

Епідеміологічні дослідження

УДК 616.98:579.882.11

М.Р. Анфілова

КЛІНІЧНО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СУЧАСНОГО ПЕРЕБІГУ УРОГЕНІТАЛЬНОГО ХЛАМІДІОЗУ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Резюме. У роботі вивчалися сучасні клінічно-епідеміологічні особливості уrogenітального хламідіозу, стан захворюваності, її структура, динаміка та регіональні особливості. Встановлено, що основу захворюваності на уrogenітальний хламідіоз складають особи найбільш репродуктивного віку (20-34 роки), чоловічої статі, основною причиною звернення яких до лікувального закладу є випадковий незахищений статевий контакт. Таким чином, існує необхідність розробки та впровадження у повсякденну практику лікарів спеціально розроблених програм консультування в галузі інфекцій, що передаються статевим шляхом (ППСШ), які успішно застосовують за кордоном упродовж останніх десятиріч і за допомогою яких вдалося досягти зниження захворюваності на негонококові уретрити в 4-5 разів.

Ключові слова: хламідіоз, епідеміологія, клінічні особливості, структура захворюваності.

Вступ. Хламідійна інфекція представляє собою достатньо різноманітну групу захворювань і є однією з найрозповсюдженіших інфекцій, які мають серйозні медико-соціальні наслідки для людини [1]. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, у світі щорічно інфікується *S. Trachomatis* статевим шляхом близько 90 млн осіб. В економічно розвинених країнах третина населення впродовж життя 2-3 рази інфікується *S. Trachomatis* [6]. У США хламідія викликає 4 млн. нових випадків хламідіозу та відповідальна за 25-50 % випадків запальних захворювань органів малого таза. В Європі близько 600 тис. випадків сальпінгіту оцінено як наслідок інфекції *S. Trachomatis*, що призводять до неплідності у 25 %. Неухильне зростання захворюваності в США та Європі пояснюють впровадженням скринінгу хламідійної інфекції, використанням чутливих методів діагностики, таких, як ампліфікація нуклеїнових кислот, а також більш повною реєстрацією нових випадків [9]. Разом з тим, наприклад, у Російській Федерації захворюваність на уrogenітальний хламідіоз на 100 тис. населення в 2001 р. склала 121,5, у 2002 р. – 107,4, у 2003 р. – 101,0. Однак ці цифри швидше відображають неповну реєстрацію захворювання, ніж реальну захворюваність по країні. Серед соціальних причин зростання хламідіозу в країнах пострадянського простору фахівці виділяють несприятливі соціально-економічні умови, недостатню інформованість населення про шляхи передачі інфекції, незнання методів і засобів профілактики зараження [7, 13].

Останніми роками в Україні щорічно реєструють до 40 тис. випадків уrogenітального хламідіозу. Оскільки випадки уrogenітальної хламідійної інфекції не підлягають обов'язковій реєстрації в органах охорони здоров'я, точні епідеміологічні дані щодо розповсюдженості цих захворю-

вань до теперішнього часу надаються лише вибірково. Водночас кількість нерозпізнаних випадків хламідійної інфекції продовжує залишатися високим внаслідок того, що більшість інфікованих не усвідомлюють цього.

Розповсюдженість хламідійної інфекції серед сексуально активних жінок-підлітків перевищує 10 %, а серед жінок молодого віку – 5 %. У 15-40 % жінок із хламідійною інфекцією шийки матки розвиваються запальні захворювання органів малого таза, а 60-70 % дітей, народжених від матерів з активною інфекцією, стають інфікованими, у 50 % з них розвивається кон'юнктивіт, а в 10-20 % – пневмонія [11]. Розповсюдженість хламідійної інфекції серед чоловіків, які звертаються до клініки з приводу ППСШ, становить 15-20 %. Встановлено, що *S. Trachomatis* є найбільш частою причиною епідидиміту в чоловіків, молодших за 35 років [8, 9].

