

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КЛІЩОВОГО БОРЕЛІОЗУ НА СУМЩИНІ, ПІДХОДИ ДО СЕРОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ

*Корнієнко Л. І., лікар-інтерн; Болецька Т. О., клінічний ординатор
Науковий керівник – д-р. мед. наук, проф. М. Д. Чемич
СумДУ, кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією*

Актуальність. Захворюваність на іксодовий кліщовий бореліоз (ІКБ) у Сумській області залишається досить високою та перевищує середні показники захворюваності по Україні в декілька разів. Цьому сприяє значна урбанізація, зміни клімату, збільшення кількості бродячих тварин.

Мета роботи - дослідити особливості клінічного перебігу хвороби в природному осередку та ефективність серологічної діагностики.

Матеріали і методи. Проаналізовані медичні карти стаціонарних хворих та обстежено 124 хворих, що перебували на лікуванні у Сумській обласній клінічній інфекційній лікарні ім. З.Й. Красовицького в 1999-2011 рр.

Результати. Присмоктування іксодових кліщів у Сумській області спостерігаються з квітня по вересень, а максимум припадає на травень – серпень. Серед хворих більшість складають жінки - 57 (65,3 %). Середній вік пацієнтів - (45,65±14,39) років. Встановлено, що 54 (43,5 %) осіб були інфіковані в межах м. Суми при відвідуванні парку, місць відпочинку (Олдиш) та дачних ділянок (Баранівка). При госпіталізації обстежені скаржились на наявність кільцеподібної еритеми – 119 (95,7 %), осіб загальну слабкість – 64 (51,6 %), біль у суглобах та м'язах – 13 (10,4 %), лихоманку – 11 (8,9 %). Кільцеподібна еритема (КЕ) з'являлась у середньому на 16 добу після укусу кліща. У діаметрі КЕ варіювала від 1,5 до 60 см. У 3 хворих спостерігалось одночасно 2 еритеми, у 2 – 3, у 1 – 4. Зникала еритема в середньому на 9-й день від початку лікування. 17 пацієнтів (13,7 %) не вказали на факт присмоктування кліща. Субфебрильну температури реєстрували у 33,9 % (42). Ураження нервової системи спостерігалось у 21 (17 %) хворого у вигляді енцефалополінейропатії, радикулонейропатії, полінейропатії, нейропатії лицевого та серединного нервів, астенічного та астеноневропатичного синдромів. Ураження опорно-рухового апарату у вигляді Лайм-артритів спостерігалось у 2 хворих, ураження шкіри - у 1, змішана шкірно-суглобова форма - у 1. Ураження печінки у вигляді хронічного неуточненого гепатиту спостерігалось у 12 (9,7%) пацієнтів. Гепатомегалія реєструвалась у 59 (47,6 %) випадках. Зміни в серцево-судинній системі у вигляді метаболічної міокардіопатії були зареєстровані у 6 (4%) хворих віком до 50 років, які не мали супутнього обтяженого кардіологічного анамнезу. Методом ІФА досліджувалась кров 69 осіб, з них у стадії локальної інфекції (еритемна форма) - 63 (91,3 %), безеритемна форма – 2 (2,9 %), у стадії дисемінації - 4 (5,8 %). Одночасне дослідження на наявність антитіл класу IgM та IgG проводилось у 45 (65,2 %) хворих, антитіла класу IgM - у 62 (89,9 %). Діагностичні титри виявились лише в 13 (20,1 %) випадках. Антитіла класу IgG досліджувались у 53 (76,8 %) пацієнтів, позитивні результати виявлені в 17 (32 %) випадках. Наявність одночасно позитивних титрів антитіл класів IgM та IgG виявились у 6 (15,4 %) хворих. Методом НРІФ дослідження проводилось у 1 хворого з безеритемною формою – титр антитіл дорівнював 1:64. Методом ПЛР проводилося дослідження у 13 хворих, у всіх випадках результат негативний. Виражені зміни гемограми у більшості хворих були відсутні. У біохімічному аналізі крові та клінічному аналізі сечі значних змін не визначали.

Висновки. Значну кількість хворих на ІКБ складає працездатне населення. Хвороба перебігає з характерною клінічною симптоматикою. Серологічні дослідження залишаються обов'язковими для підтвердження діагнозу, особливо у випадках безеритемних форм ІКБ та при негативному епідеміологічному анамнезі.