

УДК 616.995.42-036.2 (477.85)

Н. А. Богачик¹
А. С. Сидорчук¹
Я. В. Венгловська¹
С. Г. Казакова²

ХРОНІЧНА МІГРУЮЧА ЕРИТЕМА НА БУКОВИНІ: ВИПАДКИ З ПРАКТИКИ (КЛІНІЦИСТУ НА ЗАМІТКУ)

¹ – Буковинський державний медичний університет

² – Обласна клінічна лікарня

Ключові слова: хронічна мігруюча еритема, укуси кліща, діагностика, лікування.

Резюме. Наведено узагальнюючу характеристику кліщового бореліозу, описані клініко-епідеміологічні особливості перебігу хвороби у пацієнтів Буковини за пізнього звернення до спеціаліста інфектологічного профілю. Особливу увагу зосереджено на можливості розвитку ускладнень у випадку несвоєчасної діагностики цієї особливо небезпечної трансмісивною інфекційної хвороби.

Хронічна мігруюча еритема (системний кліщовий Лайм-бореліоз) – є природно-осередковою трансмісивною хворобою, що спричинюється бореліями (*Borrelia burgdorferi*), супроводжується мігруючою кільцеподібною еритемою, гарячкою, ураженням центральної і периферичної нервової системи, серця й великих суглобів [2]. Природні осередки бореліозу є в США, Австралії, Європі та Україні [3]. Вперше на Буковині діагностована у 2000 р., і нині залишається вельми актуальною клінічною проблемою в зв'язку із поліморфною симптоматикою [1].

За даними епідслужби Чернівецької області, включаючи 7 місяців 2012 року зареєстровано 37 випадків захворювання. Більше третини усіх випадків зареєстровані на території Глибоцького та Сторожинецького районів. Розглядаючи м. Чернівці «ризикованими» є території дачних та садово-городніх ділянок районів «Цецино» та «Роша», паркові зони по вул. Комарова та вул. Фастівський (зареєстровано 5 випадків захворювання). Переносником борелій є іксодові кліщі, активність яких найбільша в весняно-осінній період. Людина заражається під час укусу пасовищного чи тайгового кліща, перебуваючи в лісопаркових зонах [3].

Недостатня обізнаність лікарів загальної практики, клініцистів про особливості перебігу хвороби на різних стадіях (загально-токсичній, неврологічних і кардіальних ускладнень, пізніх органних уражень) призводить до несвоєчасної діагностики та пізнього специфічного лікування, що загрожує розвитком необоротних змін та наслідків (подеколи у вигляді інвалідизації) [4].

Нижче представимо узагальнену характеристику власних клінічних спостережень.

В інфекційному стаціонарі Обласної клінічної лікарні впродовж 2011-2012 рр. проліковано 10
 © Н.А. Богачик, А.С. Сидорчук, Я.В. Венгловська, С.Г. Казакова, 2012

пацієнтів, як сільського (4) так і міського населення (6). Усі пов'язували початок недуги з перебуванням у лісі та укусами кліщів, яких самостійно видаляли. Вік обстежених коливався від 33 до 59 років. Серед них чоловіків було 4, жінок – 6. Четверо хворих були госпіталізовані на 9-14 добу від моменту укусу кліща, через місяць – двоє обстежених, через – 1,5-2 місяці – 2. Двоє осіб звернулись до інфекційного стаціонару лише через півроку.

Діагноз кліщового бореліозу встановлений при поступленні у більшості хворих, і лише в одного хворого діагностована гарячка неуточної етіології.

Першим проявом хвороби є синдром загальної інтоксикації: виражена слабкість, сонливість, біль голови, озноб, гарячка, міалгії й артралгії. Через 1-7 днів на місці укусу з'явилась червона пляма кільцеподібної форми, яка поступово збільшувалась у діаметрі по периферії, центр ставав блідоціанотичним («бичаче око»). Гіперемія супроводжувалась свербіжем шкіри. Локалізація кільцеподібної еритеми була різноманітною: найчастіше в ділянці стегна у 6 хворих, також гомілки, живота та правої половини тулуба. У пацієнтів, які поступали впродовж перших двох тижнів від початку хвороби, зона гіперемії була овальною, яскравою, діаметром 10-20 см. У шпиталізованих через декілька місяців після укусу спостерігали незначну пігментацію і лущення шкіри, а хворі відмічали кардіалгії, швидку втомлюваність, дратівливість (друга стадія неврологічних і кардіальних уражень).

Діагноз ґрунтувався на даних епідеміологічного анамнезу, клінічних даних (маніфестних ознак), та результатах серологічного обстеження ELISA (виявлення специфічних антитіл класів IgM, IgG до борелій у сироватці крові). При дослідженні загального аналізу крові виявляли незначний лейкоцитоз, прискорену ШЗЕ.

Лікування хворих проводилось в інфекційному стаціонарі. Найефективнішою є наступна схема: доксицилін (по 100 мг 2 рази на добу впродовж 10 діб), по закінченню призначали інший антибактеріальний засіб (цефтріаксон по 1,0 г 2 рази на добу також 10 діб). З патогенетичного лікування застосовували лоратидин, аскорутин, дезінтоксикаційну терапію у вигляді 5% розчину глюкози, реосорбілакту.

Наводимо два випадки перебігу хронічної мігруючої еритеми або хвороби Лайма із пізньою верифікацією діагнозу.

