



**ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В
СФЕРЕ ЗАЩИТЫ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ И
БЛАГОПОЛУЧИЯ ЧЕЛОВЕКА
(РОСПОТРЕБНАДЗОР)**

Вадковский пер., д. 18, стр. 5 и 7, г. Москва, 127994
Тел.: 8 (499) 973-26-90; Факс: 8 (499) 973-26-43
E-mail: info@rospotrebnadzor.ru
<http://www.rospotrebnadzor.ru>
ОКПО 00083339 ОГРН 1047796261512
ИНН 7707515984 КПП 770701001

27.04.2026 № 02/7815-2026-32

На _____ от _____

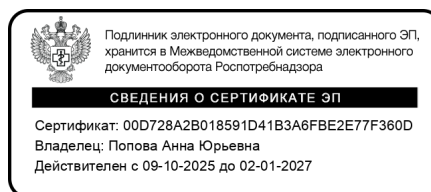
Об эпидемиологической ситуации
по иксодовым клещевым боррелиозам
и прогнозе на 2026 год

Руководителям территориальных
органов и подведомственных
организаций Роспотребнадзора

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека направляет для использования в работе и планирования противоэпидемических (профилактических) мероприятий анализ эпидемиологической ситуации по иксодовым клещевым боррелиозам и прогноз на 2026 год в Российской Федерации, подготовленный Референс-центром по мониторингу за боррелиозами ФБУН «Омский научно-исследовательский институт природно-очаговых инфекций» Роспотребнадзора и другими подведомственными организациями Роспотребнадзора.

Приложение: на 23 л. в 1 экз.

Руководитель



А.Ю. Попова

Скударева Ольга Николаевна
+7 499 973 30 11.



Приложение
к письму Роспотребнадзора
от 27.04.2026 № 02/7815-2026-32

**Обзор эпидемиологической ситуации по иксодовым клещевым боррелиозам
в Российской Федерации и прогноз на 2026 год**

Иксодовые клещевые боррелиозы (далее – ИКБ) – группа этиологически самостоятельных спирохетозных трансмиссивных инфекций с природной очаговостью, возбудители которых передаются иксодовыми клещами. ИКБ характеризуются значительным полиморфизмом клинических проявлений с синдромами поражения кожи, нервной и сердечно-сосудистой систем, внутренних органов и опорно-двигательного аппарата со склонностью к латентному и хроническому течению.

Возбудители ИКБ – различные геновиды боррелий, входящие в комплекс *Borrelia burgdorferi sensu lato*, и *Borrelia miyamotoi*.

В настоящее время комплекс *B. burgdorferi s.l.* включает 23 геновида. Статус патогенности доказан для шести из них: *B. burgdorferi sensu stricto*, *B. afzelii*, *B. garinii*, *B. bavariensis*, *B. spielmanii*, *B. mayonii*. Кроме того, имеются сообщения об обнаружении у пациентов других боррелий комплекса *B. burgdorferi s.l.*, которые, как предполагается, вызывают заболевание: *B. bissettii*, *B. americana* и *B. andersonii* (Северная Америка), *B. lusitaniae* (Европа), *B. valaisiana* (Европа и Азия), *B. yangtzensis* (Азия).

Боррелии вида *B. miyamotoi* генетически связаны как с боррелиями комплекса *B. burgdorferi s.l.*, так и с группой боррелий – возбудителей возвратных лихорадок, но в отличие от других представителей этой группы, переносятся клещами рода *Ixodes* и в естественных ареалах их обитания могут соседствовать с боррелиями комплекса *B. burgdorferi s.l.* На основании филогенетического анализа различают три генотипа *B. miyamotoi*: азиатский, европейский и американский.

Эпидемически значимые переносчики и основной резервуар возбудителей ИКБ на территории Российской Федерации – клещи рода *Ixodes*: таежный *I. persulcatus* в западных, центральных и восточных регионах России, лесной *I. ricinus* в западных и центральных регионах России. Западная часть ареала *I. persulcatus* перекрывается с ареалом *I. ricinus*, образуя большую симпатрическую область этих двух видов на Восточно-Европейской равнине и в странах Балтии. Ареал возбудителей определяется областью распространения их основных переносчиков: клещей *I. persulcatus* и *I. ricinus*. В Сибири, кроме *I. persulcatus*, в передаче могут принимать участие клещи *I. pavlovskyi* и *D. reticulatus*, на Дальнем Востоке – *I. persulcatus*, *I. pavlovskyi* и *H. concinna*.

В Европе, Северной Америке, Азии и Африке возбудители ИКБ обнаружены в клещах 20 видов четырех родов (*Ixodes*, *Haemaphysalis*, *Rhipicephalus*, *Dermacentor*). Считается, что более половины зарегистрированных за последние два десятилетия случаев ИКБ в мире связаны с клещами *Ixodes ricinus* (Европа, Россия) и *Ixodes scapularis* (США).

Сведения о заболеваемости ИКБ, вызванном *B. miyamotoi* (далее – ИКБ-БМ), в нашей стране и мире ограничены в связи со сложностями лабораторной верификации,



недостаточной осведомленностью специалистов об этом относительно новом заболевании и с отсутствием налаженной регистрации. Поэтому основной массив информации о распространенности ИКБ в мире и в нашей стране относится к случаям заболеваний, вызванным боррелиями комплекса *B. burgdorferi* s.l. В МКБ-10 этому заболеванию соответствуют код А 69.2 «Болезнь Лайма (хроническая мигрирующая эритема, вызванная *Borrelia burgdorferi*)». В формах федерального статистического наблюдения № 1 и № 2 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях» информация об ИКБ представлена в строке «Клещевой боррелиоз (болезнь Лайма)».

Иксодовые клещевые боррелиозы широко распространены в странах Северного полушария с умеренным климатом. Бремя болезни Лайма в США, на основании анализа данных лабораторных исследований и отчетов страховых медицинских компаний, оценивается в 476 тыс. новых случаев в год, хотя в CDC¹ официально сообщается лишь об одной десятой части этого числа. В Канаде за период с 2017 по 2023 год, согласно официальным данным, зарегистрировано 18 220 случаев болезни Лайма, среднемноголетний уровень (далее – СМУ) заболеваемости на 100 тыс. населения за этот период составил 6,9. Средневзвешенный показатель заболеваемости ИКБ в Европе составляет около 22,6 случаев на 100 тыс. жителей в год, при этом показатели сильно варьируют в зависимости от анализируемого региона: от 0,6 в Ирландии до 300 в Австрии. В Европейских странах с системами эпидемиологического надзора, предоставляющими данные в открытом доступе (29 стран), с 2015 по 2023 год в среднем ежегодно регистрировалось 131 966 случаев ИКБ (диапазон: 98 252 – 172 805), при этом к зонам высокой заболеваемости отнесены субнациональные регионы, если в них было зарегистрировано ≥ 10 случаев на 100 тыс. населения в год за трехлетний период. В период 2020 – 2021 годов в европейских странах наблюдалось временное снижение заболеваемости, но с 2022 года наметился тренд к ее росту. По существующим оценкам, по меньшей мере 223 миллиона человек, что составляет 30 % всего населения Европы и 51 % населения европейских стран, для которых доступны субнациональные данные, проживают в районах с высокой заболеваемостью ИКБ. Случаи ИКБ описаны в Китае, Японии, Корее, Тайване, Непале, Индонезии, Малайзии и Сингапуре. Инцидентность ИКБ в Японии за период 2005 – 2021 годы оценивается в 0,01, в Южной Корее – 0,03 на 100 тыс. населения. В Китае ИКБ клинически диагностированы в 29 провинциях, причем северо-восточные провинции считаются эндемичными, однако национальные данные о заболеваемости не опубликованы.

В Российской Федерации ИКБ лидируют по уровню заболеваемости и социально-экономическому ущербу среди всех природно-очаговых трансмиссивных инфекций, превышая в два раза суммарную экономическую значимость вирусных лихорадок, передаваемых членистоногими, и вирусных геморрагических лихорадок.

Эпидемиологическая ситуация по иксодовым клещевым боррелиозам в 2025 году

В 2025 году в Российской Федерации зарегистрировано максимальное число случаев ИКБ за последние 10 лет (Рис. 1): 9 698 случаев (далее – сл.) ИКБ. Показатель

¹ Центры по контролю и профилактике заболеваний США (англ. Centers for Disease Control and Prevention, CDC).



заболеваемости составил 6,51 на 100 тыс. населения, что на 25,2 % больше, чем в 2024 году и на 26,0 % больше среднемноголетнего уровня за 2013 – 2024 годы (без 2020 – 2021 годов, далее – СМУ₂₀₁₃₋₂₀₂₄) (4,82), за счет 4-х федеральных округов: Центрального (далее – ЦФО), Приволжского (далее – ПФО), Южного (далее – ЮФО) и Северо-Кавказского (СКФО). Снижение показателей заболеваемости ИКБ относительно СМУ₂₀₁₃₋₂₀₂₄ отмечено в Уральском (далее – УФО), Дальневосточном (далее – ДФО), Сибирском (далее – СФО) и Северо-Западном (далее – СЗФО), относительно 2024 года – в УФО, ДФО (Табл. 1, Рис. 2).

В 2025 году относительно 2024 года увеличилось число субъектов с регистрируемой заболеваемостью ИКБ (с 82 в 2024 году до 84), а также количество субъектов с ростом заболеваемости (в 2025 году зафиксировано увеличение инцидентности ИКБ в 41 субъекте против 23 в 2024 году). При отсутствии больных в 2024 году, в 2025 году зарегистрировано по 1 случаю ИКБ в Кабардино-Балкарской Республике, Камчатском крае, Магаданской области и 2 сл. в Карачаево-Черкесской Республике. Вместе с тем, в Чукотском автономном округе и Херсонской области, где в 2024 году было зарегистрировано по 1 случаю ИКБ, в 2025 году больные ИКБ не зарегистрированы. Не зарегистрированы случаи ИКБ в Херсонской области, Ненецком и Чукотском автономных округах, республиках Калмыкия и Ингушетия.

Таблица 1

Заболеваемость ИКБ и обращаемость населения по поводу присасывания клещей в 2025 году на территории Российской Федерации в сравнении со среднемноголетними значениями

Территория	Заболеваемость ИКБ на 100 тыс. населения			Обращаемость с присасыванием клещей, на 100 тыс. населения		
	2025	СМУ _{2013-2019,2022-2024} (95 % ДИ)	Изменения в 2025 г. (кратность)	2025	СМУ _{2013-2019,2022-2024} (95 % ДИ)	Кратность увеличения в 2025 году
Российская Федерация	6,51	4,82 (4,79-4,85)	Превышение (1,35)	373,13	339,10 (338,91-339,46)	Превышение (1,11)
ЦФО	13,36	6,89 (6,81-6,97)	Превышение (1,94)	251,28	230,98 (230,55-231,42)	Превышение (1,09)
СЗФО	5,96	6,11 (5,98-6,23)	Снижение (1,03)	543,36	428,45 (427,44-429,46)	Превышение (1,27)
ПФО	4,12	3,28 (3,22-3,34)	Превышение (1,26)	459,91	335,67 (335,07-336,28)	Превышение (1,37)
УФО	4,32	6,51 (6,38-6,65)	Снижение (1,51)	582,95	589,69 (588,46-590,93)	Снижение (1,01)
СФО	5,66	6,52 (6,41-6,63)	Снижение (1,15)	666,18	675,71 (674,62-676,80)	Снижение (1,01)
ДФО	3,34	4,03 (3,89-4,17)	Снижение (1,21)	353,36	306,28 (305,09-307,47)	Превышение (1,15)
ЮФО	1,72	1,15 (1,10-1,20)	Превышение (1,47)	107,02	121,63 (121,12-122,14)	Снижение (1,14)
СКФО	1,17	0,46 (0,42-0,50)	Превышение (2,53)	103,61	96,64 (96,07-97,22)	Превышение (1,07)

Основной вклад в формирование заболеваемости ИКБ в 2025 году внесли ЦФО, ПФО, СФО и СЗФО, на долю которых приходится 85,7 % заболеваний. Удельный вес



федеральных округов в структуре заболеваемости ИКБ в 2025 году составил (по убывающей): ЦФО – 55,43 % (5 376 сл.) всех случаев ИКБ, ПФО – 12,11 % (1 174), СФО – 9,65 % (936), СЗФО – 8,52 % (826), УФО – 5,47 % (530), ЮФО вместе с новыми территориями – 4,88 % (473), ДФО – 2,71 % (263), СКФО – 1,24 % (120) (Рис. 1).
Случаи ИКБ выявлены в Донецкой (126 сл.) и Луганской (59 сл.) народных республиках (далее – ДНР и ЛНР соответственно), а также Запорожской (2 сл.) области.

