

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ЛАЙМ-БОРЕЛІОЗУ

Болецька Т. О., Чемич М. Д.

СумДУ, кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією

Актуальність теми. Лайм-бореліоз (ЛБ) є серйозною медико-біологічною проблемою з огляду на схильність хвороби до хронізації, несприятливих наслідків при ураженні нервової системи, опорно-рухового апарату, шкіри, печінки, серця та характеризується поліморфізмом клінічних проявів. Сумський регіон є високоактивним осередком ЛБ в Україні та відноситься до областей з найвищими показниками захворюваності. Так, у 2009 році рівень інцидентності склав 3,77 на 100 тис. нас., у 2010 - 4,0, а в 2011 – 5,81.

Мета роботи - вивчити клініко-епідеміологічні особливості ЛБ у Сумській області та визначити оптимальні підходи до його діагностики та лікування.

Матеріали і методи. Проаналізовано медичні карти стаціонарних хворих і обстежено 139 пацієнтів, що перебували на лікуванні у Сумській обласній клінічній інфекційній лікарні ім. З.Й. Красовицького в 1999-2012 рр.

Результати. Присмоктування іксодових кліщів спостерігалось з квітня по вересень з максимумом у червні - серпні. Встановлено, що серед госпіталізованих переважали міські мешканці (85 %), з них 58,5 % були інфіковані у межах м. Суми при відвідуванні місць відпочинку і присадибних ділянок. Серед хворих переважали жінки – 64 %. Середній вік пацієнтів склав (45,54 ± 1,27) року.

Клінічні прояви гострого маніфестного ЛБ характеризувалися переважно еритемними формами (96,4 %, 134 пацієнта) і середнім ступенем тяжкості (97,1 %, 135). Кільцеподібна еритема (КЕ) розташовувалася в місцях присмоктування кліщів, частіше на нижніх кінцівках. Не помітили укусу кліща 14,3 % хворих. Розмір КЕ склав у середньому (17,13 ± 1,17) см. Вторинна еритема була у 4,5 % осіб. Із суб'єктивних відчуттів у ділянці КЕ пацієнти відзначали свербіж, біль, набряк тканин, синюшність в центрі еритеми. Афекти від укусу кліща у вигляді папул і скоринок реєструвалися у 12,2 % обстежених, регіонарний лімфаденіт - у 15,8 %, у 1 випадку – лімфангоїт.

Синдром загальної інтоксикації спостерігали у кожного другого госпіталізованого, біль у суглобах і м'язах – у кожного десятого. Субфебрильну температуру реєстрували у 31,7 %, ураження нервової системи – у 20,5 % хворих (енцефалополінейропатія, радикуліт, полінейропатія, астенічний і астеноневротичний синдроми). Ураження опорно-рухового апарату (Лайм-артрит) діагностовано у 2 пацієнтів, ураження шкіри (еритема Афцеліуса) – у 1, змішана шкірно-суглобова форма - у 1. Гепатомегалія виявлена у 42,4 % осіб, хронічний неуточнений гепатит – у 8,6 %. Метаболічна міокардіопатія встановлена в 4,3 % хворих у віці до 50 років, які не мали супутньої патології і обтяженого кардіологічного анамнезу.

Методом ІФА на наявність антитіл класу IgM та / або IgG досліджувалася кров 84 осіб, з них у стадії локальної інфекції - 95,2 % (еритемна форма – 93 %, безеритемна - 2,3 %), у стадії дисемінації - 4,8 %. Діагностичні титри виявилися в 60,7 % випадках. Методом НРІФ дослідження проводилось у 1 пацієнта з безеритемною формою (в анамнезі виявився факт присмоктування кліща) – титр антитіл дорівнював 1:64 (позитивний результат – 1:40 та вище). Методом ПЛР проводилося дослідження у 13 хворих, у всіх випадках результат негативний.

Виражені зміни гемограми у більшості обстежених відсутні. У біохімічному аналізі крові і клінічному аналізі сечі значних змін не виявили. Гематологічні показники ендогенної інтоксикації були в межах норми: лейкоцитарний індекс інтоксикації в середньому склав (1,08 ± 0,09), гематологічний показник інтоксикації - (1,07 ± 0,09), індекс зсуву лейкоцитів - (1,78 ± 0,09), лімфоцитарний індекс - (0,6 ± 0,03).

Антибактеріальна терапія призначалася у 99,3 % (138) випадків: доксицикліну моногідрат або доксицикліну гідрохлорид, азитроміцин, цефалоспорины III покоління в/м або у вигляді ступінчастої терапії (в/м введення з переходом на пероральний прийом), ампісульбін, а також поєднання приймання препаратів. У комплексній терапії використовували антигістамінні, вітамінні, дезінтоксикаційні препарати.

КЕ зникала на (9,01 ± 0,23)-й день від початку лікування. Виписування хворих проводилося після повного клінічного одужання (зникнення КЕ, нормалізація самопочуття, зменшення неврологічних проявів) під спостереження інфекціоніста за місцем проживання. Лише в 1 випадку спостерігався перехід локальної інфекції в генералізовану з ураженням нервової системи, що потребувало повторного стаціонарного лікування.

Висновки. Захворюваність на ЛБ у Сумській області має тенденцію до зростання. У хворих переважають еритемні форми ЛБ. У значній кількості пацієнтів відзначається ураження нервової системи (20,5 %) і печінки (42,4 %). Вирішальне значення в діагностиці мають клініко-епідеміологічні дані. Серологічні дослідження залишаються обов'язковими для верифікації діагнозу, особливо у випадках безеритемних форм ЛБ і за відсутності епідеміологічного анамнезу. Для ефективного запобігання персистенції збудника вид та тривалість етіотропного лікування підбирається індивідуально.