

# Трансмісивні інфекції в Рівненській області

**Р.О. Харитонюк<sup>1</sup>, Н.Г. Гойда<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Рівненська центральна міська лікарня

<sup>2</sup>Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

У статті представлені дані про окремі трансмісивні інфекції: рівень захворюваності на малярію і Лайм-бореліоз у Рівненській області. Проведено його порівняння з показниками по Україні і в розрізі районів області. Відзначено зростання захворюваності за останні три роки. Наведено високий епідемічний ризик виникнення хвороби Лайма в Рівненській області.

**Ключові слова:** малярія, Лайм-бореліоз, поширеність.

**Мета дослідження:** вивчити поширеність на території Рівненської області малярії та Лайм-бореліозу (ЛБ). Завданням було дослідити частоту захворюваності на малярію та ЛБ серед населення Рівненської області та порівняти її показники з показниками в інших країнах.

У дослідженні використані статистичні дані СЕС та статистична звітність МОЗ України.

У світі в структурі інфекційних хвороб малярія посідає четверте місце. ВООЗ проголосила боротьбу з малярією своїм пріоритетним завданням ще з 1998 року. Успішно функціонує Проєкт ВООЗ «Обратити малярію вспять». У рамках цього проєкту об'єднані зусилля країн, ендемічних щодо малярії, Всесвітнього і Регіональних банків реконструкції та розвитку, неурядових організацій і приватного сектора. Стратегія Проєкту ВООЗ «Обратити малярію вспять» базується на території країн, ендемічних щодо малярії.

Крім країн, уже охоплених епідемією малярії, високий ризик повернення малярії існує і в інших країнах Центральної Азії, Закавказзя, Чорноморських і Середземноморських держав, що входять до Європейського регіону ВООЗ.

Регіональне бюро ВООЗ при підтримці штаб-квартири ВООЗ планує здійснити швидкий перехід від стадії надання екстреної допомоги і гуманітарної підтримки країн, охоплених епідемією, до фази довгострокової постійної стратегії попередження повернення малярії на звільнені від неї території.

Ситуація з малярії в Україні у 2009–2013 роках дещо змінювалася в бік зростання, проте у 2012 році відзначалося зменшення на 15,5% – до рівня 0,13 на 100 тис. населення (табл. 1).

Завезення малярії у нашу країну відбувається щорічно і знаходиться на рівні 0,07–0,17 на 100 тис. населення. Групами ризику щодо завозу малярії є пілоти, моряки, військовослужбовці, трудові мігранти, біженці, нелегали, туристи, які повертаються в Україну з країн, ендемічних щодо малярії. Завезення малярії супроводжується епідеміологічними і клінічними наслідками. До тяжких клінічних наслідків завезення малярії можна віднести зростання за останні 5 років летальності від тропічної малярії у 3,8 разу у порівнянні з попередніми роками. Це зумовлено пізнім зверненням хворих по медичну допомогу та пізньою клінічною і лабораторною діагностикою малярії. Епідемічними наслідками завезення є поява за останні роки трьох випадків малярії-вівакс, яких не було з 1990 року, а також збільшення числа випадків мікс-малярії на 13,1%, рецидивів – у 1,9 разу.

У 2012 р. у Рівненській області зареєстровано 3 випадки завезеної тропічної малярії (2011 р. – 1 випадок мікс-малярії). Випадки малярії зареєстровано: 1 – у військовослужбовця, 1 – у дитини, 1 – у заробітчанина. Відзначено зниження кількості осіб, обстежених на малярію (275 осіб – за 2012 р., а у 2011 р. – 332 особи, у тому числі знизилася і кількість обстежених на малярію дітей – з 21 дитини до 14 дітей), що свідчить про зниження настороженості лікарів до діагностики малярії. У той самий час в області станом на 01.02.2013 року, за даними туристичних агенцій, паспортних столів, військкоматів, проживає 9158 осіб, які прибули за останні 3 роки з країн, ендемічних щодо малярії: туристи – 8617 чоловік, миротворчий контингент – 3 чоловіки, заробітчани – 515 чоловік, іноземні громадяни – 23.

