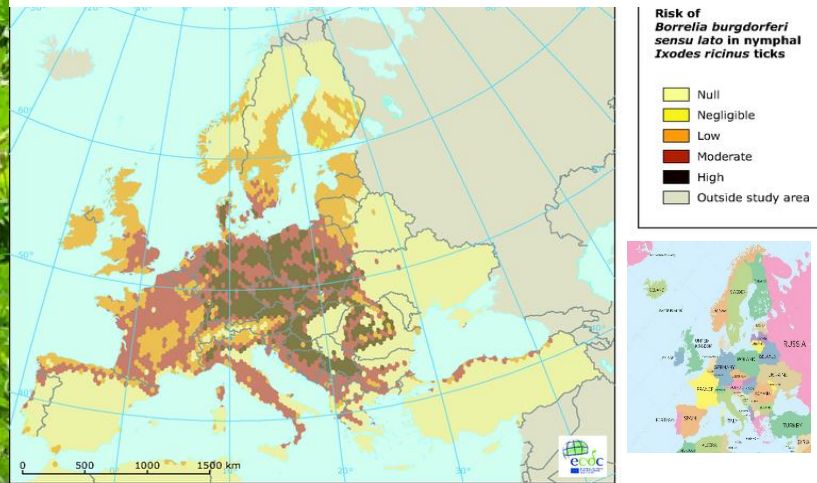
Круг естественных носителей боррелий в природных очагах включает многие виды диких и домашних позвоночных животных (главным образом различные виды грызунов, лоси и др.) и птиц. Он определяется трофическими связями различных фаз зараженных боррелиями клещей.

Заражение человека происходит **трансмиссивным путем**, во время кровососания голодных зараженных клещей (с их слюной)

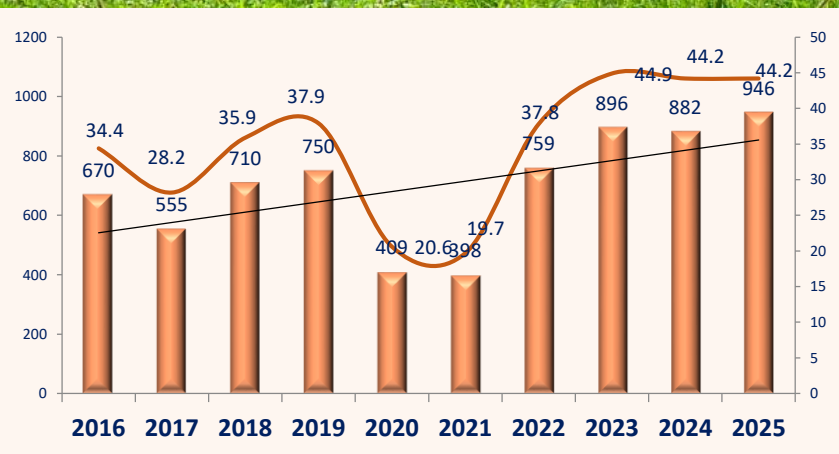
### Патогенные геновиды боррелий



Распределение стран Европы по **рisku укуса инфицированных боррелиями клещей и соответственно по заражению болезнью Лайма** (оценка риска Международного эпизоотического Бюро (МЭБ) стандарты на пяти уровнях (высокий, средний, низкий, незначительный, и нуль)



## Многолетняя динамика заболеваемости болезнью Лайма населения г. Минска за период 2016-2025 гг.



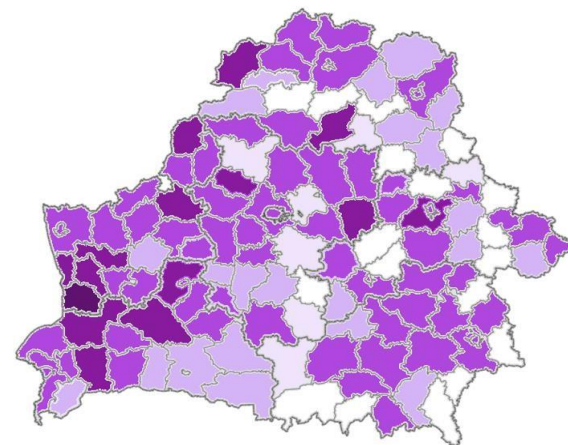
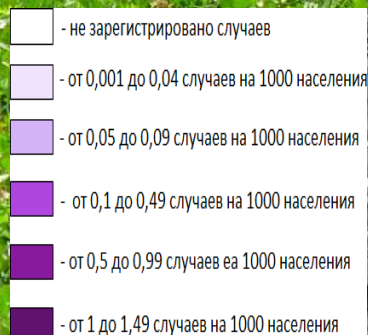
Многолетняя заболеваемость населения г. Минска БЛ характеризуется умеренной тенденцией к росту (Т пр. = +4,71%). **Минимальный** показатель заболеваемости зарегистрирован в 2021 году (19,7 на 100 тысяч населения, 398 случаев), **максимальный** в 2025 году (47,5 на 100 тысяч населения, 946 случаев).

