

М. Д. Чемич, Т. О. Болецька  
**ОСОБЛИВОСТІ ЛАЙМ-БОРЕЛІОЗУ У СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ, ПІДХОДИ ДО  
ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ**  
Сумський державний університет, м. Суми

**Актуальність.** Лайм-бореліоз (ЛБ) є серйозною медико-біологічною проблемою з огляду на схильність хвороби до хронізації, несприятливих наслідків внаслідок ураження нервової системи, опорно-рухового апарату, шкіри, печінки, серця та характеризується поліморфізмом клінічних проявів.

Епідеміологічна ситуація з ЛБ в Україні залишається складною. Зберігається тенденція до подальшого зростання захворюваності. Так, у 2009 році офіційно зареєстровано 979 випадків хвороби, у 2010 - 1272, а в 2011 – 1597. Сумська область є високоактивним осередком ЛБ в Україні і відноситься до областей з найвищими показниками захворюваності. Так, у 2009 році рівень інцидентності склав 3,77 на 100 тис. нас., у 2010 році цей показник дорівнював 4,0, а в 2011 – 5,81. Найвищі показники зареєстровані у м. Суми, Сумському та Шосткінському районах. На території Сумщини визначено 144 природних осередків ЛБ: інфікованість кліщів бореліями підтверджено в Сумському, Шосткінському, Глухівському, С.-Будському, Лебединському, Роменському, В.-Писарівському районах. Викликає занепокоєння почастищення випадків звернення населення з приводу присмокування кліщів. Так, за 9 місяців 2012 року в Сумській області зареєстровано 126 осіб, які піддалися нападу кліщів.

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

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

**Результати.** Присмокування іксодових кліщів у Сумській області спостерігаються з квітня по вересень з максимумом у червні - серпні. Встановлено, що серед госпіталізованих переважали міські мешканці (85 %), з них 58,5 % були інфіковані в межах м. Суми при відвідуванні парку, місць відпочинку і дачних ділянок. Серед хворих переважали жінки – 64 %. Середній вік пацієнтів склав  $(45,65 \pm 14,39)$  років.

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 присмокування кліщів, частіше на нижніх кінцівках. Не помітили укусу кліща 14,3% хворих. Розмір КЕ склав у середньому  $(17,13 \pm 1,17)$  см. Вторинна еритема була у 4,5 % осіб. Із суб'єктивних відчуттів у ділянці КЕ пацієнти відзначали свербіж, біль, набряк тканин, синюшність. Афекти від укусу кліща у вигляді папул і скорінок реєструвалися у 12,2 % обстежених, регіонарний лімфаденіт - у 15,8 %, у 1 випадку - лімфангоїт.

Синдром загальної інтоксикації спостерігали в 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 - 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 хворого з безеритемною формою (в анамнезі виявився факт присмокування 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 хворих 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 ( $1,1 \pm 0,09$ ), гематологічний показник інтоксикації - ( $1,38 \pm 0,12$ ), індекс зсуву лейкоцитів - ( $1,73 \pm 0,08$ ), лімфоцитарний індекс - ( $0,6 \pm 0,03$ ).

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 комбінації препаратів. У комплексній терапії використовували антигістамінні, вітамінні, дезінтоксикаційні препарати.

КЕ зникала на ( $9,01 \pm 0,23$ )-й день від початку лікування. Виписування хворих проводилось після повного клінічного одужання 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.

Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції і пленуму Асоціації інфекціоністів Сумщини, м. Суми, 19-20 червня 2013 р. / Редкол.: М.Д. Чемич, Г.М. Дубинська, К.І. Бодня, Н.І. Ільїна, В.В. Захлебаєва. — Суми : СумДУ, 2013. — С. 136-138.