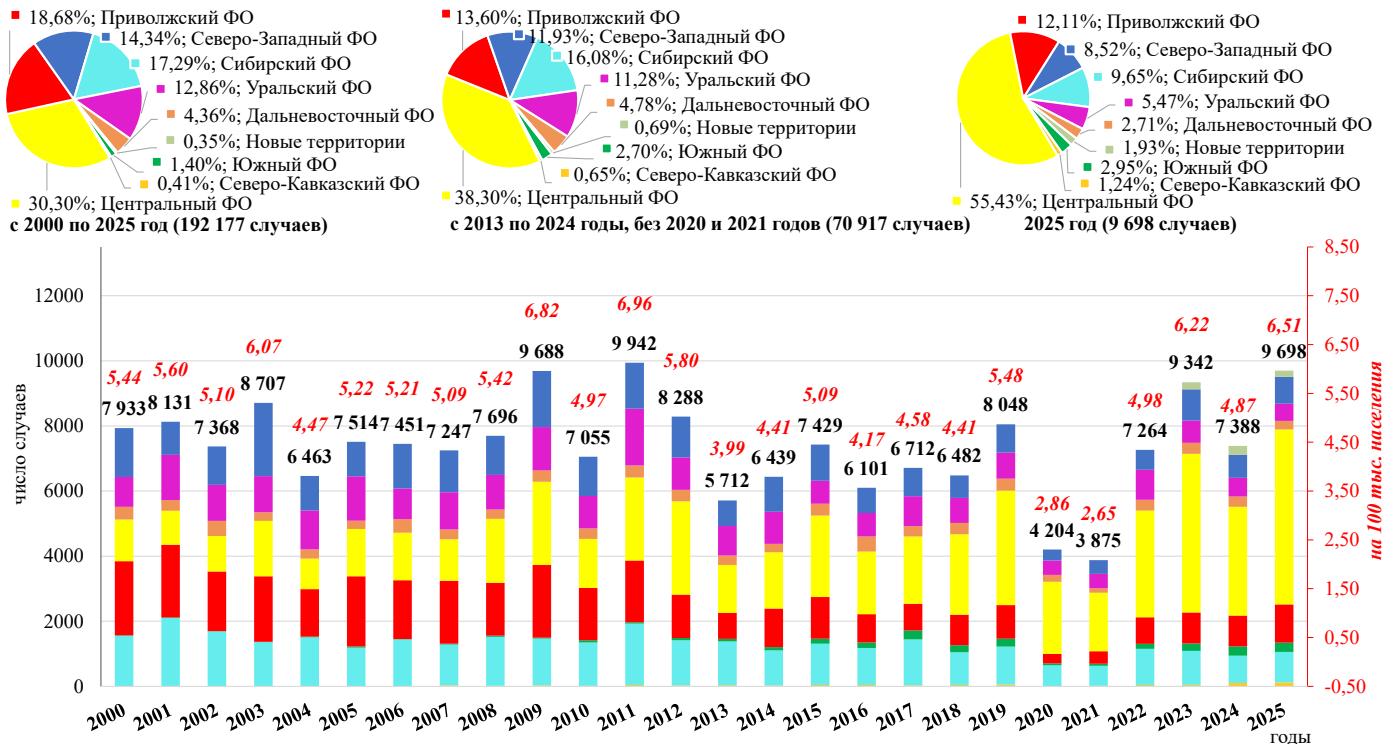


Рис. 1. Динамика заболеваемости ИКБ с 2000 по 2025 год в Российской Федерации

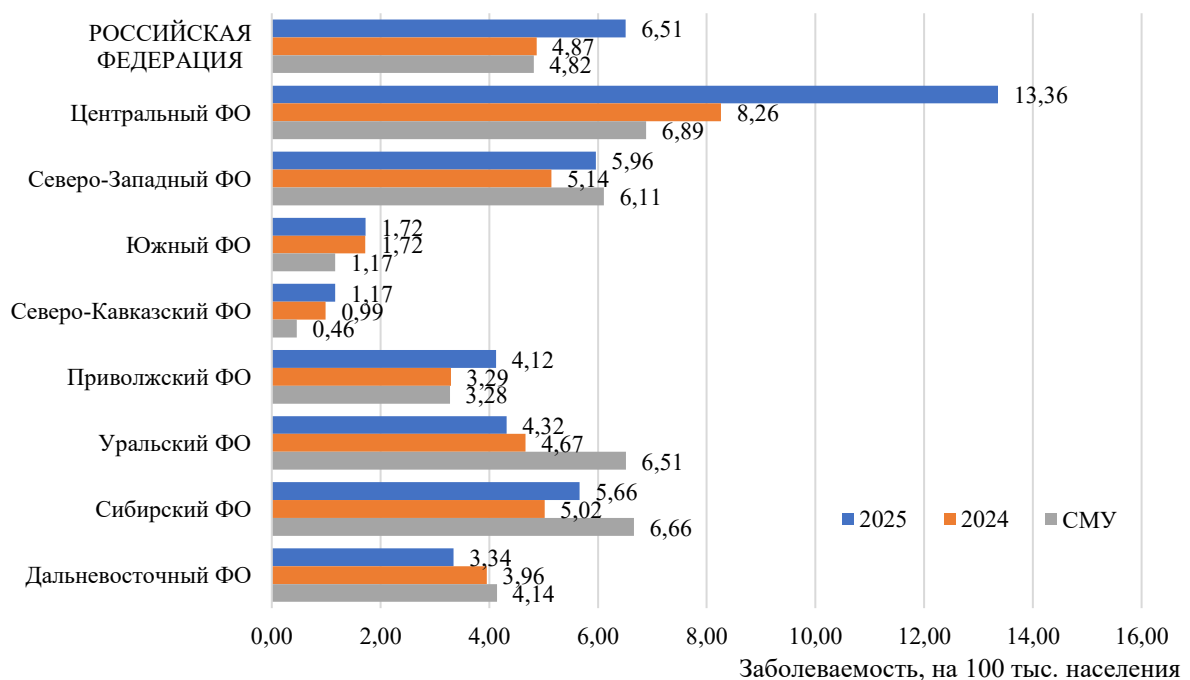


Рис. 2. Показатели заболеваемости ИКБ в 2024 и 2025 годах в Федеральных округах Российской Федерации по сравнению со СМУ

В 2025 году по сравнению с предыдущими годами значительно увеличился удельный вес ЦФО в общей структуре заболеваемости ИКБ (55,4 % против 46,8 % в 2024 году и 38,3 % в 2013 – 2024 годах), тогда как для остальных округов этот показатель снизился (Рис. 1).

По показателям относительной инцидентности ИКБ в 2025 году лидирует ЦФО (13,36 на 100 тыс. населения), на втором месте СЗФО (5,96), затем СФО (5,66), УФО (4,32), ПФО (4,12), ДФО (3,34), ЮФО и СКФО (1,72 и 1,17 соответственно). Вместе с тем, по показателю обращаемости населения по поводу присасывания клещей ЦФО оказался на шестом месте (251,28 на 100 тыс. населения), уступив СФО (666,18), УФО (582,95), СЗФО (543,36), ПФО (459,91), ДФО (353,36) (Табл. 1). В 2025 году зарегистрирован первый случай ИКБ с летальным исходом в Красноярском крае (0,04 на 100 тыс. населения). С 2000 по 2024 годы в России зарегистрировано 5 случаев ИКБ с летальным исходом: в Забайкальском (2010 и 2012 годы – по 1 сл., 0,09) и Краснодарском (2000 год – 1 сл., 0,02) краях, Орловской области (2023 год – 1 сл., 0,14) и г. Москве (2009 год – 1 сл., 0,01).

Для определения степени эпидемической значимости по ИКБ отдельных территорий внутри федеральных округов и сравнительной оценки характера изменений показателей заболеваемости ИКБ в 2025 году в различных регионах проведена дифференциация субъектов Российской Федерации по СМУ₂₀₁₃₋₂₀₂₄, показателям заболеваемости за 2025 г. и темпам прироста заболеваемости ИКБ за период 2013 – 2025 годов (Рис. 3).

Высокий уровень эпидемиологического риска по ИКБ (среднепогодный уровень заболеваемости выше 12,9 на 100 тыс. населения) установлен для 4 субъектов: СЗФО – Вологодская область (16,62); ПФО – Кировская область (17,70); УФО – Свердловская область (12,95); СФО – Республика Тыва (20,88).

Для этих субъектов либо характерен выраженный тренд к снижению заболеваемости ИКБ (Вологодская область – Тсн.=11,41 %, Республика Тыва – Тсн.=13,85 %, Свердловская область – Тсн.=5,70 %), либо он отсутствует (Кировская область (Тпр.=1,03 %).

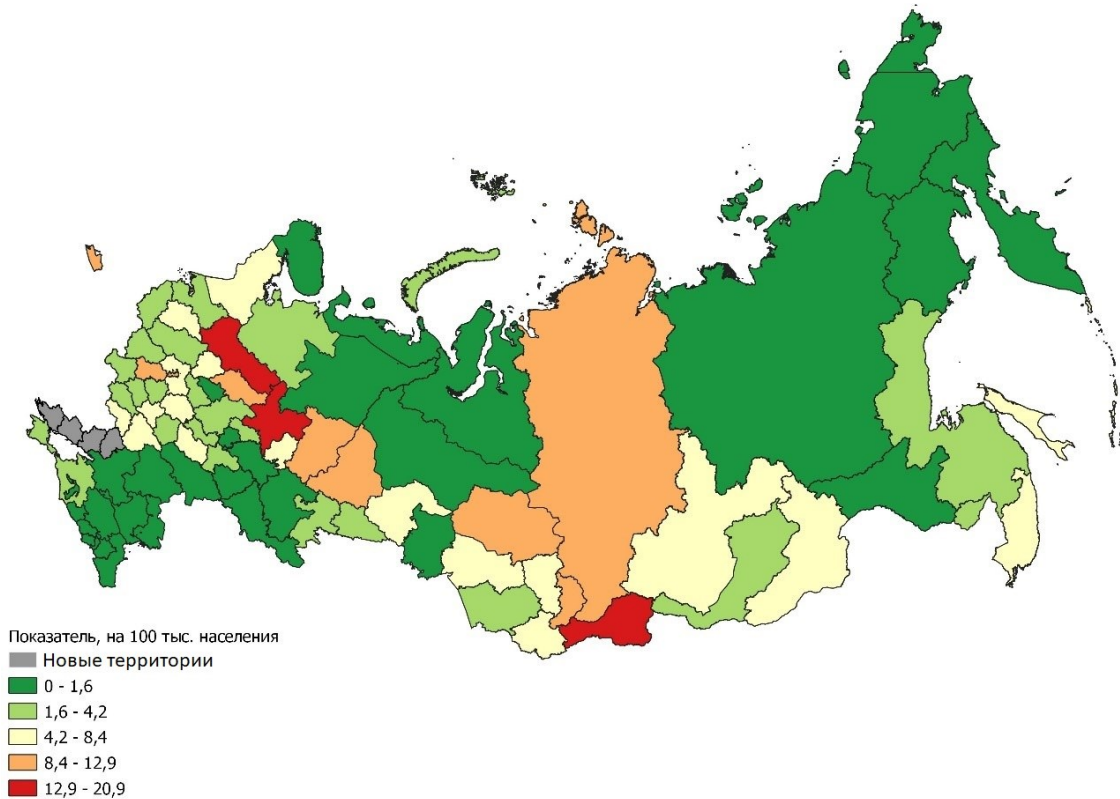
Уровень эпидемиологического риска по ИКБ выше среднего (среднепогодный уровень заболеваемости от 8,4 до 12,8 на 100 тыс. населения) отмечен для 9 регионов: ЦФО – Калужская область (10,64), Костромская область (12,22), г. Москва (10,67); СЗФО – Калининградская область (8,71); ПФО – Пермский край (11,07); СФО – Республика Алтай (8,40), Республика Хакасия (9,27), Красноярский край (8,92), Томская область (12,70).