**За 2025** показатель заболеваемости БЛ населения г. Минска по сравнению с аналогичным уровнем прошлого года **вырос на 7,5%** и составил 47,5 на 100 тысяч населения (946 случая) (2024 – 44,2 на 100 тысяч населения, 8882 случая).

За период 2016-2025 годы показатель заболеваемости населения БЛ в г. Минске **ежегодно выше, чем в целом по Республике Беларусь** (в 1,12 раза в 2025), что вероятно связано с высоким уровнем качества диагностики в г.Минске и информированности населения о необходимости обращения за медицинской помощью при появлении клинических симптомов заболевания после укуса клеща.



### Распространенность болезни Лайма в РБ (2024)



### Сравнительная характеристика заболеваемости болезнью Лайма в РБ и некоторых странах Европы

Страны	Показатели заболеваемости КЭ в сравнении с РБ
Литва	+ в 8,0 раза
Латвия	+ в 2,1 раза
Эстония	+ в 7,8 раза

## Сведения о заболеваемости **болезнью Лайма** в г.Минске в **2025 году**

- ✓ В возрастной структуре заболевших БЛ – 93% составили взрослые: большинство из которых неработающие (52%), наиболее часто посещающие дачные участки и лесные массивы, с целью сбора цветов, ягод и грибов, отдыха, туризма.
- ✓ Наибольшее число случаев БЛ (71%) зарегистрировано в июле-октябре, что является характерным для данного заболевания
- ✓ Среди зарегистрированных случаев 41% пациентов указали на укус клеща в анамнезе, что соответствует данным научных источников («около 50% больных пациентов с установленным диагнозом БЛ указывают на факт присасывания клеща»).
- ✓ По степени тяжести течения заболевания в 2024 г. у 55,5% пациентов регистрировалась легкая форма, у 44,4% – средняя степень тяжести.
- ✓ 95% пациентов были пролечены амбулаторно, 5% – госпитализированы в стационары.
- ✓ В 2025 г. – 7 пациентов из 946 заболевших БЛ (0,7%) с их слов с профилактической целью принимали антибиотик по рекомендованной схеме. Остальные заболевшие БЛ (99,3%) профилактическое лечение не принимали, а обратившимся в УЗ по факту присасывания клеща (5762 человек) была назначена химиопрофилактика, что подтверждает эффективность своевременно проведенного профилактического лечения в отношении клещевых инфекций с бактериальной этиологией, которая по данным научных источников составляет 87-95%.
- ✓ В большинстве случаев предполагаемым местом заражения БЛ минчан, которые отметили укус клеща в анамнезе, является Минская область – 83% (Минский, Пуховичский, Логойский, Молодечненский, Смолевичский и другие районы).



# Профилактика Болезни Лайма и других бактериальных клещевых инфекций после укуса клеща

## 1. Своевременное и правильное удаление клеща

## 2. Медикаментозная профилактика.

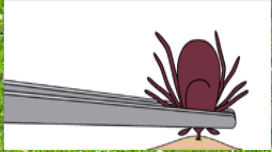
Назначение антибиотикопрофилактики осуществляется лечащим врачом (при отсутствии аллергии и других противопоказаний).

## 3. Своевременное обращение к врачу:

- ✓ **после укуса клеща** (назначение профилактического лечения и т.д.),
- ✓ **при** появлении **клинических симптомов заболевания** (мигрирующая эритема и др.) *как при наличии укуса клеща, так и при отсутствии укуса клеща в анамнезе*, в случае если пациент посещал лесные, дачные массивы, выгуливал животных и т.д. в рамках потенциального инкубационного периода БЛ.

# 1.Своевременное и правильное удаление клеща

Клеща следует как можно быстрее удалить. Чем дольше он находится в присосавшемся состоянии, тем больше вероятность заражения человека.



## Правила удаления клеща

1. При удалении клеща нельзя использовать масла, жирные кремы, которые закупоривают его дыхательные отверстия и провоцируют дополнительный выброс возбудителей в кровь человека.
2. Нельзя надавливать на брюшко, при этом возможно выдавливание его содержимого вместе с возбудителями в ранку.
3. Извлечение клеща необходимо производить круговыми движениями (хоботок клеща имеет «зазубринки», поэтому при удалении его надо «выкручивать»).
4. Удаление клеща необходимо проводить в средствах защиты (перчатки, при их отсутствии – целлофановые пакеты).
5. После удаления клеща ранку необходимо продезинфицировать (настойкой йода, спиртом или др.).

