

Клініко-епідеміологічна характеристика іксодового кліщового бореліозу в Київській області

Виноград Н. О.¹, Комаренко Н. С.²

¹Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

²ДУ «Київський обласний Лабораторний Центр Держсанепідслужби України»

Clinical and epidemiological characteristics of Ixodes tick-borne borreliosis in Kyiv region

Vynograd N. O.¹, Komarenko N. S.²

¹Danylo Halytskij Lviv National Medical University

²SE "Kyiv Regional Laboratory Center of State Sanitary Service of Ukraine"

E-mail: vynogradno@ukr.net; Vynograd N. O.

Клімато-географічні та флоро-фауністичні особливості Київської області сприяють циркуляції збудників трансмісивних інфекційних хвороб, які передаються іксодовими кліщами. За даними багаточисельних досліджень, на територіях з аналогічними до Київщини біоценотичними комплексами найпоширенішим трансмісивним кліщовим захворюванням є іксодовий кліщовий бореліоз (ІКБ). Вивчення борелій в останні роки дозволило встановити, що клінічна маніфестація ІКБ у людини визначається генотипом збудника, який викликає захворювання. За відмінностей у нуклеотидних послідовностях ДНК розрізняють 15 генотипів борелій, що належать до комплексу *B. burgdorferi sensu lato*. Доведено патогенність для людини генотипів *B. burgdorferi sensu stricto*, *B. garinii*, *B. afzelii*. Є також багато низько вірулентних і непатогенних генотипів, які належать до *Borrelia burgdorferi sensu lato* комплексу, таких як *B. andersonii* та *B. bissettii* (США), *B. lusitaniae*, *B. spielmanii*, *B. valaisiana* (Європа), і *B. japonica*, *B. sinica*, *B. tanukii*, and *B. turdi* (Азія).

В усіх без винятку патогенних штамів *B. burgdorferi s. l.* наявний зовнішній поверхневий протеїн С (OspC), що є найважливішим маркером ІКБ. OspC індукує синтез специфічних антитіл (АТ) в організмі хворих на ІКБ протягом першого місяця після інфікування. На даний час описано понад 20 північно-американських OspC-генотипів борелій, принаймні чотири, а можливо й до 9-ти таких генотипів, пов'язують із *B. burgdorferi*, що є патогенними для людини.

У Київській області перші випадки захворювань людей на ІКБ були виявлені у 1989 році й від того часу кількість ендемічних населених пунктів щорічно зростала, а за останні 5 років цей показник збільшився удвічі.

Метою нашої роботи було провести комплексні дослідження для визначення основних епідеміологічних та клінічних проявів ІКБ у Київській області на території двох ландшафтних зон: Полісся і лісостепу.

Дослідження проводилися з використанням серологічного методу - реакції імуноферментного аналізу (ІФА). Виявлення АТ класів IgM і IgG до ІКБ у сироватках крові хворих проводили з використанням тест систем «ЛаймБест» та «ЛаймБест-IgG» («Вектор Бест», РФ). У період 2009-2012 років обстежено 447 осіб (608 сироваток крові на IgM та 630 – на IgG). Обстеженню підлягали особи з попереднім діагнозом «Іксодовий кліщовий бореліоз»; хворі з діагнозом, що не виключає бореліоз; особи, які підпадали під диспансерний нагляд протягом 2 років після захворювання та лікування ІКБ.

У 2010 році діагноз ІКБ було верифіковано лише у 38 ((53,52±0,59) %) осіб із 71 офіційно зареєстрованих випадків ІКБ, а для решти хворих діагноз був виставлений на підставі наявності мігруючої еритеми як патогномонічного симптому. У 2011 році обстежено на ІКБ 131 пацієнта, з числа яких у 92 хворих було лабораторно верифіковано ІКБ. Діагностичні титри в ІФА у першій сироватці було виявлено у 83 ((90,2±5,81) %) осіб. У 2012 році було обстежено 178 осіб, діагноз лабораторно підтверджений – у 75 ((42,35±2,52) %).

Серед хворих на ІКБ з 2010 по 2012 роки переважали особи жіночої статі. Так, у 2010 році захворіло 47 ((61,2±5,64) %) жінок і 24 ((38,8±3,31) %) чоловіків; у 2011 р. – у 62 випадках ((65,3±5,11) %) були особи жіночої статі і лише третина припадала на осіб чоловічої статі – 33 ((34,7±2,44) %) випадки; у 2012 році – 57 ((63,3±5,11) %) жінок та 33 ((36,7±2,7) %) чоловіки.