Для 5 из 9 субъектов этой группы отмечаются выраженные или умеренные темпы снижения заболеваемости ИКБ: Калининградская (Тсн.=9,12 %) и Томская (Тсн.=1,17 %) области, Пермский (Тсн.=3,97 %) и Красноярский (Тсн.=1,58 %) края, Республика Хакасия (Тсн.=6,10 %). У 2 субъектов тенденция к изменению отсутствует: Костромская область (Тпр.=0,70 %), Республика Алтай (Тпр.=0,51 %).

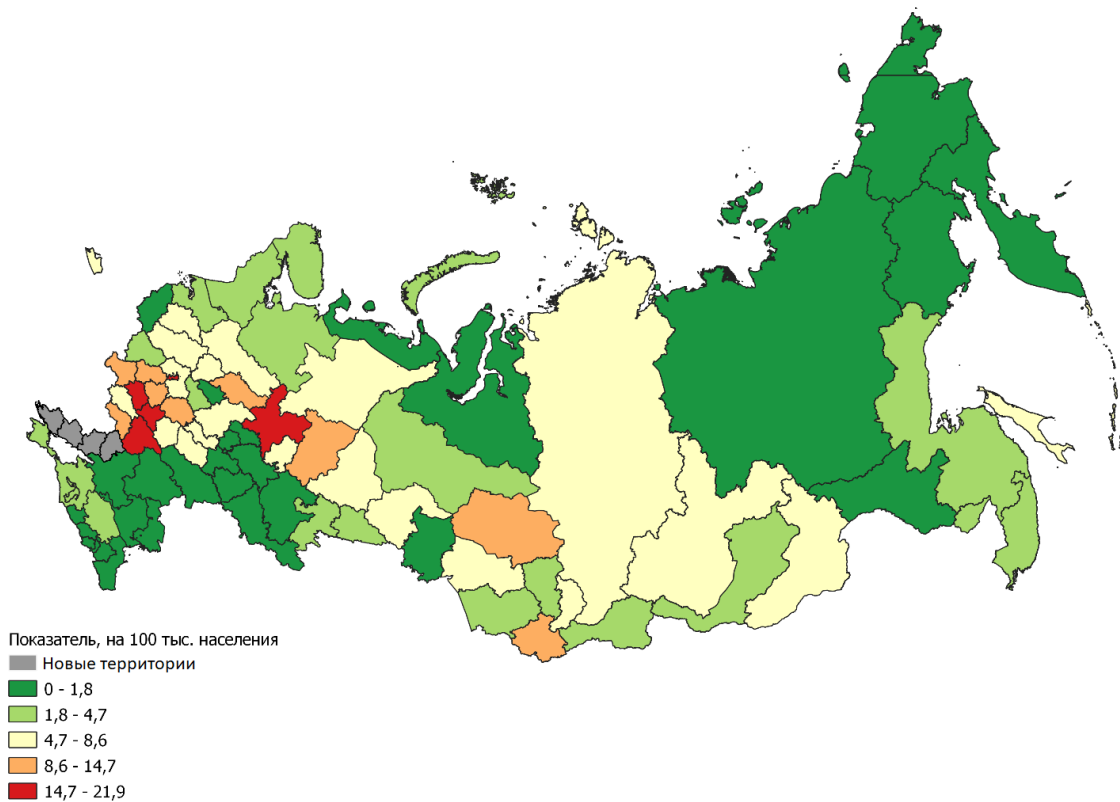
В 2 субъектах отмечена выраженная тенденция к росту заболеваемости ИКБ: Калужская область (Тпр.=5,71 %) и г. Москва (Тпр.=10,25 %).

Средний уровень эпидемиологического риска по ИКБ (среднепогодный уровень заболеваемости от 4,2 до 8,3 на 100 тыс. населения) зарегистрирован в 19 субъектах: г. Санкт-Петербург (6,73), Белгородская (6,0), Владимирская (4,21),

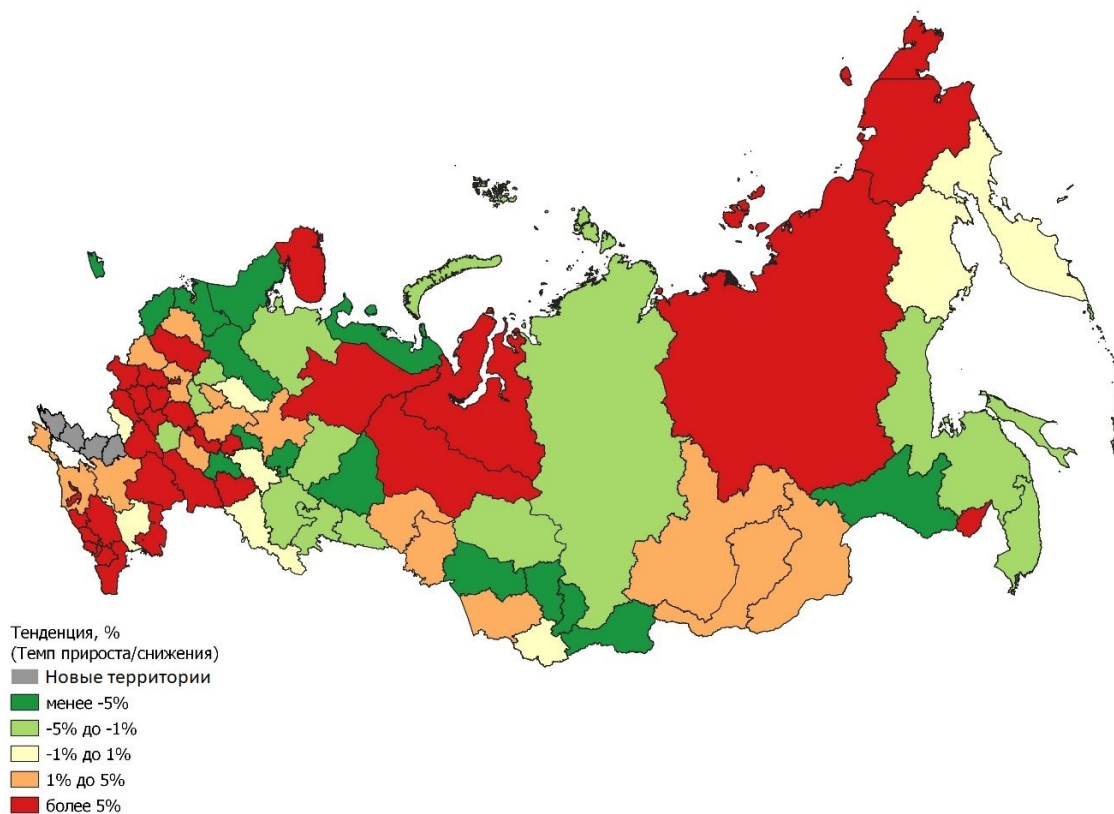
Воронежская (5,26), Липецкая (6,69), Московская (5,39), Рязанская (5,60), Ярославская (7,69); Новгородская (5,94), Пензенская (5,46), Тюменская (5,61), Иркутская (5,03), Кемеровская (7,96), Новосибирская (8,16) и Сахалинская (7,92) области, республики Карелия (6,65) и Удмуртия (6,78), Забайкальский (6,71) и Приморский (7,36) края.



А



Б



В

Рис. 3. Ранжирование субъектов Российской Федерации по среднемуголетнему уровню за период 2013-2024 гг. (А), показателям заболеваемости за 2025 г. (Б) и темпам прироста заболеваемости (В) ИКБ в 2013 – 2025 годах

Для 8 из 10 субъектов этой категории характерен выраженный или умеренный темп снижения: Владимирская (Тсн.=4,99 %), Ярославская (Тсн.=1,64 %), Кемеровская (Тсн.=5,96 %), Новосибирская (Тсн.=6,09 %) и Сахалинская (Тсн.=3,11 %) области, республики Карелия (Тсн.=6,99 %) и Удмуртия (Тсн.=6,88 %), Приморский край (Тсн.=2,67 %). Для Белгородской области линейный тренд к изменению уровня заболеваемости отсутствует (Тпр.=0,60 %).

Выраженная тенденция к росту заболеваемости ИКБ выявлена для Воронежской (Тпр.=15,67 %), Липецкой (Тпр.=7,72 %) и Рязанской (Тпр.=11,28 %) областей. Умеренная тенденция к росту установлена для 7 субъектов: г. Санкт-Петербург (Тпр.=2,53 %), Московская (Тпр.=4,00 %), Пензенская (Тпр.=4,63 %), Новгородская (Тпр.=1,5 %), Тюменская (Тпр.=1,66 %) и Иркутская (Тпр.=2,06 %) области, Забайкальский край (Тпр.=2,05 %).

Уровень эпидемиологического риска по ИКБ ниже среднего (среднеголетний уровень заболеваемости от 1,6 до 4,1 на 100 тыс. населения) установлен в 24 субъектах: г. Севастополь (1,74), Брянская (4,04), Ивановская (1,6), Курская (2,88), Орловская (3,16), Смоленская (3,46), Тамбовская (2,70), Тверская (3,83), Тульская (2,54), Архангельская (3,38), Ленинградская (3,02), Псковская (2,96), Нижегородская (3,48), Ульяновская (2,15), Курганская (3,72) и Челябинская (2,85) области, Краснодарский (2,00), Алтайский (1,87) и Хабаровский (3,47) края, республики Крым (2,32), Марий Эл (1,76), Мордовия (2,68), Бурятия (3,21), Еврейская автономная область (1,88).

Выраженные или умеренные темпы снижения заболеваемости ИКБ выявлены в 10 из 24 субъектов: г. Севастополь (Тсн.=4,55 %), Тамбовская (Тсн.=2,0 %), Архангельская (Тсн.=2,9 %), Ленинградская (Тсн.=7,38 %), Псковская (Тсн.=11,20 %), Ульяновская (Тсн.=5,31 %); Курганская (Тсн.=3,11 %) и Челябинская (Тсн.=3,87 %) области, Республика Марий Эл (Тсн.=7,70 %) и Хабаровский край (Тсн.=2,83 %).

Выраженные или умеренные темпы прироста заболеваемости ИКБ выявлены в 14 субъектах: Брянская (Тпр.=11,58 %), Ивановская (Тпр.=3,2 %), Курская (Тпр.=10,24 %), Орловская (Тпр.=26,55 %), Смоленская (Тпр.=1,93 %), Тверская (Тпр.=7,62 %), Тульская (Тпр.=13,85 %) и Нижегородская (Тпр.=4,07 %) области, республики Крым (Тпр.=3,54 %), Мордовия (Тпр.=9,5 %) и Бурятия (Тпр.=4,69 %), Краснодарский (Тпр.=4,05 %) и Алтайский (Тпр.=3,83 %) края, Еврейская автономная область (Тпр.=7,23 %).