## Способы удаления клеща

1. **При помощи хлопчатобумажной нитки.** Ее завязывают в узел, как можно ближе к хоботку. Закручивая концы нити при помощи кругового движения, извлекают клеща, потихоньку подтягивая его вверх. Резкие движения недопустимы.
2. **При помощи стерильной (прокаленной) иглы** – как занозу.
3. **Пинцетом.** Клеща нужно захватить как можно ближе к хоботку. Затем его аккуратно вытаскивают, вращая вокруг своей оси в удобную сторону. Обычно через 1-3 оборота клещ извлекается целиком вместе с хоботком. Если же клеща попытаться выдернуть – велика вероятность его разрыва.
4. **Специальными устройствами (приспособлениями) для удаления клещей промышленного изготовления** – Удалить согласно рекомендациям производителя, изложенным в инструкции по применению.



## Справочно: Лабораторное исследование клеща на боррелии – является *не обязательным*

**В отделении паразитологии микробиологической лаборатории ГУ «Минский городской центр гигиены и эпидемиологии» (ул. Плеханова, 18 ) проводятся:**

- ✓ Исследование клеща на бесплатной основе по направлению УЗ (назначается в УЗ лицам, имеющим медицинские противопоказания к приему лекарственных средств на основании приказа МЗРБ от 19.04.2016 №338 «О мероприятиях по профилактике заболеваний, передаваемых иксодовыми клещами», п.8) – проводится методом окраски по Романовскому-Гимзе только на боррелии.
- ✓ Исследование клеща на платной основе (при желании пациента, без направления УЗ) проводится методом ПЦР на боррелии, вирус клещевого энцефалита, анаплазмоз и эрлихиоз.

Стоимость тестирования клеща методом ПЦР по состоянию на 01.07.2025 составляет:  
для граждан Республики Беларусь - 59,09 рублей.  
для иностранных граждан - 73,53 рублей

Справочно: для исследования, клеща необходимо поместить во флакончик с кусочком смоченной водой ваты и закрыть плотной крышкой, до отправки на исследование хранить в холодильнике.

*ПРИЕМ КЛЕЩЕЙ НА ИССЛЕДОВАНИЕ: ул. Плеханова, 18, 2 этаж, отделение паразитологии (здание государственного учреждения "Центр гигиены и эпидемиологии Заводского района г. Минска" (проезд – ст. метро «Партизанская» и одна остановка любым транспортом в сторону микрорайона «Серебрянка» до остановки «Народная»)*

*понедельник-пятница с 8.30 до 18.00 (обеденный перерыв - 12.30 - 13.00)*

*суббота, воскресенье и государственные праздничные дни - выходной*

*Исследование проводится в течение 1-2 дней от момента поступления клеща в лабораторию.*

*Результат можно получить по электронной почте, указанной при оформлении договора.*

*В 2025 всего исследовано клещей – 1784, выявлено: боррелии – 396 (22,2%), клещевой энцефалит – 1 (0,06%), анаплазма – 180 (10,1%), эрлихии – 180 (10,1%).*

## 2. Медикаментозная профилактика.

в первые 72 ч от момента присасывания клеща

**ВЗРОСЛЫМ**– **доксциклин 200мг однократно (эффективность 87-95%)**

**ДЕТЯМ** и пациентам, которым противопоказан доксициклин, назначается **амоксциллин в суточной возрастной дозировке в 3 приема в течение 5 дней.**

**После самостоятельного удаления клеща** – необходимо обратиться в поликлинику к врачу-инфекционисту (терапевту, педиатру) для назначения профилактического лечения и установления медицинского наблюдения.

**Принять назначенное врачом профилактическое лечение.**

В настоящее время при отсутствии противопоказаний к приему антибиотиков для взрослых применяется укороченная (однодневная) схема профилактического лечения, а для детей стандартная схема. Рекомендуемые лекарственные средства характеризуются высокой эффективностью в отношении большинства возбудителей бактериальных клещевых инфекций.

Наблюдения последних лет свидетельствуют о том, что случаи болезни Лайма регистрируются в основном у лиц, которые не принимали антибиотики с профилактической целью после укуса клеща.

Необходимо помнить, что максимальный эффект от профилактического лечения достигается при приеме препаратов **в первые 72 часа** после укуса клеща.

При повторных укусах клещей – профилактическое лечение необходимо проводить после каждого эпизода присасывания клеща.

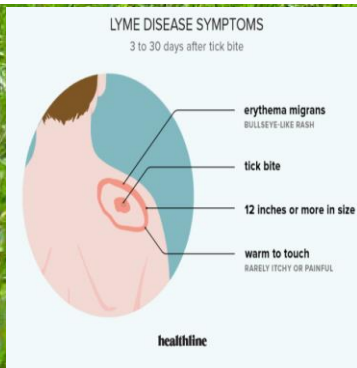
**Наблюдать за состоянием своего здоровья и при появлении клинических симптомов заболевания необходимо обратиться к врачу-инфекционисту (терапевту, педиатру).**

### 3. Своевременное обращение к врачу при появлении клинических симптомов заболевания

Необходимо обратиться к врачу-инфекционисту (терапевту, педиатру) в течение месяца и более (до 6 месяцев) после укуса клеща при появлении клинических симптомов заболевания:

- ✓ **повышение температуры тела** (появление головных болей и др.),
- ✓ **появление одиночной или множественных мигрирующих эритем** (кольцевидное или сплошное покраснение кожи диаметром свыше 5 см.), мигрирующих болей в крупных суставах, остро развившихся аритмий и др.)