Аналіз розподілу хворих на ІКБ за віком показав, що найвищий рівень захворюваності спостерігався серед груп 30-49 років та 50-69 років. Так, понад третини хворих була віком 30-49 років і близько того була частка пацієнтів з наступної вікової групи – 50-69 років. Від 2011 року почали реєструвати захворювання на ІКБ серед дітей шкільного віку у віковій групі 10-17 років ((6,3±0,24) % – у 2011 р., (4,4±0,15) % – у 2012 р.) та спостерігалася тенденція до збільшення частки хворих віком 1-10 років ((2,8±0,09) % – у 2010 році; (3,2±0,09) % – у 2011 році; (8,9±0,4) % – у 2012 році).

На підставі анамнестичних даних ми проаналізували тривалість інкубаційного періоду (термін від присмокування кліща до появи перших симптомів хвороби).

У більшості хворих інкубаційний період коливався у межах двох тижнів. Так, частка пацієнтів, у яких ознаки захворювання з'явилися на 1-5 дні від присмокування кліщів, у 2010 році становила (28,6±2,26) %, у 2011 році – (24,2±1,52) %, у 2012 році – (25,6±1,69) %; на 6-15 дні: (45,7±4,04) %, (22,1±1,35) %, (20,0±1,21) % відповідно. У 2012 році у (35,5±2,59) % хворих інкубаційний період встановити не вдалось через відсутність відомостей щодо укусів кліщами.

За клінічними ознаками переважали еритемні форми захворювання: у 2010 році – (97,2±5,97) %; у 2011 році – (93,7±5,68) % та у 2012 році – (91,1±6,12) %. На нашу думку, це відтворює більше не істинну ситуацію з поширеності різних клінічних форм ІКБ, а лише односторонність стандартів нагляду за ХЛ, де визначено лише одну патогномонічну ознаку цього інфекційного захворювання – наявність мігруючої еритеми у місці присмокування кліщів. Саме за цим симптомом шкірних уражень проводиться цілеспрямований відбір хворих для серологічної верифікації діагнозу ІКБ. Тим самим, поза увагою залишаються хворі з ураженням центральної та периферійної нервової системи, опорно-рухового апарату, серцево-судинної системи, органу зору, печінки та інших варіантів перебігу хвороби.

Маніфестація ІКБ розпочиналася переважно з місцевих реакцій: відчуття болю та свербіння у місці присмокування кліщів, у частини хворих виникала гіпертермічна реакція, відзначалася підвищена втомлюваність, загальна слабкість, дратівливість, головний біль. У поодиноких випадках виявлялися регіональні поліаденопатії.

За тяжкістю клінічного перебігу хвороби переважали середньотяжкі форми з 2010 по 2012 роки. Як показали дослідження, саме тяжкість стану хворих була основною причиною звертання людей за медичною допомогою. Для цієї частини пацієнтів характерним було пізні звертання. Частина людей, що зазнали нападу кліщів, звернулися у перші дні, і навіть принесли на дослідження кліщі, які видаляли у більшості самостійно. Причиною того була їх поінформованість про ризики виникнення захворювань із різних джерел інформації, у тому числі й друкованих першоджерел і телебачення.

Таким чином, проведені нами дослідження свідчать, що ІКБ є актуальним кліщовим трансмісивним захворюванням у всіх ландшафтних зонах Київщини. Виявлені випадки ІКБ переважно маніфестували класичною формою ІКБ з розвитком мігруючої еритеми, що дозволяло вчасно виявляти і належно діагностувати випадки захворювань людей.

Виноград, Н.О. Клініко-епідеміологічна характеристика іксодового кліщового бореліозу в Київській області [Текст] / Н.О. Виноград, Н.С. Комаренко // Інфекційні хвороби в практиці лікаря-інтерніста: сучасні аспекти : матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції і Пленуму Асоціації

інфекціоністів Сумщини, м. Суми, 4-5 червня 2014 р. / Редкол.: М.Д. Чемич, В.Д. Москалюк, О. І. Сміян, В.О. Терьошин, Н.І. Ільїна, В.В. Захлабаєва, А І. Піддубна. - Суми : СумДУ, 2014. - С. 19-23.