На сучасному етапі профілактики малярії в системі епідагляду важливе місце посідає своєчасне виявлення і знезараження джерел малярії.

Таблиця 1

Показники захворюваності на малярію за 2009–2013 роки

Найменування адміністративної території	Роки									
	2009		2010		2011		2012		2013	
	Абс. число	На 100 тис. населення	Абс. число	На 100 тис. населення	Абс. число	На 100 тис. населення	Абс. число	На 100 тис. населення	Абс. число	На 100 тис. населення
Рівненська область	1	0,09	-	-	1	0,09	2	0,17	-	-
Україна	34	0,07	51	0,11	75	0,16	60	0,13	76	0,17

Таблиця 2

Показники захворюваності на ЛБ за 2009–2013 роки

Найменування адміністративної території	Роки									
	2009		2010		2011		2012		2013	
	Абс. число	На 100 тис. населення	Абс. число	На 100 тис. населення	Абс. число	На 100 тис. населення	Абс. число	На 100 тис. населення	Абс. число	На 100 тис. населення
Рівненська область	978	2,12	1272	2,75	1597	3,49	1675	3,67	1932	4,25
Україна	14	1,22	40	3,48	1	0,09	45	3,91	45	3,91

Показники захворюваності на ЛБ у Рівненській області за 2009–2013 роки

Назва районів і міст	Роки									
	2009		2010		2011		2012		2013	
	Абс. число	На 100 тис. населення	Абс. число	На 100 тис. населення	Абс. число	На 100 тис. населення	Абс. число	На 100 тис. населення	Абс. число	На 100 тис. населення
Березнівський			2	3,18			1	1,59	4	6,32
Володимирецький	3	4,92							2	3,20
Гощанський			1	2,76						
Демидівський										
Дубенський			1	1,19			1	1,20	4	4,79
Дубровицький	1	2,02	2	4,07			2	4,09		
Зарічненський										
Здолбунівський			1	1,75			1	1,75	1	1,75
Корецький	1	2,79	2	5,64			3	8,66		
Костопільський			7	10,91			2	3,10	2	3,09
Млинівський			2	5,08						
Острозький			2	4,52						
Радивилівський	1	2,6	1	2,61			3	7,93	3	7,97
Рівненський	1	1,14	2	2,29			3	3,41		
Рокитнівський			1	1,89						
Сарненський	5	5,00	11	10,97			10	9,89	16	15,70
м.Рівне	2	0,82	4	1,63	1	0,91	19	7,71	12	4,86
м.Кузнецовськ			1	2,42					1	2,38

Виходячи з складної ситуації, яка склалася у світі та в країнах СНД, цілей, що поставлені перед європейськими країнами ВООЗ, завданням нашої країни є недопущення завезення малярію на території України та поширення її серед населення.

Серед трансмісивних інфекцій звертає на себе увагу і бореліоз, або хвороба Лайма (ХЛ). В останнє десятиріччя захворюваність на ЛБ невинно зростає як у європейському регіоні в цілому, так і в Україні зокрема, а тому ця ендемічна зоонозна хвороба стала також предметом пильної уваги науковців і практиків.

За рівнем захворюваності і поширеності, важкістю клінічних проявів, частим переходом до рецидивного і хронічного перебігу ЛБ є однією з найбільш актуальних проблем сучасної інфекційної патології Північної Америки, Азії і багатьох країн Європи.

Про перші випадки наведеного захворювання в Україні відомо ще з 1994 року, хоча офіційна реєстрація ведеться лише з 2000 року. Щорічно спостерігають зростання числа хворих та почастішання випадків ураження нервової системи, опорно-рухового апарату, серця, очей. Усе це створює несприятливу епідемічну ситуацію в країні. За 2000–2004 роки в Україні було виявлено лише 562 випадки ХЛ, у 2005 р. офіційно зареєстровано вже 228 (0,48 на 100 тис. населення), а у 2011 р. кількість зареєстрованих випадків ХЛ зросла у 5,8 рази і склала 1276 (2,76 на 100 тис. населення). Це можна пояснити як поступовим покращанням діагностики, так і інформованістю лікарів та населення щодо даної інфекції.