Следует помнить, что укус клеща иногда может остаться незамеченным. В этой связи **необходимо обратиться к врачу** при появлении клинических симптомов заболеваний также лицам, **которые укус клеща не отмечали**, но *посещали дачные участки, лесопарковые зоны и лесные массивы с целью работы на приусадебных участках, отдыха на природе, сбора ягод и грибов; выгуливали домашних животных и др. или употребляли в пищу сырое (некипяченое) молоко, особенно козье.*



Эритема - кольцевидная (или сплошная), бледно-розовая или ярко-красная

- в среднем диаметр  $\geq 5$  см
- границы четкие, окрашены более интенсивно, могут незначительно возвышаться над неизменной кожей

## Профилактические мероприятия по предупреждению укусов клещей

- **меры индивидуальной** и коллективной **защиты** от нападения и присасывания клещей (проведение само и взаимно -осмотров, противоклещевая одежда, репелленты).
- **информационно-разъяснительная работа**
- **уничтожение переносчиков в природе** (по эпидпоказаниям противоклещевая обработка ограниченных территорий) в том числе неспецифическая регуляция численности клещей на территориях (Своевременная и постоянная очистка территории и вокруг нее в радиусе не менее 20м, уборка сухостоя и валежника, вырубка кустарников, выкашивание травы и пр.).

# Меры индивидуальной профилактики направленные на предупреждение присасывания клеща и заболевания клещевыми инфекциями



## Во время пребывания в лесу необходимо:

- ✓ **Надевать однотонную светлую одежду** (на ней лучше видно клещей), **максимально прикрывающую кожные покровы**, с длинными рукавами, манжетами и капюшоном, брюки заправлять в носки.
- ✓ **Использовать противоклещевые репелленты**, в соответствии с инструкцией по их применению.
- ✓ **Осматривать** свою одежду каждые 1,5-2 часа, периодически проводить проверку кожных покровов.
- ✓ **Выбирать маршрут** для движения по широкой дороге, стараться не задевать растущие по обочинам траву и кустарник, если нет необходимости углубляться в лесной массив.
- ✓ **По возвращении из леса тщательно осмотреть:** одежду и кожные покровы. букеты из лесных и полевых цветов и другие вещи принесенные из леса.



**Необходимо также помнить,** что заразиться клещевым энцефалитом можно также при употреблении сырого, особенно козьего молока, поэтому употреблять его, можно только после термической обработки!

## Проведение информационно-разъяснительной работы (ИОР). Основные вопросы, на которые необходимо обратить внимание при проведении ИОР.

Специалистам лечебной сети и санитарно-эпидемиологической службы необходимо продолжать проведение информационно-разъяснительной работы среди населения, направленной на:

- ✓ предупреждение присасывания клещей;
- ✓ необходимость своевременного и правильного удаления клеща и приема химиопрофилактических средств в течение 72 часов после укуса клеща;
- ✓ необходимость употребления в пищу только кипяченого (пастеризованное, стерилизованное) козьего и коровьего молока
- ✓ своевременное обращение за медицинской помощью лиц после укуса клеща, а также при появлении у них в летне-осенний период клинических симптомов заболеваний, не исключающих наличие клещевой инфекции, не только имеющих в анамнезе укус клеща, а также и без укуса клеща, но посещающих дачные участки, лесопарковые зоны и лесные массивы с целью работы на приусадебных участках, отдыха на природе, сбора ягод и грибов; выгуливающих домашних животных и др., или употреблявших в пищу сырое (некипяченое) молоко, особенно козье.

Симптомы заболеваний, характерные для клещевой инфекции:

- в течение первого месяца: мигрирующая эритема, повышение температуры тела, озноб, головная боль, тошнота, артралгия, миалгия и др.
- в течение первых 6 месяцев: появление множественных мигрирующих эритем, парез лицевого нерва, головные боли, радикулопатии, артралгии мигрирующего характера, остро развивающиеся аритмии, т.е. на ключевые симптомы ранней диссеминированной стадии болезни Лайма, которые чаще проявляются с 2 по 6 месяц от момента заболевания.

# НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ МЗРБ, КЗМГИ, ГУ «МГЦГЭ»

УТВЕРЖДЕНО  
Постановление  
Министерства здравоохранения  
Республики Беларусь  
7 декабря 2012 № 192

Санитарные нормы и правила  
«Требования к организации и  
проведению санитарно -  
противоэпидемических мероприятий,  
направленных на профилактику  
заболеваний, передаваемых иксодовыми  
клещами»

## ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящие Санитарные нормы и правила (далее – Санитарные правила) устанавливают санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, передаваемых иксодовыми клещами.
2. Настоящие Санитарные правила обязательны для соблюдения государственными органами, иными организациями, физическими лицами, в том числе индивидуальными предпринимателями.
3. Государственный санитарный надзор за соблюдением настоящих Санитарных правил осуществляется в порядке, установленном законодательством Республики Беларусь.