Низкий уровень эпидемиологического риска по ИКБ (среднепогодный уровень заболеваемости от 0 до 1,5 на 100 тыс. населения) отмечен в 29 субъектах: республики Коми (1,51), Адыгея (0,91), Калмыкия (0,00), Дагестан (0,05), Кабардино-Балкария (0,00), Карачаево-Черкессия (0,09), Ингушетия (0,02), Северная Осетия (0,07), Башкортостан (0,07), Татарстан (1,10), Чувашия (1,18) и Саха-Якутия (0,17), Чеченская Республика (0,25), Ханты-Мансийский (1,42), Ямало-Ненецкий (0,75), Чукотский (0,21) и Ненецкий (0,23) автономные округа, Ставропольский (1,4) и Камчатский (0,19) края, Мурманская (0,73), Волгоградская (0,18), Астраханская (0,08), Ростовская (0,41), Оренбургская (0,25), Самарская (0,34), Саратовская (0,27), Омская (0,72), Амурская (0,78) и Магаданская (0,20) области.

Из 29 субъектов этой категории тенденция к росту наблюдается в 19, к снижению – в 2, отсутствуют тенденция – в 4, в 4 субъектах заболеваемость отсутствует или регистрируются единичные случаи только в отдельные годы (Ненецкий автономный округ, республики Калмыкия, Кабардино-Балкария и Ингушетия).

Выраженная тенденция к росту отмечена в 17 субъектах: республики Коми (Тпр.=14,08 %), Адыгея (Тпр.=7,70 %), Дагестан (Тпр.=17,22 %), Карачаево-Черкессия (Тпр.=11,85 %), Северная Осетия-Алания (Тпр.=34,48 %), Чувашия (Тпр.=11,57 %) и Саха-Якутия (Тпр.=13,96 %), Чеченская Республика (Тпр.=8,85 %), Ставропольский край (Тпр.=8,87 %), Мурманская (Тпр.=7,29), Волгоградская (Тпр.=14,06 %), Астраханская (Тпр.=32,0 %), Самарская (Тпр.=5,17 %) и Саратовская (Тпр.=18,4 %) области, Ханты-Мансийский (Тпр.=13,04 %), Ямало-Ненецкий (Тпр.=8,40 %) и Чукотский (Тпр.=35,71 %) автономные округа.

Умеренная тенденция к росту – в 2 субъектах: Ростовская (Тпр.=2,83 %) и Омская (Тпр.=4,14 %) области.

Отсутствие тренда к изменению показателей заболеваемости – в 4 регионах: Республика Татарстан (Тпр.=0,70 %), Оренбургская (Тсн.=0,04 %) и Магаданская (Тсн.=0,29 %) области, Камчатский край (Тсн.=0,53 %).

В Амурской области – выраженный тренд к снижению (Тсн.=9,30 %), в Республике Башкортостан – умеренный тренд к снижению (Тсн.=1,15 %).

В 2025 году по сравнению со среднепогодным уровнем наблюдалось увеличение показателей заболеваемости ИБК в 45 субъектах.



В Центральном ФО в 2025 году зарегистрировано 5 376 случаев ИКБ, из них 53,8 % в г. Москва (2 893 сл.) и 11,5 % в Московской области (618).

Рост заболеваемости ИКБ относительно СМУ₂₀₁₃₋₂₀₂₄ зарегистрирован в 14 субъектах: г. Москве (в 2,05 раза), Белгородской (в 1,53 раза), Брянской (в 2,66 раза), Воронежской (3,20 раза), Калужской (в 1,14 раза), Курской (в 2,63 раза), Липецкой (в 3,0 раза), Московской (в 1,31 раза), Орловской (в 5,72 раза), Рязанской (в 2,37 раза), Смоленской (в 1,11 раза), Тамбовской (в 1,98 раза), Тверской (в 2,56 раза) и Тульской (в 3,80 раза) областях.

Снижение показателей заболеваемости ИКБ относительно СМУ₂₀₁₃₋₂₀₂₄ зарегистрировано во Владимирской (в 1,22 раза), Ивановской (в 1,56 раза) и Ярославской (в 1,26 раза) областях, а в Костромской области показатели заболеваемости ИКБ в 2025 году остались в пределах среднесрочных значений.

В целом по округу заболеваемость ИКБ выросла относительно 2024 года в 1,6 раза (с 8,26 до 13,36 на 100 тыс. населения). Рост показателей заболеваемости ИКБ в 2025 году относительно предыдущего года выявлен в 16 субъектах ЦФО, тогда как в Ивановской и Костромской областях было зарегистрировано снижение заболеваемости. В 2 и более раз выросла инцидентность ИКБ в 5 субъектах: в Тамбовской (с 1,13 до 5,36 на 100 тыс. населения), Липецкой (с 8,74 до 20,32), Курской (с 3,54 до 7,58), Тульской (с 4,84 до 9,63) и Орловской (с 8,79 до 17,99) областях. В 1,5 – 1,9 раза увеличились показатели заболеваемости в Рязанской (с 7,04 до 13,26), Тверской (с 5,33 до 8,62), Смоленской (с 2,39 до 3,83), Московской (с 4,84 до 7,09) областях и г. Москве (с 13,91 до 21,90).

В Северо-Западном ФО в 2025 году зарегистрировано 826 случаев ИКБ, из них 58 % было выявлено в г. Санкт-Петербурге (476 сл.).

Заболеваемость ИКБ в целом по округу осталась в пределах СМУ₂₀₁₃₋₂₀₂₄, при этом ниже среднесрочного уровня – в 5 субъектах: в Республике Карелия (в 1,73 раза), Вологодской (в 2,29 раза), Калининградской (в 1,39 раза), Ленинградской (в 1,29 раза) и Псковской (в 1,89 раза) областях, несмотря на то, что относительно 2024 года отмечалось увеличение инцидентности ИКБ в Вологодской (с 4,5 до 7,6 на 100 тыс. населения), Ленинградской (с 1,89 до 2,34) и Калининградской (с 5,82 до 6,29 на 100 тыс. населения) областях.

Рост заболеваемости ИКБ в 2025 году по сравнению с СПМ₂₀₁₃₋₂₀₂₄ зафиксирован в Республике Коми, Мурманской области, г. Санкт-Петербурге, Архангельской и Новгородской областях (соответственно в 3,6 раза, 2,72 раза, 1,26 раза, 1,09 и 1,06 раза).

Относительно 2024 года инцидентность ИКБ в 2025 году снизилась в Республике Карелия и Псковской области соответственно в 1,37 раза (с 5,28 до 3,84) и 1,62 раза (с 2,53 до 1,56). В Ненецком автономном округе не было выявлено случаев ИКБ на протяжении последних 8 лет.

Рост инцидентности ИКБ в 2025 году относительно 2024 года отмечен в 8 субъектах, наибольший – в 4-х субъектах: Мурманская область – рост в 3,3 раза (с 0,60 на 100 тыс. нас. до 1,99), Республика Коми – рост в 2,33 раза (с 2,33 до 5,43), Вологодская область – рост в 1,7 раза (с 4,5 до 7,6), Новгородская область – рост в 1,5 раза (с 4,15 до 6,32).



В Приволжском ФО за 2025 год зарегистрировано 1 174 случая ИКБ, из них 70,4 % пришлось на 3 субъекта: Пермский край (366 сл.), Кировскую (234 сл.) и Нижегородскую (226 сл.) области.

В целом, на территории ПФО выявлен рост заболеваемости ИКБ в 1,26 раза как в сравнении с 2024 годом, так и относительно СМУ₂₀₁₃₋₂₀₂₄. Превышение среднесноголетнего уровня отмечено в 7 из 14 субъектов: республики Мордовия (в 2,8 раза) и Чувашия (в 1,5 раза), Саратовская (в 2,4 раза), Нижегородская (в 2,1 раза), Кировская (в 1,2 раза) и Пензенская (в 1,1 раза) области, Пермский край (в 1,3 раза).

Снижение инцидентности ИКБ в 2025 году относительно СМУ₂₀₁₃₋₂₀₂₄ отмечен в 7 субъектах: республики Башкортостан, Удмуртия Марий Эл, Татарстан (соответственно в 1,3; 1,2; 1,1 и 1,1 раза), Оренбургская, Самарская и Ульяновская области (в 1,2; 2,3; 1,2 и 1,4 раза).

В период 2024-2025 годов рост обусловлен, в основном, за счет 4 субъектов: Республика Марий Эл – рост в 1,75 раза (с 0,44 на 100 тыс. нас. в 2024 году до 1,64 в 2025 году), Нижегородская область – рост 2,47 раза (с 3,00 до 7,41), Пензенская область – рост в 1,79 раз (с 3,35 до 6,01), Республика Мордовия – рост в 1,74 раза (с 4,38 до 7,61).

В Уральском ФО за 2025 год зарегистрировано 530 случаев ИКБ, при этом подавляющее большинство из них – на территориях Свердловской – 356 сл. (62,1%), Тюменской – 104 сл. (19,6 %) и Челябинской – 79 сл. (14,9 %) областей.

Снижение заболеваемости ИКБ относительно СМУ₂₀₁₃₋₂₀₂₄ в УФО в целом в 1,51 раза произошло за счет 4 субъектов: Ямало-Ненецкий автономный округ (в 2,0 раза), Свердловская (в 2,0 раза), Курганская (в 1,3 раза) и Челябинская (в 1,2 раза) области.

В 2 субъектах в 2025 году отмечено превышение СМУ₂₀₁₃₋₂₀₂₄ (Ханты-Мансийский автономный округ – в 2,2 раза и Тюменская область – в 1,1 раза).

В целом на территории УФО в 2025 году по сравнению с 2024 годом отмечено снижение уровня инцидентности с 4,67 на 100 тыс. нас. до 4,32, при этом в 2-х субъектах отмечено снижение, а в 4-х субъектах – повышение показателей заболеваемости. Уменьшение показателей заболеваемости зарегистрировано в Ямало-Ненецком автономном округе в 3,6 раз (0,38 против 1,37), Свердловская область – в 1,3 раза (6,35 против 8,37). Рост заболеваемости ИКБ в 2025 году против 2024 года отмечен в Курганской – в 1,9 раза (с 1,56 на 100 тыс. нас. до 2,94), Тюменской – в 1,4 раза (с 4,61 до 6,42), Челябинской – в 1,1 раза (с 2,17 до 2,33) областях и Ханты-Мансийском автономном округе – в 1,1 раза (с 2,9 до 3,11).

В Сибирском ФО в 2025 году зарегистрировано 936 случаев ИКБ, из них основной вклад в структуру заболеваемости внесли Красноярский край (222 сл.), Иркутская (160), Новосибирская (157) и Томская области (126), их суммарная доля составила 71 %.

В СФО уровень заболеваемости ИКБ в 2025 году ниже СМУ₂₀₁₃₋₂₀₂₄, как в целом по округу (в 1,18 раза), так и в 6 субъектах: Республика Тыва (в 4,42 раза), Республика Хакасия (в 1,08 раза), Кемеровская область – Кузбасс (в 1,96 раза), Новосибирская область (в 1,45 раза), Красноярский край (в 1,14 раз) и Томская область (в 1,05 раза), несмотря на то, что относительно 2024 года инцидентность ИКБ повысилась в 3-х: в



Кемеровской области – в 1,4 раза (с 2,87 до 4,06 на 100 тыс. населения), Томской области – в 1,2 раза (с 10,50 до 12,10) и Республике Хакасия – 1,1 раза (с 7,52 до 8,54).

Напряженная эпидемиологическая ситуация по ИКБ наблюдается в 4-х субъектах СФО, где заболеваемость в 2025 году увеличилась по сравнению с 2024 годом: в Республике Алтай (с 8,54 до 10,45 на 100 тыс. населения), Алтайском крае (с 2,24 до 2,85), Иркутской области (с 4,97 до 6,88), Омской области (с 0,71 до 1,38). В этих же регионах заболеваемость ИКБ в 2025 году превысила значения СМУ₂₀₁₃₋₂₀₂₄: соответственно в 1,24 раза, в 1,53 раза, в 1,37 раза и в 1,91 раза.