Значення хламідійної інфекції в інфекційній патології визначається її тривалою персистувальною дією, поступовим дрібно вогнищевим ураженням тканин, органів та систем людини [10]. У більшості випадків перебіг захворювання безсимптомний або з незначними клінічними проявами, що в більшості випадків не дозволяє визначити час інфікування [2]. В'язий перебіг хламідіозу призводить до пізнього звернення до лікаря, або до випадкового встановлення діагнозу під час вагітності в жінок, а в чоловіків при обстеженні їх як сексуальних партнерів. Тому, не випадково при хламідіозі спостерігають часті рецидиви та реінфекції, які визначають не тільки розповсюдження інфекції, а й появу персистувальних та ускладнених форм захворювання [11]. Таким чином, уrogenітальний хламідіоз є хронічним захворюванням, яке викликає та підтримує постійні та м'які запальні явища в сечостатевих органах. Окрім місцевих уражень слизових сечо-

статевого тракту, хламідії здатні розповсюджуватися інтраканалікулярно, викликати запальний процес в ендометрії, маткових трубах, яєчниках, очеревині, а при генералізації захворювання – менінгоенцефаліти, що призводять до тяжких ускладнень [12]. Хламідії, які знаходяться в органах сечостатевої системи та викликають місцеві запальні захворювання, є також збудниками різних екстрагенітальних уражень: офтальмохламідіозу, пневмонії, ураження суглобів (хвороба Рейтера), внутрішнього вуха (кохлеарний неврит, вестибулярного апарату), перигепатиту (синдром Фітца-Хью-Куртиса), периспленіту, перинефриту в поєднанні з сальпінгітом та пельвіоперитонітом [9]. Також є наукові дані про етіологічну та суттєву роль хламідій у патогенезі захворювань серцево-судинної системи – атеросклерозу та інфаркту міокарда [10].

Отже, наслідками хламідійної інфекції в жінок можуть бути: розвиток неплідності, ектопічної вагітності, патології вагітності, інфікування новонароджених та розвиток у них різноманітних ускладнень [3, 8], а в чоловіків – простатитів, орхітів, епідидимітів та порушення фертильності [4]. Також доведено, що хламідії є етіологічними агентами цілого ряду екстрагенітальних захворювань, які характеризуються низкою різноманітних клінічних проявів. Усі ці наслідки визначають хламідіоз не тільки медичною, але й соціальною проблемою.

Мета дослідження. Вивчити сучасні клінічно-епідеміологічні особливості урогенітального хламідіозу, стан та структуру його захворюваності.

Матеріал і методи. Проведено аналіз карт амбулаторних та стаціонарних хворих на урогенітальний хламідіоз, а також статистичних звітів Вінницького обласного шкірно-венерологічного диспансеру за період 2001-2010 років та аналіз отриманих даних.

Результати дослідження та їх обговорення. Встановлено, що у 2001 році захворюваність у Вінницькій області на урогенітальний хламідіоз склала 10,5 на 100 тис. населення; у 2002 р. – 17,7; у 2003 р. – 20,6; у 2004 р. – 25,2; у 2005 р. – 19,7; у 2006 р. – 18,5; у 2007 р. – 15,9; у 2008 р. – 12,7; у 2009 р. – 13,6; у 2010 р. – 13,5. Отже, починаючи з 2001 року захворюваність на хламідіоз зростала до 2004 року, а потім почала знижуватися, і з 2008 року залишалася на стабільному рівні. Звичайно, що офіційна статистика не завжди відповідає реально існуючій захворюваності, враховуючи також той факт, що випадки урогенітального хламідіозу не підлягають обов'язковій реєстрації. Таким чином, підвищення або зниження захворюваності на інфекції, що передаються статевим шляхом та не підлягають обов'язковій реєстрації, може бути пов'язано зі ступенем активності як лікарів різних спеціальностей – дерматовенерологів, акушер-гінекологів, урологів, так і самих пацієнтів, які страждають від запальних захворювань сечостатевої системи та їх ускладнень. Наприклад, хламідії виявляють у 10 % пацієн-

єнток гінекологічних відділень, у 8 % вагітних, у 30 % жінок, які з'являються на амбулаторний прийом з приводу інфекцій, що передаються статевим шляхом [9].