МИНИСТЕРСТВА  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ЗА Г А Д

П Р И К А З

19.04.2016 № 338

г. Минск

г. Минск

О мероприятиях по профилактике  
заболеваний, передаваемых  
иксодовыми клещами

На основании статьи 13 Закона Республики Беларусь от 7 января 2012 года «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», абзаца второго подпункта 8.32 пункта 8 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446 «О некоторых вопросах Министерства здравоохранения и мерах по реализации Указа Президента Республики Беларусь от 11 августа 2011 г. № 360» и в целях обеспечения единых подходов и повышения качества оказания медицинской помощи лицам, пострадавшим от укусов клещей ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить прилагаемый Алгоритм действий медицинских работников при обращении пациента по поводу укуса клеща.
2. Начальникам управлений здравоохранения облисполкомов, Главного управления здравоохранения Минского областного исполнительного комитета, председателю комитета по здравоохранению Минского городского исполнительного комитета, главным

Комитет по здравоохранению Мингорисполкома  
Государственное учреждение «Минский городской центр гигиены и  
эпидемиологии»

П Р И К А З

От 25.11.2013 г.

№ 714/203-С

О совершенствовании  
мероприятий по профилактике  
заболеваний, передаваемых  
иксодовыми клещами

За 1994-2012 гг. среди населения города Минска отмечена тенденция к росту заболеваемости болезнью Лайма. Темп роста 8,1%. В то же время, за последние 4 года ситуация стабилизировалась: показатели заболеваемости находились в диапазоне от 13,6 на 100 тысяч населения в 2009 г. до 15,3 на 100 тысяч населения в 2011 г. За 2012 г. показатель заболеваемости составил 14,5 на 100 тысяч населения. В абсолютных цифрах в 2012 г. было зарегистрировано 272 заболевших болезнью Лайма (2011 г. – 284 случая).

Заболеваемость клещевым энцефалитом за 1994-2012 гг. в г. Минске

1. Санитарные правила и нормы Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 7.12.2012 №192 «Требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, передаваемых иксодовыми клещами».

2. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19.04.2016 № 338 «О мероприятиях по профилактике заболеваний, передаваемых иксодовыми клещами».

3. Приказ КЗ МГИ, ГУ «МГЦГЭ» № 714/203-С от 35.11.2013 г. «О совершенствовании мероприятий по профилактике заболеваний, передаваемых иксодовыми клещами».

# малярия

Информационно-справочный материал

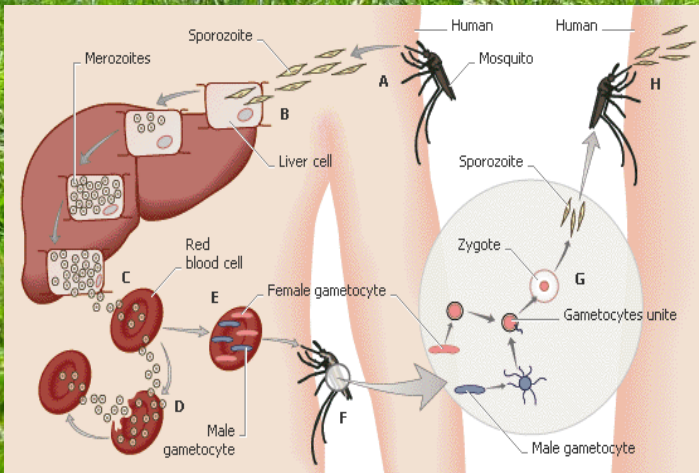
# 2.МАЛЯРИЯ

группа трансмиссивных инфекционных заболеваний, передаваемых человеку при укусах комаров рода *Anopheles* («малярийных комаров») и сопровождающихся лихорадкой, ознобами, увеличением печени и селезенки, анемией.

Возбудители малярии - простейшие рода *Plasmodium* (плазмодии) Для человека патогенны **четыре вида** этого рода: ***P.vivax, P.ovale, P.malariae* и *P.falciparum***. В последние годы установлено, что малярию у человека в Юго-Восточной Азии вызывает также **пятый вид** — *Plasmodium knowlesi*.

**Пути заражения:** **трансмиссивный**, парентеральный (шприцевой, постгемотрансфузионный) вертикальный (трансплацентарный).

**Переносчики малярии** - самки комаров рода *Anopheles*. (самцы питаются нектаром цветов).



Все клинические проявления малярии связаны лишь с эритроцитарной шизогонией;

Печеночные стадии и гаметоциты в патогенетическом плане инертны.

Самка **комара *Anopheles*** – **ОСНОВНОЙ ХОЗЯИН** малярийного плазмодия  
Кровь с гаметоцитами в желудок комара (гаметы - оплодотворение гамет (до 1000) спорозоитов (**спорогония**) - слюнные железы комара.