В Дальневосточном ФО за 2025 год было зарегистрировано 263 случая ИКБ, при этом подавляющее большинство из них было отмечено на территории Забайкальского края – 79 сл. (30 %), Приморского края – 77 сл. (29,3 %) и Хабаровского края – 41 сл. (15,6 %).

В ДФО уровень заболеваемости ИКБ в 2025 году снизился относительно 2024 года в 6 субъектах: в Республике Бурятия (с 4,51 до 2,98 на 100 тыс. населения), Республике Саха (Якутия) (с 0,40 до 0,30), Забайкальском крае (с 8,63 до 8,03), Приморском крае (с 5,73 до 4,27), Сахалинской области (с 6,91 до 5,03), Чукотском автономном округе (с 2,09 до 0). Показатель инцидентности вырос в 2025 году по сравнению с 2024 годом в 5 субъектах: в Камчатском крае (с 0 до 0,35 на 100 тыс. населения), Хабаровском крае (с 2,79 до 3,21), Амурской области (с 0,26 до 0,67), Магаданской области (с 0 до 0,75), Еврейской автономной области (с 2,69 до 2,76).

В 2025 году относительно СМУ₂₀₁₃₋₂₀₂₄ инцидентность ИКБ снизилась в целом по ДФО и в 5 субъектах: Республике Бурятия (в 1,07 раза), Приморском крае (в 1,72 раза), Амурской области (в 1,16 раза), Сахалинской области (в 1,57 раза), Хабаровском крае (в 1,08 раза) и Чукотском автономном округе (случаи ИКБ не зарегистрированы).

Инцидентность ИКБ в 2025 году превышала среднемноголетний уровень в 4 субъектах: в Республике Саха (Якутия) (в 1,34 раза), Забайкальском крае (в 1,08 раза), Магаданской области (в 3,75 раза) и Еврейской автономной области (в 1,47 раза). На территории Камчатского края с 2002 года зарегистрировано 7 случаев ИКБ, в Магаданской области – 6 случаев.

В Южном ФО в 2025 году было зарегистрировано 286 случаев ИКБ, из них подавляющее большинство отмечено на территории Краснодарского края (182 сл., 63,6 %) и Республики Крым (52, 18,2 %).

В целом по округу в сравнении с СМУ₂₀₁₃₋₂₀₂₄ отмечается превышение показателей инцидентности ИКБ в 1,47 раза (см. табл. 1.) и в 4-х субъектах: Краснодарском крае – в 1,6 раза (3,12 на 100 тыс. населения против 2,00), в Республике Адыгея – в 2,2 раза (2,00 против 0,91), в Волгоградской области – в 3 раза (0,53 против 0,18), а в Астраханской области – в 3,9 раза (0,32 против 0,08). На территории Республики Калмыкия случаи ИКБ не зарегистрированы (за последние 24 года отмечен 1 случай в 2007 году).

Снижение инцидентности ИКБ относительно СМУ₂₀₁₃₋₂₀₂₄ отмечено в Ростовской области в 1,2 раза (0,34 против 0,41 на 100 тыс. населения). Показатели заболеваемости ИКБ в Республике Крым (2,73) и г. Севастополе (2,14) остались в пределах среднемноголетних значений.

Относительно 2024 года значимых изменений в уровнях заболеваемости в субъектах ЮФО в 2025 году не выявлено.



В Северо-Кавказском ФО в 2025 году было зарегистрировано 120 случаев ИКБ, 98 из которых были выявлены в Ставропольском крае, 11 случаев – в Чеченской Республике, 5 – в Республике Северная Осетия, 3 – в Республике Дагестан, 2 – в Карачаево-Черкесской Республике и 1 – в Кабардино-Балкарской Республике.

В целом по СКФО, в 2025 году показатель заболеваемости превысил СМУ₂₀₁₃₋₂₀₂₄ в 2,53 раза (1,17 на 100 тыс. населения против 0,46), и показатель 2024 года (0,99) в 1,18 раза. Превышение показателей 2025 года над СМУ₂₀₁₃₋₂₀₂₄ отмечено в 5 из 7 субъектов СКФО: в Ставропольском крае в 2,45 раза (3,40 на 100 тыс. населения против 1,40), Республике Северная Осетия-Алания – в 10,19 раза (0,74 против 0,07), Чеченской Республике – в 2,81 раза (0,70 против 0,25), Карачаево-Черкесской Республике – в 4,96 раза (0,43 против 0,09).

Относительно 2024 года показатели заболеваемости в 2025 году выросли как на территории СКФО в целом, так и среди большинства субъектов, за исключением Республики Дагестан, где отмечено снижение заболеваемости ИКБ в 2,7 раза (с 0,25 на 100 тыс. населения до 0,09), и Республики Ингушетия, где случаи ИКБ за последние 16 лет были отмечены только в 2020 и 2023 годах.

При интегральной оценке биологического риска в субъектах Российской Федерации, учитывающей заселенность биотопов переносчиками, наличие боррелий в переносчиках, обращаемость населения в связи с укусами клещей (контакты с очагами), заболеваемость населения боррелиозами и динамику ее изменения в отчетном году, регистрацию летальных исходов от ИКБ за последние 10 лет, выполнение плана акарицидных обработок в отчетном году, установлено 5 групп (Рис. 4):

- очень высокого, 2 субъекта: Орловская область (5,95), Красноярский край (4,54);

- высокого 19 субъектов: Ставропольский край (4,22), Томская область (4,16), Липецкая область (4,13), Республика Алтай (4,13), Пермский край (4,09), г. Москва (4,07), Кировская область (3,95), Вологодская область (3,87), Воронежская область (3,81), Калужская область (3,70), Рязанская область (3,66), Тюменская область (3,65), Республика Хакасия (3,61), Иркутская область (3,59), Кемеровская область (3,57), Тверская область (3,55), Тульская область (3,53), Брянская область (3,53), Новгородская область (3,51);

- повышенного 26 субъектов: Республика Коми (3,49), Белгородская область (3,46), Нижегородская область (3,46), Республика Карелия (3,46), Тамбовская область (3,43), Курская область (3,42), Московская область (3,39), Республика Мордовия (3,39), Пензенская область (3,36), Хабаровский край (3,36), Алтайский край (3,28), Ленинградская область (3,26), Смоленская область (3,25), Владимирская область (3,24), Костромская область (3,21), Амурская область (3,19), Республика Марий Эл (3,18), Республика Адыгея (3,14), Мурманская область (3,09), Республика Северная Осетия (3,09), Саратовская область (3,04), Магаданская область (3,03), Удмуртская Республика (2,78), Архангельская область (2,61), Свердловская область (2,54), г. Санкт-Петербург (2,51);

- умеренного 34 субъекта: Забайкальский край (2,49), Калининградская область (2,49), Ярославская область (2,49), Новосибирская область (2,44), Сахалинская область (2,38), Республика Тыва (2,34), Приморский край (2,34), Челябинская область (2,30),



Курганская область (2,29), Республика Бурятия (2,28), Ханты-Мансийский автономный округ (2,27), Псковская область (2,27), Еврейская автономная область (2,24), Ульяновская область (2,18), Республика Татарстан (Татарстан) (2,17), Краснодарский край (2,17), Республика Крым (2,16), Омская область (2,16), Чувашская Республика (2,15), г. Севастополь (2,13), Ивановская область (2,12), Республика Башкортостан (2,12), Астраханская область (2,09), Республика Калмыкия (2,08), Ростовская область (2,07), Волгоградская область (2,05), Кабардино-Балкарская Республика (2,04), Оренбургская область (2,04), Чеченская Республика (2,04), Республика Саха (Якутия) (2,04), Республика Дагестан (2,03), Камчатский край (2,02), Ненецкий автономный округ (2,00), Чукотский автономный округ (2,00);

- низкого 4 субъекта: Самарская область (1,06), Карачаево-Черкесская Республика (1,06), Республика Ингушетия (1,03), Ямало-Ненецкий автономный округ (1,02).

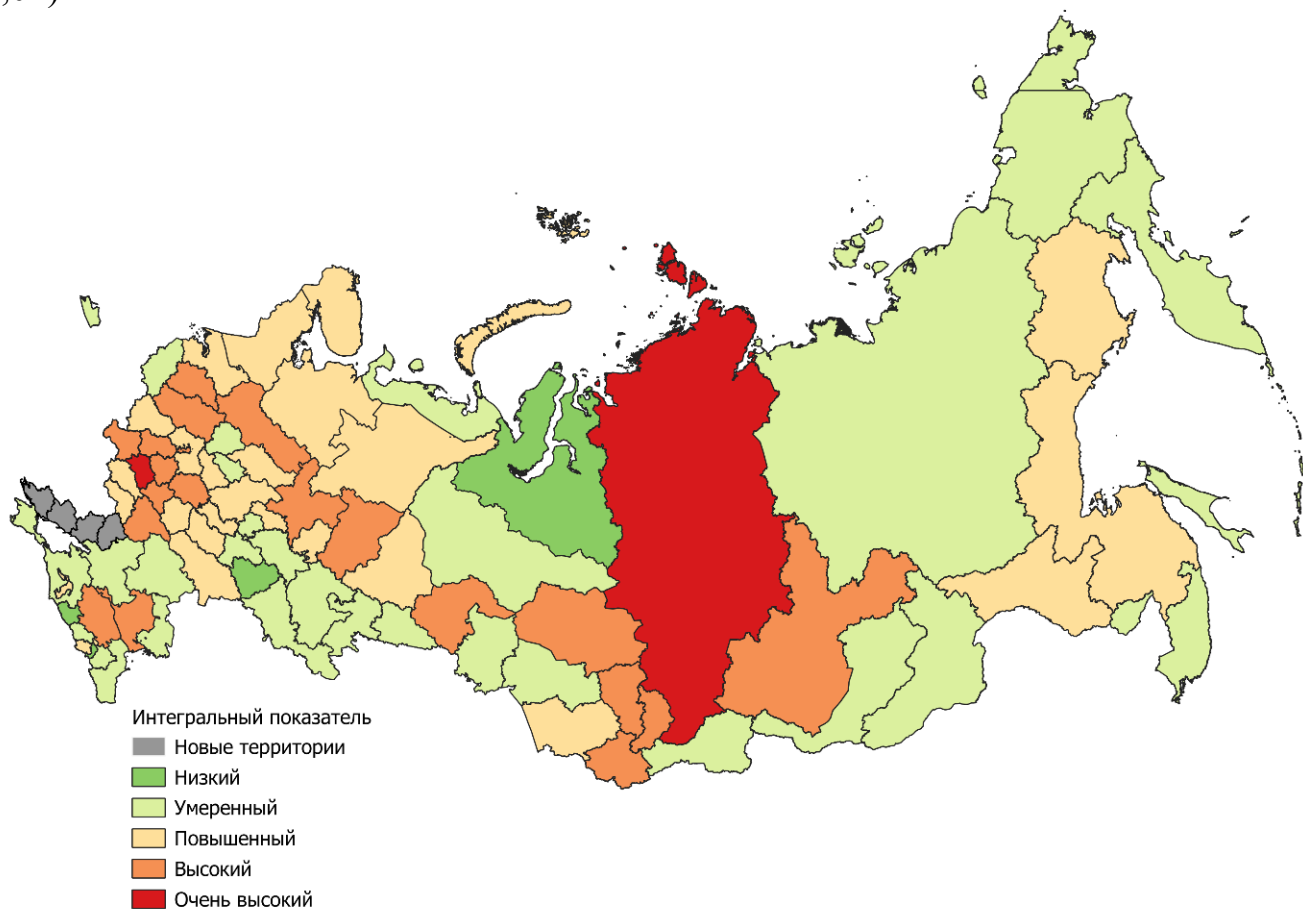


Рис. 4. Ранжирование территорий Российской Федерации по интегральному показателю биологического риска

Заболееваемость иксодовыми клещевыми боррелиозами среди различных групп населения в Российской Федерации в 2025 году

Заболееваемость ИКБ в 2025 году, как и в предыдущие годы, увеличивалась в весенне-летне-осенний период, что совпадает с периодами повышения активности клещей: *I. persulcatus* имеет пик активности весной и в начале лета, *I. ricinus* имеет два сезонных пика активности – весной и в конце лета – начале осени. Начало сезонного подъема заболееваемости ИКБ в 2025 году зарегистрировано в апреле, а окончание – в октябре, с максимальной заболееваемостью в июле. Однако случаи ИКБ

регистрировались на протяжении всего года в связи с особенностями клинического течения ИКБ у ряда пациентов (инкубационный период до 60 дней, латентное течение с дебютом болезни в форме хронического поражения органов и систем).