Традиційно, що захворюваність на негонококові уретрити серед жінок є вищою, ніж серед чоловіків, що пов'язано з цілою низкою різних факторів. В Україні, наприклад, захворюваність на трихомоноз серед жінок вища в 3-5 разів, ніж серед чоловіків, а захворюваність на урогенітальний мікоплазмоз – у 5-8 разів. У Вінницькій області захворюваність на урогенітальний хламідіоз у жінок перевищувала чоловічу в 2001 році всього в 1,3 раза (11,7 на 100 тис. населення проти 9,0), у 2002 році – у 3,9 раза (26,7 проти 6,9), у 2003 р. – вже в 4,6 раза (32 проти 7), у 2004 р. – у 5,3 раза (40 проти 7,5), у 2005 р. – у 3,8 раза (29,8 проти 7,8), у 2006 р. – у 3,6 раза (27,6 проти 7,6), у 2007 р. – у 3,5 (23,7 проти 6,7), у 2008 р. – у 5,2 (20,2 – 3,9), у 2009 р. – у 2,5 (19,1 – 7,4), у 2010 р. – у 4,2 раза (20,8 – 5). Ці співвідношення ще раз підтверджують, що основу захворюваності на урогенітальний хламідіоз складають жінки, що може бути пов'язано з більш частим зверненням жінок до медичної установи, особливо стосовно проблем, пов'язаних з неплідністю.

Захворюваність на негонококові уретрити також завжди була значно вищою серед міських жителів, ніж серед жителів села в декілька разів. Особливо це стосувалось урогенітального хламідіозу, враховуючи його мінімальні клінічні прояви та особливості діагностики. Проте останніми роками, у зв'язку з міграційними та урбаністичними процесами в країні спостерігають тенденцію до незначного співвідношення хворих на урогенітальний хламідіоз – жителів міст та сіл. У 2001 році захворюваність міського населення на урогенітальний хламідіоз перевищувала захворюваність сільського населення всього в 1,2 раза (місто – 28,4 на 100 тис. населення; село – 23,2); у 2002 році – в 1,4 раза (відповідно: 21,2 проти 14,4); у 2003 р. – у 1,9 раза (28,0 – 14,3); у 2004 р. – у 1,7 раза (32,4 – 18,8); у 2005 р. – у 2,5 раза (29,1 – 11,4); у 2006 р. – у 2,6 раза (27,4 – 10,4); у 2007 р. – у 2,1 раза (22,0 – 10,3); у 2008 р. – у 2,3 раза (18,3 – 7,7); у 2009 р. – у 1,08 раза (14,2 – 13,1); у 2010 р. – у 1,2 раза (14,9 – 12,2). На нашу думку, таке співвідношення хворих контингентів населення пов'язано в більшості випадків з неповною реєстрацією захворювання, особливо серед міських жителів, зважаючи на те, що вони мають значно кращий та різнобічний доступ до медичних закладів.