У США, де щорічно реєструють 16–18 тис. нових випадків ХЛ, вони складають 91% від інфекцій, які передаються трансмісивним шляхом, і посідають друге місце за значенням після ВІЛ-інфекції. У Європі, за оцінками вчених, кількість ЛБ незабаром може досягти 8–10 тис. випадків на рік. За даними

американського центру контролю інфекційних захворювань, захворюваність на ЛБ в ендемічних районах Європи і Америки може досягти 500 випадків на 100 тис. населення. Аналогічний показник захворюваності відзначають у Південній Німеччині, Словенії; в інших європейських країнах він дещо нижчий.

Під час масового обстеження населення ендемічних щодо ЛБ районів Швеції виявлено, що близько 12% жителів мали симптоми цього захворювання. У Росії щорічно виявляють 5–10 тис. випадків ЛБ.

У Рівненській області також за ці роки реєстрували випадки ЛБ (табл. 2).

У Західному регіоні України, до якого належить і Рівненська область, постійно існує високий епідемічний ризик зараження на ЛБ.

Як свідчать дані таблиці, найбільше випадків ЛБ було зареєстровано у 2012 р. (45) та 2013 р. (45), що склало 3,91 на 100 тис. населення, а найменше – у 2011 році – 1 (0,09 на 100 тис. населення). Лише у 2010 р. показник перевищив такий по Україні і склав 3,48 проти 2,7 на 100 тис. населення.

Якщо аналізувати захворюваність у розрізі районів, то найвищу захворюваність у 2013 р. реєстрували у Сарненському районі – 16 випадків (15,7 на 100 тис. населення) та місті Рівне – 12 випадків (4,86 на 100 тис. населення). Жодного випадку не було зареєстровано у Демидівському районі (табл. 3).

### ВИСНОВКИ

У Рівненській області мають місце випадки захворюваності на малярію та Лайм-бореліоз. Їхня частота в розрізі районів і міст – різна. Тому необхідно постійно проводити моніторинг захворюваності, підвищувати ефективність лабораторної діагностики та профілактики, підвищувати рівень знань медичних працівників та вдосконалювати санітарно-просвітницьку роботу серед населення.

**Трансмиссивные инфекции  
в Ривненской области  
В.О. Харитонюк, Н.Г. Гойда**

В статье представлены данные по отдельным трансмиссивным инфекциям: уровень заболеваемости малярией и Лайм-боррелиозом в Ровенской области. Проведено его сравнение с показателями по Украине и в разрезе районов области. Отмечен рост заболеваемости за три последних года. Показан высокий эпидемический риск возникновения болезни Лайма в Ровенской области.

**Ключевые слова:** малярия, Лайм-боррелиоз, распространенность.

**Frequency and distribution of vector-borne  
infections in Rivne region  
R.A. Haritonyuk, N.G. Gojda**

This paper offers data on some vector-borne infections: the incidence of malaria and Lyme borreliosis in Rivne oblast. There was performed a comparison of their incidence in Ukraine and in the context of some districts of the oblast. A marked increase in the incidence has been seen over the past three years. The high risk of Lyme disease epidemic in Rivne oblast has been shown.