В структуре заболевших ИКБ в 2025 году преобладали городские жители (85,2 % в среднем по стране). Удельный вес сельского населения варьировал от 27,6 % в ПФО до 8,7 % в ЦФО. В СФО этот показатель составил 27,1 %, в ЮФО – 24,5 %, в ДФО – 24,0 %, в УФО – 18,5 %, в СКФО – 17,5 %, в СЗФО – 13,2 %.

Показатель заболеваемости ИКБ жителей сельских поселений в целом по стране составил 3,85 на 100 тыс. нас. (против 6,51 на 100 тыс. нас. для всего населения), в ЦФО – 6,52 (против 13,36), СФО – 6,19 (против 5,66), СЗФО – 5,35 (против 5,96), УФО – 4,48 (против 4,32), ПФО – 4,13 (против 4,12), ДФО – 3,06 (против 3,34), ЮФО – 1,15 (против 1,72), СКФО – 0,42 (против 1,17).

Среди заболевших ИКБ в целом по России в 2025 году отмечено 61,9 % лиц женского пола, преобладание возрастных групп 40-64 лет (47,9 %) и лиц 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 %.

Показатели заболеваемости ИКБ среди детей до 17 лет ниже, чем среди взрослых, и в целом по России составили 2,86 на 100 тыс. нас., в СФО – 4,81, ЦФО – 4,62, СЗФО – 3,52, УФО – 1,84, ПФО – 1,72, ДФО – 1,70, СКФО – 1,16, ЮФО – 1,11.

Наибольшая заболеваемость ИКБ среди жителей сельских поселений в 2025 году наблюдалась на территории Кировской (22,65 на 100 тыс. нас.), Томской (19,66) областей, Пермского края (19,46), Липецкой области (17,69), Костромской области (11,9), Удмуртской Республики (11,43), Вологодской области (10,83), Красноярского края (10,13), Забайкальского края (9,80), Брянской области (9,60), Рязанской области (9,41) и Республики Алтай (8,89).

Наибольшая заболеваемость среди детей отмечена на территориях Кировской области (13,57 на 100 тыс. нас.), Томской области (12,54), Липецкой области (10,09), Красноярского края (9,59), Республики Хакасия (8,85), Белгородской области (7,67), г. Москвы (7,12), г. Санкт-Петербурга (6,68) и Орловской области (6,44).

Обращаемость населения в медицинские организации по поводу укусов клещами в 2025 году

За 2025 год на территории Российской Федерации от нападения клещей пострадал 545 271 человек, показатель обращаемости составил 373,13 на 100 тыс. нас., что в 1,2 раза выше, чем в 2024 году и в 1,1 раза выше, чем СМУ. В 2025 году в общей структуре обращаемости населения по поводу укусов клещами территории распределились следующим образом: ПФО – 24,0 %, СФО – 20,2 %, ЦФО – 18,5 %, СЗФО – 13,8 %, УФО – 13,1 %, ДФО – 5,1 %, ЮФО – 3,3 %, СКФО – 2,0 %.

По среднегодовым показателям обращаемости населения лидирует СФО (675,25 на 100 тыс. нас.), за ним по убывающей: УФО (593,08), СЗФО (428,48), ПФО (335,38), ДФО (306,00), ЦФО (231,03), ЮФО (121,62), СКФО (96,72).

В 2025 году, по сравнению со СМУ₂₀₁₃₋₂₀₂₄, обращаемость населения по поводу присасывания клещей увеличилась в СЗФО (в 1,27 раза), ПФО (в 1,37 раза), ДФО

(в 1,15 раза), ЦФО (в 1,09 раза), СКФО (в 1,07 раза). Обращаемость снизилась в ЮФО (в 1,14 раза), УФО (в 1,01 раза), СФО (в 1,1 раза) (Табл. 1).

Увеличение количества обращений в 2025 году по сравнению с 2024 годом отмечено в 74 субъектах России всех федеральных округов, в 10 субъектах – либо незначительное снижение, либо отсутствие значимых изменений этого показателя. В Чукотском автономном округе случаев укусов клещами не зарегистрировано.

Наибольшая обращаемость по поводу укусов клещами в 2025 году отмечена в Кировской (2 706,43 на 100 тыс. нас.) и Костромской (1 782,11) областях, Республике Алтай (1 754,98), Томской области (1 637,65), Удмуртской Республике (1 432,44), Вологодской (1 409,93) и Архангельской (1 193,25) областях, Пермском крае (1 130,45), Кемеровской области (1 045,73).

В ЦФО по сравнению с предыдущим годом отмечается увеличение показателей обращаемости во всех субъектах, кроме Рязанской области, где регистрируется незначительное снижение данного показателя. В 1,5-2 раза выросла обращаемость в Брянской, Липецкой, Тамбовской областях и г. Москва. В СЗФО, ПФО и УФО увеличение числа укусов клещами было отмечено во всех субъектах. Наибольший рост обращаемости в СЗФО отмечен в Республике Карелия и Вологодской области (в 1,6 раза), в ПФО – в Нижегородской и Пензенской областях (соответственно в 1,5 и 1,8 раза), в УФО – в Курганской (в 1,38 раза), Челябинской (в 1,29 раза) областях и Ямало-Ненецком автономном округе (в 1,29 раза). В ЮФО снижение обращаемости отмечается только в Краснодарском крае (в 1,09 раза) и Волгоградской области (в 1,21 раза), тогда как в г. Севастополе отмечен рост в 1,6 раза. В СКФО выросла обращаемость в Республике Дагестан (в 1,5 раза), Чеченской Республике (в 2,1 раза) и Республике Северная Осетия (в 2,7 раза). В СФО рост показателя обращаемости по поводу укусов клещами в 1,11 – 1,23 раза отмечен для всех субъектов, кроме Красноярского края и Новосибирской области, где данный показатель практически не изменился. В ДФО отмечается увеличение обращаемости во всех субъектах, кроме Приморского края, Магаданской и Сахалинской областей, Еврейской автономной области, где регистрируется снижение обращаемости по поводу укусов клещами (в среднем в 1,1 раза). В Чукотском автономном округе не регистрируются случаи нападения клещей. Максимальное увеличение обращаемости отмечено в Камчатском крае (в 1,64 раза) и Амурской области (в 1,43 раза), наибольшее снижение – в Магаданской области (в 2,97 раза).

Особенностью сезона 2025 года явилась относительно теплая зима. По данным многолетних климатических наблюдений отмечается увеличение каждые 10 лет среднегодовой температуры на 0,5 °С. В большинстве субъектов в связи с благоприятными условиями климата и теплой зимой сроки начала сезонной активности клещей начались на 1,0 – 1,5 декады раньше в сравнении с 2024 годом.

При анализе материалов формы федерального статистического наблюдения № 18 «Сведения о санитарном состоянии субъекта Российской Федерации» за 2016 – 2024 годы² выявлена тенденция к увеличению доли заселенных иксодовыми клещами, как природных биотопов (на 0,2 % в год по Российской Федерации), так и природных

² Анализ начат с 2016 года, т.к. ранее количество исследуемых биотопов в некоторых федеральных округах не превышало нескольких десятков.



биотопов в зонах отдыха (на 0,7 % в год по Российской Федерации). По отдельным федеральным округам ввиду многолетней цикличности, обусловленной циклом биологического развития иксодовых клещей, отмечаются разнонаправленные тенденции. В УФО отмечена тенденция к росту заселенности природных биотопов (+6,0 % в год) и природных биотопов в зонах отдыха (+13,0 % в год), в ПФО – тенденция к росту на 3,6 % и 2,4 % соответственно, в СЗФО – тенденция к росту на 2,2 % и 2,5 %. Вместе с тем в ДФО отмечается тенденция к снижению заселенности на 1,1 % и на 8,5 % соответственно, в СФО – на 1,7 % и на 2,1 % соответственно, в СКФО – на 2,0 % и на 4,3 % соответственно.

Изменения гидротермических условий (повышение температуры и влажности) в последние десятилетия отражаются на динамике всех компонентов паразитарных систем клещевых трансмиссивных инфекций, оказывая как прямое, так и опосредованное влияние на показатель эпидемической напряженности в природных очагах. По информации Росгидромета³ об особенностях климата в Российской Федерации за 2024 год, по данным многолетних климатических наблюдений с 1976 года отмечается увеличение среднегодовой температуры на 0,5 °С за 10 лет и увеличение суммы годовых осадков на 1,8 % за 10 лет. Во всех федеральных округах, кроме ПФО, тенденция изменения климата способствует распространению переносчиков – клещей: СЗ, ФО (+0,57 °С/10 лет и +2,2 % / 10 лет соответственно), ЦФО (+0,59 °С и +0,4 %), ЮФО (+0,60 °С и +0,3 %), СКФО (+0,51 °С и +1,4 %), УФО (+0,51 °С и +1,6 %), СФО (+0,45 °С и +2,9 %), ДФО (+0,50 °С и +2,2 %). По оперативным данным⁴, за январь-октябрь 2025 года на всей территории России средняя температура воздуха за декабрь-февраль – больше нормы преимущественно на 2 – 8 °С. На азиатской территории это была самая теплая зима в истории наблюдений, на европейской – 2-я из самых теплых. Весна 2025 года вошла в первую десятку самых теплых за весь период наблюдения. Лето 2025 года стало 6 – 8 из самых теплых в истории наблюдений на всей территории России и вторым – на азиатской территории России. Сентябрь 2025 года вошел в первую десятку самых теплых сентябрей, а октябрь в целом характеризовался нормальной температурой. В 2025 году обращений по поводу присасывания клещей было зарегистрировано на 18,4 % больше, чем в 2024 году (545 271 против 460 639) и на 7 % больше, чем среднемноголетнее количество за предыдущие 10 лет (545 271 против 510 572).

Увеличение числа лиц, обратившихся в медицинские организации после присасывания клещей, в 2025 году могло быть связано не только с ростом численности переносчиков в природных стациях и ранним началом их сезонной активности, но и с увеличением контактов населения с природными очагами в связи с развитием туризма внутри страны, а также с большей настороженностью людей, пострадавших от присасывания клещей, и увеличением доступности лабораторий, проводящих исследование присосавшихся клещей.

Лабораторная диагностика ИКБ

³ Доклад об особенностях климата на территории Российской Федерации за 2024 год. Москва. 2025.

⁴ Обзоры погодно-климатических особенностей, наблюдавшихся в Северном полушарии в 2001 – 2025 годы. Режим доступа: <https://meteoinfo.ru/climat-tab13>



В эпидемический сезон 2025 года на территории Российской Федерации исследовано на 10 % больше клещей, чем в прошлом году – 458 267 экземпляров, из которых 361 431 экз. снято с людей, 96 836 экз. – из объектов окружающей среды. Распределение исследований по принадлежности лабораторий в 2025 году остается постоянным: 61,4 % исследований приходится на лаборатории учреждений Роспотребнадзора, остальные 38,6 % исследований проведены в других организациях. 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.