Найбільш поширені хламідійні інфекції серед осіб активного в статевому відношенні віку 20-40 років. Проте в деяких країнах виявлено переважання хламідійної інфекції в осіб молодше 25 років. Так, захворюваність осіб у цьому віці у Великобританії складає 940, у Швеції – 1000, у США – 2500 на 100 тис. населення [6]. В Україні найбільш чисельна вікова група хворих на урогенітальний хламідіоз – від 20 до 35 років, який є

найкращим у репродуктивному плані періодом, коли в сім'ях з'являються перша та друга дитина. У Вінницькій області 30 % хворих (838 випадків захворювання) віком 25-29 років, 26 % (762) – 20-24 роки, 20 % (580) – 30-34 роки, 11 % (315) – 35-39 років, 7 % (218) – 40-59 років, 4 % (126) – 15-19 років, 1 % (28) – до 14 років та 1 % – старші за 60 років. Якщо порівняти динаміку загальної захворюваності по області з віковим контингентом хворих на урогенітальний хламідіоз, то можна підтвердити, що основу всіх зареєстрованих випадків складають саме особи, віком від 20 до 34 років, захворюваність серед яких повністю відповідає динаміці загальної захворюваності з 2001 по 2010 роки.

Зазвичай урогенітальний хламідіоз не має специфічних клінічних проявів та патогномічних симптомів, кількість асимптомних випадків інфекції, яка викликається *S. Trachomatis* у молодих чоловіків та жінок сягає до 20 %. Клінічний перебіг урогенітального хламідіозу достатньо різноманітний, але найчастіше приймає форму підгостру, хронічну або персистувальну [1, 2]. У чоловіків первинно уражається сечовипускний канал, потім інші органи (передміхурова залоза, сім'яні пухирці, придатки яєчок. Найбільш розповсюдженим є первинний хламідійний уретрит, який становить 35-60 % випадків негонококових уретритів у чоловіків. Разом із хламідійним уретритом при належному обстеженні в 46 % осіб виявляють простатит, у 16 % – разом із хламідійним простатитом діагностують і везикуліт. Гострий хламідійний орхіепідидиміт виявляють у 35-56 % хворих чоловіків різного віку. В інфікованих жінок частіше всього уражається канал шийки матки, після чого може виникнути висхідна інфекція, яка захоплює матку, маткові труби, яєчники, а також очеревину. Цервіцит хламідійної етіології визначають у 12-60 % жінок з негонококовими запальними захворюваннями статевих органів [5, 11, 12].

Аналізуючи причини звернення жінок до Вінницького обласного шкірно-венеричного диспансеру, яким виставлено діагноз хламідіоз, можна відзначити, що основною причиною була поява скарг – 47 % випадків, виявлення захворювання, що передається статевим шляхом у партнера (не хламідійної етіології) – 23 %, випадковий незахищений статевий контакт – 15 %, виявлення урогенітального хламідіозу в партнера – 10 %, медогляд – 5 %. Основною причиною звернення до шкірно-венеричного диспансеру серед чоловіків був випадковий незахищений статевий контакт – 45%, поява скарг – 26 % чоловіків, виявлення захворювання, що передається статевим шляхом не хламідійної етіології в партнера – 14 %, виявлення урогенітального хламідіозу в партнера – 13 %, у 2 % осіб – виявлено при медогляді.

Отже, серед пацієнтів, хворих на хламідійну інфекцію, скарги пред'являли 47 % жінок та 19 % чоловіків. Найбільш частою скаргою в чоловіків

були: неприємні відчуття невизначеного характеру в сечовивідному каналі – у 21 % осіб, періодичний свербіж в уретрі – у 15 %, незначні слизові виділення із сечовивідного каналу – у 14 %, почащене сечовипускання – у 12 %, неприємні відчуття в ділянці промежини – у 2 % осіб. У жінок на першому місці були скарги на незначні слизові виділення з піхви – у 32 %, безпліддя – у 19 %, неприємні відчуття внизу живота – у 15 %, порушення менструального циклу – у 9 %, болочість під час статевого контакту – у 6 % осіб.