Человек - **промежуточный хозяин** малярийного плазмодия.  
Спорозоиты в **печень** ( мерозоиты (**тканевая шизогония**) = без клинических проявлений = **сдавать анализ крови на малярию в этот период не имеет смысла (плазмодии в крови отсутствуют)**  
Мерозоиты в **эритроциты** (**эритроцитарная шизогония**) = клиническим проявлениям = **только в этот период в крови можно обнаружить паразита - гаметоциты**

# Эпидемиологическая ситуация по заболеваемости малярией в мире и в г.Минске

ВОЗ : «Риску заболевания малярией подвергаются 3,2 миллиарда человек - почти половина населения в мире».

## МАЛЯРИЯ в мире

Африка  
95%

Юго-Восточная  
Азия  
3%

Восточное  
Средиземноморье  
2%

95% случаев малярии приходится на Африканский регион.

Почти 85% случаев малярии приходится на 19 стран Африки к югу от Сахары и Индию. Более половины всех случаев заболевания малярией в мире регистрируется в шести странах: Нигерии (25%), Демократической Республике Конго (12%), Уганде (5%), Кот-д'Ивуаре, Мозамбике и Нигере (по 4%).

- *Plasmodium falciparum* является наиболее распространенным малярийным паразитом в Африканском регионе, где на его долю приходится 99,7% сл., а также в Юго-Восточной Азии (50%), Восточного Средиземноморья (71%) и Западной части Тихого океана (65%).  
- 53% всех случаев заболевания малярией, вызванных *P. vivax*, приходится на Регион Юго-Восточной Азии, причем большинство случаев регистрируется в Индии (47%). *P. vivax* является преобладающим паразитом в Регионе стран Америки, где он вызывает 75% случаев заболевания малярией.

## ЦУР 3.3.3. «Заболеваемость малярией на 1000 человек»



Показатель ЦУР 3.3.3 «Заболеваемость малярией на 1000 человек» позволяет **определить территорию г. Минска как устойчивую по распространению инфекции, но с сохранением умеренного риска передачи.**

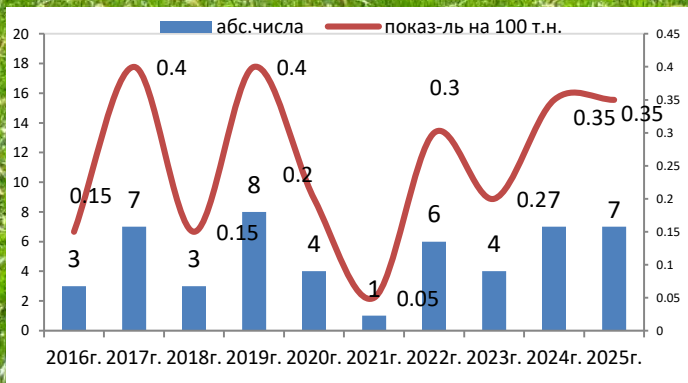
Случаи малярии, зарегистрированные в г. Минске в 2025 г., являются завозными (показатель 0,004 на 1000 населения).

Эффективный контроль ситуации по предупреждению заболевания, своевременному выявлению и лечению малярии, а также по проведению мониторинга маляриогенной восприимчивости территории г. Минска позволяет минимизировать риск завоза и распространения инфекции.

**Выводы:** На протяжении последних 16 лет в городе Минске:

- ежегодно регистрируется единичные (0-8) случаи привозной малярии, случаев местной передачи заболевания не зафиксировано.
- территория относится к зоне умеренного риска передачи малярии, по совокупности природно-климатических критериев и наличию случаев заболеваний,
- определяется эпидемиологическая значимость малярии, ввиду постоянных поездок населения в эпидемически неблагополучные страны, присутствия на территории переносчиков этого заболевания и наличия анофелогенных водоемов.

# Многолетняя динамика заболеваемости населения г.Минска малярией за 2016-2025годы



- За период 2016-2025 гг. в г. Минске отмечаются стабильные показатели заболеваемости малярией, как правило не превышающие 0,5 на 100 тыс. населения (0,005 на 1 000 населения).
- Все случаи малярии завозные.

- **В 2025 г.** показатель заболеваемости в г. Минске составил 0,35 на 100 тысяч населения (2024 г. – 0,35). Всего было зарегистрировано 7 случаев заболевания среди взрослого населения (2024 г. – 7).
- Среди заболевших 3 человека – граждане РБ (43%), 4 – иностранцы (57%).
- Все пациенты (100%) обратились за медицинской помощью на 1-3 день от момента заболевания.
- Видовой состав возбудителей малярии: возбудитель тропической малярии выявлен в 6-ти случаях (86%), возбудитель микст-малярии (тропическая + четырехдневная) в 1-м случае (14%).
- География завоза малярии: все случаи из Африки (Нигерия – 2, Камерун, Чад, Судан, Ангола, Танзания (о.Занзибар) – по 1).
- Случаи зарегистрированы: июнь (1), июль (2), сентябрь (1), октябрь (2), ноябрь (1).
- Случаи вивакс малярии в 2025 г. не регистрировались.