Согласно форме 2-22 «Сведения о деятельности лабораторий ФБУЗ – ЦГиЭ» по количеству проведенных лабораторных исследований на ИКБ, включая исследование переносчиков, лидирует ПФО (30 % от всего количества лаб исследований по стране), СФО (18 %), ЦФО (19,1 %), УФО (12,5 %), СЗФО (11 %), ДФО (5,3 %), ЮФО (2,4 %), СКФО (0,9 %).

В связи с высокой обращаемостью населения по поводу присасывания клещей актуальным является расширение лабораторной сети для организации экспресс-диагностики переносчиков на их инфицированность возбудителями клещевых инфекций с целью экстренной профилактики (антибиотикопрофилактики в отношении ИКБ), а также для доступности лабораторных исследований для населения. В 2025 году экспресс-диагностику клещей на наличие маркеров возбудителей клещевых трансмиссивных инфекций проводили в 326 лабораториях 61 субъекта Российской Федерации (число лабораторий, проводящих диагностику клещей, составило 509 в 84 субъектах страны).

Геномный надзор, в том числе генотипирование боррелий, является важным аспектом для дифференциальной диагностики и этиотропной терапии ИКБ. Этиологическая структура боррелий находит отражение в специфичности органных поражений, что обуславливает полиморфизм клинической картины в зависимости от генотипических характеристик возбудителя.

Результаты генотипирования боррелий вносились в базу данных платформы VGARus в 2024 – 2025 годах 3 организациями Роспотребнадзора: Омским НИИ природно-очаговых инфекций (208 фрагментов генома боррелий), Иркутским научно-исследовательским противочумным институтом (1 619 фрагментов генома боррелий) и ФКУЗ Читинской противочумной станцией (7 фрагментов генома). Из общего числа генотипированных боррелий 64,72 % относятся к *B. garinii*, 27,64 % – *B. afzelii*, 1,53 % – *B. bavariensis*, 0,11 % – *B. valaisiana*, 6,00 % – *B. miyamotoi*. Следует отметить, что из них в базе данных VGARus содержится информация только о 52 (2,84 %) генотипированных образцах, полученных из клещей, собранных на территории Европейской части России (Калининградская, Липецкая, Курская, Нижегородская и Тамбовская области), а подавляющее большинство получено с территорий Азиатской части России (Иркутская, Омская, Кемеровская и Новосибирская области, Забайкальский, Приморский, Красноярский и Хабаровский края).

Профилактика ИКБ. В целом по Российской Федерации в 2025 году акарицидные обработки выполнены на 296 861,2 га, что на 15,8 % больше обработанной в 2024 году площади (Рис. 5) и на 48,0 % больше среднемноголетней



обработанной площади. План акарицидных обработок по Российской Федерации выполнен на 110,0 %, однако в 4 субъектах площадь проведенных обработок оказалась меньше запланированной: в Курской, Ленинградской и Сахалинской областях и Ставропольском крае.

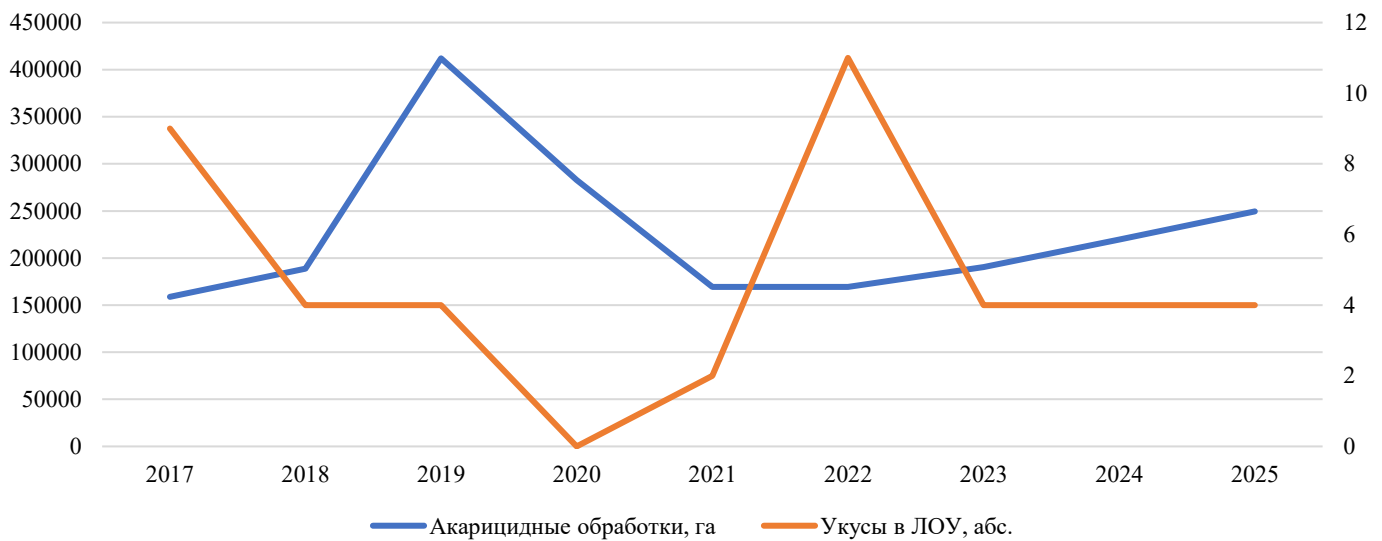


Рис. 5. Динамика площади акарицидных обработок (га) и числа укусов, регистрируемых на территориях летних оздоровительных учреждений, в Российской Федерации

Важно отметить, что более 70 % укусов клещами происходили в местах, не предусмотренных планом акарицидных обработок: 35 % нападений клещей произошло на частных придомовых территориях, в том числе сельской местности, на дачных участках и СНТ; 36 % – в природных биотопах (например, лесные заказники, тайга, сбор дикоросов, охота, рыбалка, неорганизованный туризм).

Известны факты использования неэффективных или неразрешенных к использованию акарицидных препаратов, которые не являются активными в отношении переносчиков возбудителей ИКБ.

В целом отмечается тенденция к снижению количества укусов клещами на территории летних оздоровительных учреждений (ЛОУ). В эпидемический сезон 2025 года укусы клещей, произошедшие на территориях организаций отдыха и оздоровления детей, были зарегистрированы на территории ЛОУ в Республике Бурятия (2 сл.), Волгоградской (1 сл.) и Московской (1 сл.) областях.

Положительные результаты исследований снятых клещей *I. persulcatus* и крови людей после их присасывания имеют существенное значение для оценки индивидуального риска заражения и тактики предупредительных мероприятий. Пациентам с положительными результатами исследования снятых переносчиков рекомендуется проведение экстренной антибиотикопрофилактики в максимально короткий срок (не более трех суток с момента присасывания инфицированного переносчика) по назначению врача с учетом результатов исследований снятых переносчиков в ПЦР. У лихорадящих больных с неустановленным диагнозом после присасывания иксодовых клещей при отсутствии верификации этиологии заболевания для эмпирической терапии до лабораторного подтверждения диагноза по назначению врача рекомендуется применение обладающего широким спектром антимикробной активности доксициклина.

Тенденции эпидемического процесса ИКБ в федеральных округах Российской Федерации и прогноз на 2026 год.

В течение анализируемого периода (2013-2025 гг.) отмечается умеренная тенденция к росту заболеваемости в целом по Российской Федерации (Тпр.=2,24 %), преимущественно за счет ЦФО (Тпр.=8,30 %) и, в некоторой степени, за счет ЮФО (Тпр.=5,57 %) и СКФО (Тпр.= 9,44 %) (Табл. 2, Рис. 6).

В 5 округах наблюдается либо умеренный линейный тренд к снижению (СЗФО, Тсн.=2,89 %; УФО, Тсн.=3,94 %; СФО, Тсн.=2,62 %), либо отсутствие значимой тенденции к изменению инцидентности ИКБ (ПФО, Тсн.=0,74 %; ДФО, Тсн.= 0,66 %).

Тенденцию к изменению интенсивности эпидемического процесса ИКБ в каждом из федеральных округов, как правило, формируют несколько субъектов с наибольшим вкладом в число случаев заболеваний. При этом направленность трендов заболеваемости и обращаемости населения с укусами клещами далеко не всегда совпадают (Табл. 2, Рис. 6).

В ЦФО выраженный тренд к росту обусловлен 7 субъектами: г. Москва, Московская, Воронежская, Липецкая, Рязанская, Тульская и Калужская области, на долю которых приходится подавляющее большинство всех случаев ИКБ в ЦФО (53,8 %, 11,5 %, 7,1 %, 4,2 %, 2,7 %, 2,6 % и 2,4 % соответственно). Выраженный темп прироста инцидентности ИКБ выявлен в 4 субъектах с относительно небольшим вкладом в заболеваемость ИКБ в ЦФО: Брянская, Курская, Орловская и Тверская области (2,3 %, 1,5 %, 2,3 %, 1,9 % соответственно). В Костромской области (1,3 % случаев в ЦФО) – высокие показатели заболеваемости при отсутствии значимых тенденций к их изменению.

В СЗФО умеренная тенденция к снижению заболеваемости ИКБ обусловлена Вологодской, Калининградской, Архангельской, Ленинградской и Псковской областями, Республикой Карелия, на долю которых приходится 31,7 % всех случаев ИКБ в СЗФО, при том, что в г. Санкт-Петербурге (57,6 % случаев в СЗФО) отмечен умеренный темп прироста инцидентности ИКБ.

В УФО умеренный темп снижения заболеваемости ИКБ обусловлен преимущественно Свердловской, Челябинской и Курганской областями, на долю которых приходится 50,6 %, 14,9 %, 4,2 % всех случаев ИКБ в УФО. При этом в Тюменской области (19,6 % всех случаев УФО) наблюдается умеренный темп прироста, а ХМАО (10,4 % всех случаев УФО) – выраженный темп прироста заболеваемости ИКБ.

В СФО умеренный темп снижения инцидентности ИКБ обусловлен Красноярским краем, Новосибирской, Томской и Кемеровской областями, Республиками Хакасия и Тыва, на долю которых приходится 71,5 % всех случаев ИКБ в СФО (23,7 %, 16,8 %, 13,5 %, 11,0 %, 4,8 % и 1,7 % соответственно). При этом умеренные темпы прироста заболеваемости ИКБ отмечается в Иркутской области и Алтайском крае (17,1 % и 6,4 % всех случаев ИКБ в СФО).

В ПФО отсутствие линейного тренда изменения показателей заболеваемости ИКБ на протяжении анализируемого периода объясняется тем, что наличие темпов прироста в одних регионах компенсируется темпами снижения в других регионах. Выраженная тенденция роста отмечается в Республике Мордовия, Чувашской



Республике, Саратовской и Самарской областях (4,9 %, 1,8 %, 1,3 % и 0,8 % всех случаев ИКБ в ПФО). Умеренные темпы роста характерны для Нижегородской, Пензенской и Кировской областей (19,3 %, 6,3 % и 19,9 % всех случаев ИКБ в ПФО). Выраженные темпы снижения заболеваемости ИКБ отмечены в Удмуртской Республике, Республике Марий Эл, Ульяновской области, (6,7 %, 0,9 %, 1,5 % случаев ИКБ в ПФО). Умеренные темпы снижения наблюдаются в Пермском крае и Республике Башкортостан (31,2 % и 1,9 % случаев ИКБ в ПФО).

В ДФО отсутствие линейного тренда изменения показателей заболеваемости ИКБ на протяжении анализируемого периода объясняется также как для ПФО. Умеренные темпы снижения инцидентности ИКБ наблюдаются в Приморском и Хабаровском краях, Сахалинской области (29,3 %, 15,6 %, 8,7 % всех случаев ИКБ в ДФО соответственно); выраженные темпы снижения – в Амурской области (1,9 % случаев ИКБ в ДФО соответственно). Умеренные темпы прироста отмечены в Забайкальском крае, Республике Бурятия (30,0 % и 11,0 % всех случаев ИКБ в ДФО соответственно); выраженные темпы прироста – в Еврейской автономной области и Республике Саха-Якутия (1,5 % и 1,1 % всех случаев ИКБ в ДФО соответственно).