Супутні захворювання виявлено у 62 % жінок та у 25 % чоловіків з урогенітальним хламідіозом. Бактеріальний вагіноз діагностовано у 35 % жінок, урогенітальний мікоплазмоз – у 19 %, кандидоз – у 15 %, гострокінцеві конділоми – у 10 %, урогенітальний трихомоноз – у 8 %, гонорея – у 8 %, сифіліс – у 5 % жінок. У чоловіків із супутньої патології виявлено кандидо-бактеріальний баланопостит – у 59 %, урогенітальний мікоплазмоз – у 17 %, гострокінцеві конділоми – у 10%, гонорею – у 7%, урогенітальний трихомоноз – у 5%, сифіліс – у 2 % осіб.

Висновки

1. Основу захворюваності на урогенітальний хламідіоз продовжують складати особи найбільш репродуктивного віку (20-34 роки), що диктує необхідність посилення профілактичної роботи саме в цій віковій категорії населення.

2. Враховуючи, що захворюваність на урогенітальний хламідіоз традиційно залишається суттєво вищою серед жіночого населення, яке частіше звертається по медичну допомогу, існує необхідність посилення профілактичної роботи саме серед чоловіків.

3. Останніми роками захворюваність на хламідіоз серед міського населення вже не так суттєво переважає над захворюваністю серед мешканців сіл. Це може бути пов'язано з цілою низкою абсолютно різних факторів: міграційними та урбаністичними процесами, широкою доступністю приватних закладів із відсутністю реєстрації даного захворювання.

4. Основною причиною звернення до шкірно-венерологічного диспансеру в жінок є поява скарг (47 %), а в чоловіків – випадковий незахищений статевий контакт – (45 %). Цей фактор є одним із головних у гендерних та мотиваційних особливостях профілактичних програм щодо інфекцій, які передаються статевим шляхом.

5. Скарги хворих на урогенітальний хламідіоз є слабо вираженими та не характеризуються специфічністю: найбільш частою скаргою в чоловіків є: неприємні відчуття невизначеного характеру в сечовивідному каналі (у 21 % осіб), а в жінок на першому місці – скарги на незначні слизові виділення з піхви (у 32 % осіб).

6. Поєднання урогенітального хламідіозу з іншими захворюваннями, що передаються статевим шляхом у жінок, трапляються у 2,5 раза частіше, ніж у чоловіків, що необхідно враховувати дерматовенерологам та лікарям інших спеціаль-

ностей при плануванні обстежень та лікувальних заходів щодо даної інфекції.

Перспективи подальших досліджень. Ситуація, яка склалася з захворюваністю на уrogenітальний хламідіоз, диктує необхідність розробки та впровадження у повсякденну практику лікарів спеціально розроблених програм консультування в галузі ПСШ, які успішно застосовуються за кордоном упродовж останніх десятиріч і за допомогою яких вдалося досягти зниження захворюваності на негонококові уретрити в 4-5 разів.