**Key words:** malaria, Lyme-borreliosis, prevalence.

**Сведения об авторах**

**Гойда Нина Григорьевна** – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9. E-mail: n\_gojda@ukr.net

**Харитонюк Раиса Александровна** – Ровенская городская больница, 33028, г. Ровно, ул. Киевская, 78-г

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Білецька Г.В. Основні підсумки вивчення екології та епідеміології хвороби Лайма у західно-українському регіоні / Г.В. Білецька, О.Б. Семенишин // Актуальні питання боротьби з інфекційними хворобами : матеріали міжнародної науково-практичної конференції, 23–24 жовтня 2003 р. – Харків, 2003. – Аннали Мечніковського інституту. – 2003. – № 4–5. – С. 106.
2. Study of Lyme borreliosis in Ukraine / H. Biletska, L. Podavalenko, O. Semenyshyn [et al.] // International Journal of Medical Microbiology. – № 298. – 2008. – P. 154–160.
3. Семенишин О. Б. Перші результати вивчення Лайм-борреліозів в західних областях України / О.Б. Семенишин // Матеріали VI Міжнародного медичного конгресу студентів та молодих вчених, 21–23 травня 2002 р. – Тернопіль, 2002. – С. 140.
4. Иксодовые клещи – переносчики природно-очаговых инфекций на Украине / Г.В. Белецкая, И.Н. Лозинский, И.И. Курганова, О.Б. Семенишин // Проблемы современной паразитологии : материалы международной научно-практической конференции, 6–12 октября 2003 г. – Петрозаводск, 2003. – С. 69–71.
5. Воробьева Н.Н. Иксодовые клещевые боррелиозы // Рос. мед. журнал. – 2000. – № 6. – С. 33–38.
6. Малий В.П., Кращенко И.С. Системный клещевой боррелиоз. – 2006. – С. 128.
7. Melski J.W. Lyme borreliosis // Semin. Gut. Med. Surg. – 2000. – V. 19, № 1. – P. 10–17.
8. J. Med. – 2001. – V. 345. – P. 115–125.

Статья поступила в редакцию 27.05.2014

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ ЖУРНАЛА  
**«СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА»**

1. Статья должна быть напечатана на одной стороне страницы через 2 интервала (поля слева — 3,5 см, справа — 1 см, сверху и снизу — по 2,5 см).
2. **Статья подается на русском языке в 2-х экземплярах, подписанных всеми авторами. Каждый автор должен указать свои данные (фамилию, имя, отчество, научное звание (должность), научную степень, отрасль специализации, место работы, служебный адрес, почтовый индекс, служебный и домашний телефоны, факс).**
3. **УДК и фамилию автора необходимо указать на первой странице, далее должны следовать название статьи и название организации, на базе которой были проведены исследования, наблюдения и т.д.**
4. Текст статьи и материалы к ней должны быть отредактированы и проверены автором. Содержание статьи должно иметь практическую направленность. К статье должны быть приложены все используемые в работе таблицы, иллюстрации, список литературы и акт экспертизы.
5. **Ф.И.О. автора, название статьи, резюме и ключевые слова подаются на русском, украинском и английском языках.**
6. Требования к иллюстративному материалу:
  - Иллюстрация может быть подана в виде: фотографии, слайда, рентгенограммы, электронного файла.
  - Иллюстрация должна быть подготовлена на высоком качественном уровне.
  - Поданные иллюстрации должны соответствовать основному смыслу статьи.
  - Иллюстрация должна быть максимально разгружена от надписей, которые следует перенести в подпись к ней.
- Подписи к иллюстрациям подаются на листе бумаги в конце статьи.
- Каждая иллюстрация должна иметь общее название.
- На обратной стороне иллюстрации необходимо указать порядковый номер, «верх» либо «низ».
- Иллюстрации следует передавать в отдельном конверте с указанием названия статьи и Ф.И.О. автора.
- В статье следует указать место, где, по мнению автора, желательно было бы поместить иллюстрацию.
- Иллюстрация, поданная в электронном виде, должна быть в формате EPS, TIF или JPEG и иметь разрешение не менее 300 dpi (масштаб 1:1).
7. Таблицы должны быть компактными. Название столбцов и строк должны соответствовать их содержанию, текст подается без сокращений.
8. Список цитированной литературы подается в соответствии с общепринятыми правилами оформления.
9. В статье не допускается сокращения слов, кроме общепринятых в научной литературе. Все измерения подаются в системе единиц СИ.
10. Статья должна содержать практические выводы и рекомендации для клиницистов.
11. Редакция оставляет за собой право редактировать статьи.
12. При несоблюдении указанных требований оформления статьи, редакция возвращает ее авторам без рассмотрения.
13. Статья должна быть записана в формате WORD-97, 98, 2000–2003; размер шрифта — 12 пунктов.
14. Материалы статей, принятых к печати (рукописи, иллюстрации, дискеты), не возвращаются.

**Статьи просим присылать по адресу:**

Адрес: 03039, Киев, ул. Голосеевская, 13, офис 6.  
Тел./факс: (044) 220-15-66, 220-15-67.

«Медицинский издательский дом «Профессионал», e-mail: office@zdr.kiev.ua