## **Нормативные документы:**

**1. СанПиН от 21.03.2013 г. № 23 «Требования к организации и проведению санитарно – противоэпидемических мероприятий, направленных на предотвращение заноса, возникновения и распространения малярии».**

**2. Алгоритм действий при выявлении пациентов, обратившихся в амбулаторно-поликлинические организации здравоохранения, приемные отделения стационарных организаций здравоохранения, скорую медицинскую помощь, с жалобами на лихорадку 38,5°C и выше, длящуюся более 3 дней (исх. МЗРБ №7-19/9243 от 21.06.2019)**

# Основные вопросы, на которые необходимо обратить внимание при проведении информационно-разъяснительной работы

## МАЛЯРИЯ И ЕЕ ПРОФИЛАКТИКА



### Что такое малярия?

Малярия – это заболевание, которое возникает от укуса комара, зараженного паразитами (малярийными плазмодиями).

### В каких странах наибольший риск заражения малярией?

Малярия широко распространена в странах с тропическим и субтропическим климатом. Это страны Африки (Нигерия, Гвинея, Конго, Ангола, Судан, Южный Судан, Камерун, Гана, Сьерра-Леоне, Кот-д'Ивуар и др.), Азии (Индия, Гоа и др.), Центральной и Южной Америки (Гайана, Венесуэла и др.), Австралии и Океании (Папуа-Новая Гвинея и др.).

### Какие основные симптомы заболевания?

Заболевание начинается с симптомов общей интоксикации (слабость, разбитость, сильная головная боль, головокружение), затем наступают повторяющиеся приступы лихорадки, когда температура тела поднимается до 40°C и выше, держится несколько часов и сопровождается ознобом и сильным потоотделением в конце приступа. Если отмечается повторение таких приступов через определенное время (через день или через два дня), следует подумать о возможном заболевании малярией.

### Как предупредить заражение малярией?

Индивидуальная профилактика малярии включает в себя:

- ✓ профилактический прием противомалярийных препаратов
- с целью назначения препарата перед поездкой в неблагоприятные по малярии страны необходимо проконсультироваться с врачом.
- ✓ защиту от укусов комаров
- рекомендуется использование репеллентов (средств, отпугивающих насекомых), применяя их в соответствии с инструкцией;
- в помещениях необходимо закрывать окна, устанавливать противомоскитные марлевые пологи и (или) обрабатывать помещения аэрозольными инсектицидами.



При возникновении симптомов заболевания после возвращения из поездки необходимо обратиться за медицинской помощью в учреждение здравоохранения и сообщить врачу о пребывании в неблагоприятных по малярии странах!

Специалистам лечебной сети и санитарно-эпидемиологической службы необходимо продолжать проведение информационно-разъяснительной работы среди лиц, выезжающих в страны с тропическим и субтропическим климатом, направленной на:

✓ предупреждение укусов комаров (защищать открытые участки тела в вечернее время от насекомых, использовать репелленты, фумигаторы, противомоскитные сетки и т.д. ).

✓ необходимость приема химиофилактических средств – для назначения препарата и схемы приема обратиться к врачу

*Справочно: За 1–2 дня до предполагаемой поездки в неблагоприятную по малярии страну начать прием антибиотика «Доксициклин» (100 мг однократно в день). По приезду в неблагоприятную по малярии страну купить **противомалярийный препарат**, и начать его прием по схеме, указанной в инструкции по применению (доксициклин - через 5-7 после начала приема противомалярийного препарата отменить). Важно не пропускать прием препарата во время нахождения и в течение 4-х недель после возвращения (по схеме).*

✓ своевременное обращение за медицинской помощью к врачу-инфекционисту (врачу-терапевту, врачу-педиатру) лиц, прибывших из эпиднеблагополучных по малярии стран для обследования на малярию при любом (даже незначительном) повышении температуры (в течение 3-х лет после возвращения).

# РЕКОМЕНДУЕМЫЕ МЕРЫ ЗАЩИТЫ ОТ НАПАДЕНИЯ КРОВОСОСУЩИХ КОМАРОВ И ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ МАЛЯРИИ

Приложение 3 к Санитарным нормам и правилам 21 марта 2013

**«Требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемиологических мероприятий, направленных на предотвращение заноса, возникновения и распространения малярии»**

## **1. Предохраняться от укусов кровососущих комаров в период всего эпидемического сезона.**

На открытом воздухе для защиты от укусов комаров в вечерние часы на непокрытые одеждой участки тела наносятся репелленты (средства отпугивания насекомых). В помещениях при отсутствии кондиционера окна и двери следует засетчивать, перед сном включать электрический фумигатор, полог над постелью пропитывать репеллентами, а его края заправлять под матрац. Лицам, регулярно выезжающим в неблагополучные по малярии страны, материал для засетчивания окон, прикроватные пологи, электрофумигаторы, репелленты и инсектицидные препараты в аэрозольных упаковках целесообразно иметь при себе в виде индивидуальной укладки.