Література

1. Айзятупов Ю.Ф. Стандарты диагностики и лечения в дерматовенерологии / Ю.Ф. Айзятупов. – Донецк: Каштан, 2010. – 560 с.
2. Айзятупов Р.Ф. Сексуально-трансмиссивные заболевания (этиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика) / Ю.Ф. Айзятупов. – Донецк: Каштан, 2004. – 400 с.
3. Айзятупов Р.Ф. Некоторые показатели неспецифической резистентности у больных хламидиозом в экологически неблагоприятном регионе в комплексной терапии с применением рулида / Р.Ф. Айзятупов, С.В. Центилю // Дерматовенерол., косметол., сексопатол. – 2001. – № 1 (4). – С. 173-175.
4. Андрашко Ю.В. Пульс-терапия – рациональный подход к лечению больных хроническим уrogenитальным хламидиозом / Ю.В. Андрашко, О. М. Галагурич, С.В. Пушкаренко // Дерматол. та венерол. – 2007. – № 4 (38). – С. 36-39.
5. Бондаренко Г.М. Комплексное лечение уrogenитальной хламидийной и микоплазменной инфекции / Г.М. Бондаренко, И.Н. Никитенко // Укр. ж. дерматол., венерол., косметол. – 2010. – № 4. – С. 92-97.
6. Глобальная стратегия профилактики инфекций, передаваемых половым путем и борьбы с ними, 2006-2015 гг. – ВОЗ, Женева, 2007 (рус.версия).
7. Демина М.А. Основные современные тенденции распространения инфекционных заболеваний, передаваемых половым путем / М.А. Демина, Ю.А. Тюков // Пробл. социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2010. – № 6. – С. 19-22.
8. Мавров Г.И. Влияние инфекций, передающихся половым путем (ИППП) на сексуальное и репродуктивное здоровье / Г.И. Мавров, А.Е. Нагорный, Т.В. Осинская // Здоровье мужчины. – 2012. – № 3. – С. 48-51.
9. Мавров И.И. Основы диагностики и лечения в дерматологии и венерологии / Мавров И.И., Болотная Л.А., Сербина И.М. – Харьков: Факт, 2007. – 792 с.
10. Мавров И.И. Роль хламидийной инфекции в сердечно-сосудистой патологии / И.И. Мавров // Дерматол. та венерол. – 2007. – № 3 (37). – С. 5-8.
11. Мавров И.И. Хламидийная инфекция: клинические проявления и характер осложнений / И.И. Мавров, Т.В. Мальцева // Дерматол. та венерол. – 2005. – № 4 (30). – С. 42-45.
12. Мельник О.П. Ускладнення хронічного сечостатевого хламідіозу у жінок / О.П. Мельник // Дерматол. та венерол. – 2004. – № 3 (25). – С. 54-57.
13. Халдин А.А. Современное состояние проблемы негонококковых уретритов и перспективы их терапии / А.А. Халдин // Рос. ж. кожн. и венер. болезней. – 2004. – № 3. – С. 42-48.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОГО ТЕЧЕНИЯ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА

М.Р. Анфилова

Резюме. В работе изучались современные клинико-эпидемиологические особенности уrogenитального хламидиоза, состояние заболеваемости, ее структура, динамика и региональные особенности. Установлено, что основу заболеваемости уrogenитальным хламидиозом составляют лица наиболее репродуктивного возраста (20-34 лет), мужского пола, основной причиной обращения которых в лечебное учреждение является случайный незащищенный половой контакт. Таким образом, существует необходимость разработки и внедрения в повседневную практику врачей специально разработанных программ консультирования в области инфекций, передающихся половым путем, которые успешно применяют за рубежом в течение последних десятилетий и с помощью которых удалось достичь снижения заболеваемости на гонококковые уретриты в 4 раза.

Ключевые слова: хламидиоз, эпидемиология, клинические особенности, структура заболеваемости.

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF THE MODERN COURSE OF UROGENITAL CHLAMYDIOSIS

M.R. Anfilova

Abstract. The paper has studied the modern clinical and epidemiological features of urogenital chlamydia, the morbidity state, its structure, dynamics and regional characteristics. It has been found out that the basis of the disease incidence of urogenital chlamydia is made up of people of the most reproductive age – 20-34 years, of the male, gender whose major cause of an appeal for medical aid to a hospital is a random unprotected sexual contact. Thus, there is a need

to develop and introduce into the daily practice of physicians specially elaborated programs in the field of STI counseling, which have been successfully used abroad in recent decades, and with the help of which it has been possible to achieve a reduction in the incidence of nongonococcal urethritis by 4-5 times.