Пацієнтка Н., 39 р. госпіталізована в інфекційне відділення для стаціонарного лікування зі скаргами на загальну слабкість, підвищення температури тіла до 37,5°C, періодично виникаючий біль у ногах, суглобах. З анамнезу відомо, що хворіє упродовж 2-ох місяців. Лікувалась у неврологічному відділенні 2 тижні. В зв'язку з появою тахікардії, болю в ділянці серця переведена до ревматологічного стаціонару, де лікувалась 15 діб. З'ясовано, що перебуваючи на відпочинку в лісовій місцевості наприкінці травня у пацієнтки був укус кліща, якого самостійно видалила. Враховуючи ці додаткові епідеміологічно цінні дані, запідозрено кліщовий бореліоз, для виключення якого проведено імунологічне дослідження крові на наявність антитіл до борелій. Детерміновано антитіла класу IgG (2,06) до *Borellia burgdorferi*, що свідчить за позитивний результат. В даному клінічному випадку кільцеподібна еритема була відсутня, що зустрічається у 20-40% [3]. Наявність болю в ногах, суглобах можна розцінити як залишкові явища хвороби у вигляді артралгічного синдрому.

Хвора М., 33 р., направлена в інфекційне відділення на 12-ий день хвороби з діагнозом «Гарячка нез'ясованої етіології». Скаржилась на озноб, підвищення температури тіла до 38,5°C, біль голови, загальну слабкість, ломоту в тілі, біль у суглобах. При огляді виявлена незначна пігментація в ділянці нижньої третини правого стегна розміром 10x9 см. До поступлення пацієнтка амбулаторно лікувалась у ангіохірурга з приводу тромбофлебиту правої нижньої кінцівки. Для уточнення діагнозу, враховуючи дані епіданамнезу (укус кліща влітку), було призначено імунологічне дослідження крові на наявність антитіл до борелій. Отриманий позитивний результат і встановлений діагноз. Хвора одержала антибактеріальну терапію, курс дезінтоксикаційних інфузій, вітамінотерапію. Температура тіла нормалізувалась через 5 днів перебування в стаціонарі, поступово зникли явища інтоксикації.

Таким чином, наведені випадки з клінічної практики підтверджують труднощі у своєчасній діагностиці цієї трансмісивної особливо-небезпечної інфекційної хвороби. Зосереджуємо увагу клініцистів на ретельно зібраному епідеміологічному анамнезі, ранніх діагностично цінних симптомів Лайм-бореліозу та важливості направлення «підозрілих» пацієнтів до спеціалістів інфектологічного профілю з метою виключення чи серологічної верифікації діагнозу хронічної мігруючої еритеми.

Література. 1. Сокол А.М. Перші випадки бореліозу Лайма на Буковині / А.М. Сокол, І.М. Хилько, О.М. Давиденко, Н.А. Богачик // Буковинський медичний вісник – 2002. - № 2. – С. 87-90. 2. Hu L.T. In the clinic. Lyme disease / Hu L.T. // Am. Fam. Physician. – 2012, Vol. 85 (11). – P. 1086-1093. 3. Johnson L., Stricker R. Treatment of Lyme disease: a medical and ecological assessment // Expert. Rev. Antiinfect. Ther. – 2004, Vol. 2 (4). – P. 533-557. 4. Wright W.F. Diagnosis and management of Lyme disease / W.F. Wright, D.J. Riedel, R. Talwani, B.L. Gilliam // Ann. Intern. Med. – 2012, Vol. 157(3). – P. 512-525.

ХРОНИЧЕСКАЯ МИГРИРУЮЩАЯ ЭРИТЕМА НА БУКОВИНЕ: СЛУЧАИ С ПРАКТИКИ КЛИНИЦИСТУ НА ЗАМЕТКУ

*Н.А. Богачик, А.С. Сидорчук,
Я.В. Венгловська, С.Г. Казакова*

Резюме. Наведена обобщённая характеристика клещевого боррелиоза, описаны клинико-эпидемиологические особенности течения болезни у пациентов Буковины при позднем обращении к специалистам инфектологического профиля. Особое внимание приделено возможности развития осложнений в случае несвоевременной диагностики этой особенно опасной трансмиссивной инфекционной болезни.

Ключевые слова: хроническая мигрирующая эритема, укус клеща, диагностика, лечение.

CHRONIC MIGRATORY ERYTHEMA ON THE BUKOVINA: CASES FROM THE PRACTICE ON TO CLINICIAN NOTE

*N.A. Bogachik¹, A.S. Sydoruk¹,
Ya.V. Venglovs'ka², S.G. Kazakova²*

Abstract. It has pointed at summarized characteristic of tick-borne borreliosis, has described the clinic and epidemiologic peculiarities of the course disease in patients of Bukovina after late visit to specialist of infectologic profile. Special attention paid to possibility of complications development in case of untimely diagnostics of this especially dangerous transmissible infectious disease.

Key words: chronic migratory erythema, tick's bite, diagnostics, treatment.

¹- Bukovinian State Medical University

²- Regional Clinical Hospital

Clin. and experim. pathol. - 2012. - Vol.11, №4 (40). - P.165-166.

Надійшла до редакції 07.02.2012

Рецензент – проф. О.І.Денисенко

© Н.А. Богачик, А.С. Сидорчук, Я.В. Венгловська, С.Г. Казакова, 2012