## **2. Лицам, выезжающим в страны, в которых рекомендована сезонная химиопрофилактика малярии необходимо проконсультироваться у специалистов организаций здравоохранения по вопросам:**

какие лекарственные средства могут использоваться для химиопрофилактики малярии в стране пребывания; длительность и схема их применения;

какова альтернатива химиопрофилактики при проживании в неблагополучной по малярии стране свыше 6 месяцев (например: иметь при себе противомаларийное лекарственное средство для незамедлительного приема и купирования первых приступов заболевания);

что следует предпринимать при отсутствии зарегистрированных в Республике Беларусь противомаларийных лекарственных средств эффективных в стране предстоящего выезда и какие противомаларийные лекарственные средства целесообразно приобретать в аптечной сети в первые дни после прибытия в страну пребывания;

какие противомаларийные лекарственные средства из-за их побочного эффекта не рекомендуется принимать лицам, управляющим транспортными средствами;

в течение какого срока после возвращения из неблагополучной по малярии страны следует незамедлительно обращаться в амбулаторно-поликлиническую организацию по месту жительства при любом заболевании (недомогании), сопровождаемом повышением температуры.

# 25 апреля – Всемирный день борьбы с малярией (World Malaria Day)

на сайте ГУ «МГЦГЭ»

25 апреля 2025 года мировая общественность отмечает Всемирный день борьбы с малярией.

Основная цель мероприятия – это пропаганда эффективных мер профилактики данного заболевания.

*Справочно: Малярия – это инфекционное заболевание, которое возникает при укусе комара, зараженного паразитами (малярийными плазмодиями).*

*Характерным для малярии являются повторяющиеся через определенное время (через один или два дня) приступы лихорадки с ознобом, повышением температуры тела до 40°C и выше, которая сопровождается сильным потоотделением в конце приступа. При несвоевременно начатом лечении заболевание может закончиться летальным исходом.*

*Малярия широко распространена в странах с тропическим и субтропическим климатом.*

*По данным Всемирной организации здравоохранения большинство случаев заболевания малярией регистрируется в Африканском регионе (95%).*

*Почти 85% случаев малярии приходится на 19 стран Африки к югу от Сахары и Индию. Более половины всех случаев заболевания малярией в мире регистрируется в шести странах: Нигерии (25%), Демократической Республике Конго (12%), Уганде (5%), Кот-д'Ивуаре, Мозамбике и Нигере (по 4%).*

Санитарно-эпидемиологическая служба г. Минска напоминают о мерах профилактики заражения малярией при выезде в страны с тропическим и субтропическим климатом:

## **профилактический прием противомаларийных препаратов**

– с целью назначения препарата перед поездкой в неблагополучные по малярии страны необходимо проконсультироваться с врачом.

## ✓ **защита от укусов комаров в период пребывания в эндемичной стране**

– рекомендуется использование репеллентов (средств, отпугивающих насекомых), применяя их в соответствии с инструкцией;

– в помещениях необходимо засетчивать окна, устанавливать прикроватные марлевые пологи, использовать электроиспарители-фумигаторы и (или) обработать помещение аэрозольными инсектицидами.

**При возникновении симптомов заболевания в течение 3-х лет после возвращения из поездки необходимо обратиться за медицинской помощью в учреждение здравоохранения и обязательно сообщить врачу о пребывании в неблагополучных по малярии странах.**

## ЗАДАЧИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ МАЛЯРИИ и КЛЕЩЕВЫХ ИНФЕКЦИЙ

1. Проведение мероприятий по профилактике малярии и клещевых инфекций, во исполнение нормативных документов Министерства здравоохранения Республики Беларусь и ГУ «МГЦГЭ».

2. Обеспечение наличия (контроль) в учреждениях здравоохранения и др. **информационно-наглядного материала** (бюллетени, памятки, листовки, буклеты и др.) для населения по профилактике малярии и инфекций, передаваемых кровососущими членистоногими.

3. В рамках осуществления эпидемиологического надзора за малярией и клещевыми инфекциями и реализации показателей ЦУР 3.3.3. и 3.d.1. – проведение:

– мероприятий направленные на повышение уровня знаний (обучающие **семинары** и др.) для медицинских работников и других заинтересованных специалистов по вопросам эпидемиологического надзора.

– **консультаций** уполномоченными медицинскими работниками лиц, желающих выехать в эпидемически неблагополучные по малярии страны, о мерах защиты от нападения кровососущих комаров и мерах индивидуальной профилактики малярии, а также по профилактике клещевых инфекций.

– **информационно-разъяснительной работы** среди населения с использованием всех доступных методов и средств.



CLUB-SIEMENS.COM

**БЛАГОДАРЮ  
ЗА ВНИМАНИЕ**