Key words: chlamydiosis, epidemiology, clinical features, morbidity pattern

M.I. Pyrohov National Medical University (Vinnytsia)

Рецензент – проф. О.І. Денисенко

Buk. Med. Herald. – 2013. – Vol. 17, № 1 (65). – P. 190-194

Надійшла до редакції 21.01.2013 року

© М.Р. Анфілова, 2013

УДК 616.995.42-071:595.42

*Л.Я. Федонюк, А.В. Довбуш, М.М. Багрій**

КЛІНІЧНО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЛАЙМ-БОРЕЛІОЗУ В ТЕРНОПІЛЬСЬКІЙ ОБЛАСТІ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського»

* ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Резюме. У роботі узагальнено клінічно-епідеміологічні дані щодо поширення системного кліщового бореліозу в Тернопільській області, яка визнана ендемічною щодо Лайм-бореліозу. Рівень захворюваності зростає з кожним роком, а серед клінічних форм переважає еритемна. При укусі кліщів показано серологічне

обстеження постраждалих для діагностики різних клінічних форм хвороби. Актуальним є проведення санітарно-освітньої роботи серед населення з метою інформування про методи профілактики хвороби Лайма.

Ключові слова: хвороба Лайма, епідеміологія, клініка, діагностика.

Вступ. Розташування Тернопільської області в межах Подільської височини (лісостепова зона) та в Малому Поліссі (зона мішаних лісів), у зоні з родючими ґрунтами та достатнім зволоженням, оптимальною температурою, різноманітністю рослинного та тваринного світу сприяє масовому поширенню кліщів, створює сприятливі умови для циркуляції збудників іксодових кліщових бореліозів [5].

Враховуючи, що випадки захворювань на Лайм-бореліоз реєструються в усіх регіонах нашої держави [10], щорічне зростання їх кількості створює несприятливу епідемічну ситуацію в Україні [3, 6, 7, 8]. Якщо у 2005 році офіційно зареєстровано 228 випадків іксодових кліщових бореліозів, що становить 48 на 100 тис. населення, то у 2011 році кількість зареєстрованих випадків даного захворювання зросла в 5,8 раза і склала 1276 випадків (2,76 на 100 тис. населення).

Хвороба Лайма (ХЛ) або Лайм-бореліоз (ЛБ) належить до «нових інфекційних хвороб», збудник якої спірохета комплексу *Borrelia burgdorferi sensu lato*, відкритий у 1982 році [1, 4, 11], і на теперішній час за рівнем захворюваності, поширеності та тяжкістю клінічного перебігу [2, 9] є найбільш актуальною та важливою для вивчення серед трансмісивних природно-вогнищевих інфекцій Тернопільської області.

Мета дослідження. Проаналізувати клінічно-епідеміологічну ситуацію щодо Лайм-бореліозу на території Тернопільської області.

Матеріал і методи. Проаналізовано матеріали обласної санітарно-епідеміологічної станції стосовно захворюваності на ХЛ у Тернопільській області впродовж 2001-2011 років, карти епідеміологічного обстеження хворих (форма № 357/О), які лікувалися в інфекційних стаціонарах області. Діагноз встановлювали на підставі відповідних клінічно-епідеміологічних даних і підтверджували лабораторно з визначенням Ig M та Ig G до *B. burgdorferi* у лабораторії трансмісивних інфекцій Львівського НДІ епідеміології та гігієни (лабораторія SYNEVO).

Результати дослідження та їх обговорення. Офіційну реєстрацію ЛБ в Україні розпочали з 2000 року. Захворюваність на цю недугу в Тернопільській області за період спостереження становила від 0,09 у 2001 році до 2,75 у 2010 році на 100 тис. населення, в Україні за той же час - 0,12-2,12 на 100 тис. населення.

Основним переносником борелій на території Тернопільської області є лісовий європейський кліщ *I. ricinus*. Згідно з ентомологічним моніторингом, який в Україні офіційно розпочатий із 2000 року, середньосезонний показник чисельності кліщів і кількість випадків захворюваності населення на ЛБ у Тернопільській області зростає. Якщо у 2005 році чисельність іксодових кліщів складала 1,4 екз/прапор-км і було зареєстровано 4 випадки ЛБ, то вже у 2011 році чисельність кліщів зросла до 7,8 екз/прапор-км, захворюваність - до 60 випадків (рис. 1). Це, на нашу