В ЮФО практически все субъекты характеризуются умеренными или выраженными темпами прироста заболеваемости ИКБ, поэтому в целом по округу наблюдается выраженная тенденция к увеличению инцидентности. Исключение – г. Севастополь с умеренными темпами снижения заболеваемости ИКБ, однако на него приходится только 4,2 % всех случаев в ЮФО.

Таблица 2

Тенденции развития эпидемического процесса ИКБ и прогноз на 2026 год

Территории	Заболеваемость ИКБ			Обращаемость населения по поводу укусов клещами		
	Темп прироста в 2013-2025 гг., %	Линейный тренд	Прогноз на 2026 г., на 100 тыс.нас. (95%ДИ)	Темп прироста в 2013-2025 гг., %	Линейный тренд	Прогноз на 2026 г., на 100 тыс.нас. (95%ДИ)
Российская Федерация	2,24%	↑	5,34 (3,38-7,31)	0,73%	↔	363,60 (288,57-438,8)
ЦФО	8,30%	↑	11,45 (7,86-15,04)	1,46%	↑	249,27 (127,14-371,39)
СЗФО	-2,89%	↓	4,31 (1,15-7,46)	1,48%	↑	477,00 (328,32-625-67)
УФО	-3,94%	↓	5,54 (3,27-7,81)	0,82%	↔	612,42 (373,64-851,19)
ПФО	-0,74%	↔	2,78 (0,78-4,78)	3,11%	↑	406,05 (316,82-495,27)
СФО	-2,62%	↓	5,00 (2,78-7,23)	-0,29%	↔	679,66 (553,77-805,54)
ДФО	-0,66%	↔	3,43 (1,54-5,32)	1,44%	↑	357,08 (263,16-451,00)
ЮФО	5,57%	↑	1,38 (0,49-2,27)	-2,38%	↓	98,67 (40,96-156,38)
СКФО	9,44%	↑	0,85 (0,34-1,36)	-2,50%	↓	87,52 (49,70-125,34)



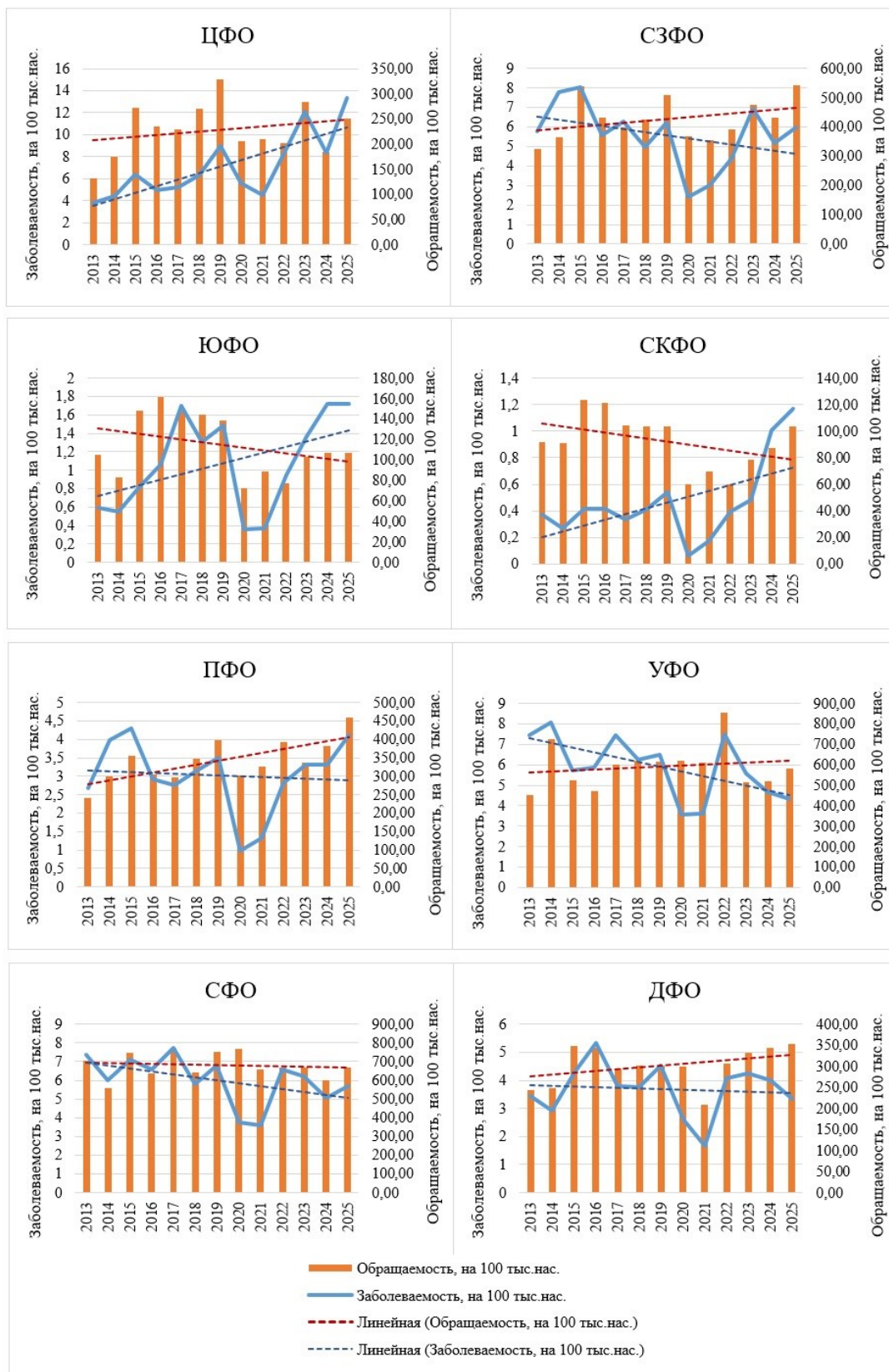


Рис. 6. Динамика заболеваемости ИКБ (левая ось ординат – линейный график, на 100 тыс. нас.) и обращаемости населения с укусами клещами (правая ось ординат – гистограмма, на 100 тыс. нас.) в федеральных округах Российской Федерации за 2013-2025 годы.

Аналогичная ситуация наблюдается в СКФО. Практически все субъекты характеризуются выраженными темпами прироста заболеваемости ИКБ, за

исключением Кабардино-Балкарской Республики, где в 2025 году зарегистрирован первый и единственный за все предшествующие годы случай ИКБ.

Таким образом, эпидемиологическая ситуация по иксодовым клещевым боррелиозам в Российской Федерации в 2025 году продолжает оставаться напряженной. В 2013 – 2025 годах наблюдаются особенности тенденций эпидемического процесса ИКБ на территориях различной степени эпидемиологического риска. В 8 из 13 субъектов со среднемноголетним уровнем заболеваемости выше 8,4 на 100 тыс. нас. выявлена тенденция к снижению, в 3 – относительная стабильность показателей инцидентности, а в г. Москве и Калужской области сохраняется вероятность дальнейшего роста заболеваемости ИКБ. В 10 из 19 регионов со СМУ от 4,2 до 8,3 на 100 тыс. нас. отмечена тенденция к росту, а в 8 – к снижению заболеваемости. Тренд к росту заболеваемости выявлен в 14 из 24 субъектов со среднемноголетним уровнем заболеваемости от 1,6 до 4,1 на 100 тыс. нас. и в 19 из 29 регионов с низким СМУ (до 1,5 на 100 тыс. нас.).

Причинами роста заболеваемости ИКБ и высокой обращаемости пострадавших от присасывания клещей являются: изменение климата в сторону его потепления и увеличения влажности, расширение ареалов обитания и увеличение количества переносчиков, рост числа контактов населения с ними, преимущественно в местах, не предусмотренных планом акарицидных обработок.

При условии сохранения существующих объемов профилактических мероприятий и отсутствия аномальных природно-климатических явлений прогнозируемый показатель заболеваемости ИКБ в 2026 году для Российской Федерации в целом составит 5,34 (3,38 – 7,31) на 100 тыс. нас.; для ЦФО – 11,45 (7,86 – 15,04); для СЗФО – 4,31 (1,15 – 7,46); для ПФО – 2,78 (0,78 – 4,78); для УФО – 5,54 (3,27 – 7,81); для СФО – 5,00 (2,78 – 7,23); для ДФО – 3,43 (1,54 – 5,32); для ЮФО – 1,38 (0,49 – 2,27); для СКФО – 0,85 (0,34 – 1,36).

Анализ тенденций развития эпидемического процесса в сопоставлении с тенденциями изменений частоты контактов населения с клещами, а также расчеты вероятного уровня заболеваемости позволяют заключить, что для большинства федеральных округов уровень заболеваемости ИКБ в 2026 году будет варьировать около доверительных интервалов среднемноголетних значений, за исключением ЦФО, ЮФО и СКФО, где возможен рост числа случаев ИКБ.

Эффективный контроль эпидемической ситуации по ИКБ возможен при условии сохранения и совершенствования, а для таких регионов как г. Москва, г. Санкт-Петербург, Московская, Воронежская, Липецкая, Нижегородская, Костромская, Рязанская, Тульская Калужская, Брянская, Кировская, Курская, Орловская, Тверская, Тюменская, Пензенская и Иркутская области, Алтайский и Забайкальский края, Республика Бурятия, субъекты ЮФО и СКФО – увеличения объемов и повышения качества профилактических мероприятий, включая гигиеническое воспитание и обучение населения, усиление зоолого-эпидемиологического мониторинга.

Для стабилизации эпидемиологической ситуации по иксодовым клещевым боррелиозам руководителям территориальных органов и подведомственных организаций Роспотребнадзора необходимо обеспечить:

1. Проведение дифференциации территорий муниципальных образований (административных районов) всех эндемичных по ИКБ субъектов Российской Федерации



Федерации по показателям заболеваемости и частоте контактов населения с клещами с построением соответствующих картограмм для рационального планирования, проведения и контроля профилактических и противоэпидемических мероприятий.

2. Проведение зоолого-энтомологического, эпизоотологического мониторинга в природных очагах ИКБ, анализ активности и структуры природных очагов.

3. Расширение работы по генотипированию боррелий, выявленных при исследовании иксодовых клещей, и образцов материала от людей на базе лабораторий центров гигиены и эпидемиологии в субъектах Российской Федерации с размещением результатов на платформе VGARus с целью совершенствования молекулярно-генетического мониторинга за возбудителями ИКБ.

4. Осуществление верификации диагноза ИКБ с применением серологических и молекулярно-биологических методов при помощи зарегистрированных в установленном порядке и разрешенных к применению на территории Российской Федерации тест-систем при исследовании образцов биологического материала (кровь, сыворотка крови, плазма, биоптат).

5. Проработку вопросов расширения площадей акарицидных обработок с учетом проведения обработок в местах фактического нападения клещей.

6. Осуществление контроля за качеством проведения комплекса мероприятий по профилактике ИКБ, включающего неспецифическую профилактику и экстренную (специфическую) антибиотикопрофилактику.

7. Расширение информационно-разъяснительной работы с населением с привлечением СМИ о территориях, опасных в отношении клещей, и правилах поведения в таких местах, об использовании средств индивидуальной защиты от нападения клещей (акарициды в аэрозольных упаковках для обработки одежды), об основных симптомах болезни и целесообразности исследования присосавшихся клещей, проведения экстренной антибиотикопрофилактики.

8. Осуществление взаимодействия с образовательными организациями медицинского профиля для организации периодического обучения специалистов здравоохранения по вопросам профилактики и диагностики ИКБ.

9. Осуществление взаимодействия с профильными научными учреждениями Роспотребнадзора и Референс-центром по мониторингу за ИКБ для проведения необходимых исследований в целях оптимизации эпидемиологического надзора и повышения качества профилактических мероприятий.

