

рення чашечко-мискової ділянки у 144 (21,0%) хворих, котрим виконували літотрипсію та в 7 (1%) хворих, оперованих відкритим шляхом. Уретеропієлоектазію спостерігали, відповідно, у 258 (37,7%) та 70 (10,2%) хворих. Значне розширення чашечко-мискової ділянки відмічено у 59 (8,6%) хворих, оперованих ЕУХЛ і 139 (20,3%) пацієнтів, котрим виконували відкриті оперативні втручання. Не виконували літотрипсію за наявності термінального гідронефрону на боці ураження, водночас відкритим методом прооперовано 7 (1%) хворих з таким ускладненням.

Висновки.

1. Надбання досвіду літотрипсії вказує на можливість збільшення відсотка хворих із каменями великих розмірів, що підлягають ЕУХЛ. Досягти цього можливо, використовуючи ранні повторні літотрипсії на малих енергіях та попереднє стентування, що запобігатиме утворенню масивних "кам'яних доріжок" і, як наслідок, попередить розвиток обструктивно – запальних ускладнень.

2. Враховуючи відносно великий відсоток ускладнених форм сечокам'яної хвороби, відкриті оперативні втручання залишаються загальноновизнаними методами в лікуванні даного контингенту хворих.

Література. 1. *Allen F. Morey, Kenneth S. Nitahara, Jack W. Mc Aninch et al.* Modified anatomic nephrolithotomy for management of staghorn calculi: is renal function preserved? // *The journal of urology.* – 1999. – V. 162. – P. 670. 2. *Davor Eterovil, Ljubica Jureti-Kui, Vesna Apkun, Eljko Dujic.* Pyelolithotomy improves while extracorporeal lithotripsy impairs kidney function // *The journal of urology.* – 1999. – V. 161. – P. 39. 3. *Michael L. Paik, Mark A. Wainstein, J. Patrick Spirnak et al.* Current indications for open stone surgery in the treatment of renal and ureteral calculi // *The journal of urology.* – 1998. – V. 159. – P. 374-378.

TREATMENT STRATEGY CHOICE IN PATIENTS WITH UROLITHIASIS

*S.A. Sobchynskyi, V.I. Zaitsev, O. Ye. Bodko, P.I. Tyshchuk, Yu. V. Yankevych,
A.L. Dobrovolskyi, V.V. Voitseshyn, O.O. Pidmurniak*

Abstract. An analysis of the clinical material with the aim of determining signs stipulating the choice of a treatment strategy has been performed. The basic criteria are the size of a urinary calculus, a degree of inflammatory frankness, the functional state of the kidneys, the presence of retentive-obstructive changes in the upper urinary tracts. The larger the calculus size the greater the probability of employing open operative interferences in comparison with extracorporeal shock wave lithotripsy (ESWZ) as monotherapy. The presence of marked inflammatory changes stipulates the use of open surgery as the primary strategy to eliminate this kind of complications.

Key words: urolithiasis, extracorporeal shock wave lithotripsy, open surgery of nephrolithiasis.

Regional Clinical Hospital (Khmelnitskyi)
Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

Надійшла до редакції 22.08.2001 року

УДК 616.9 (477.85)

A.M. Сокол, I.M. Хилько, H.A. Богачик, O.M. Давиденко

ПЕРШІ ВИПАДКИ БОРЕЛІОЗУ ЛАЙМА НА БУКОВИНІ

Кафедра інфекційних хвороб (зав. – проф. А.М. Сокол)
Буковинської державної медичної академії

Резюме. Наведені клінічні дані про перші випадки бореліозу Лайма на стадії кільцеподібної еритеми у жителів Чернівецької області. Викладені сучасні дані про етіологію, механізм передачі, клінічні стадії, принципи діагностики, лікування та профілактики хвороби. Наголошується на необхідності широкого інформування лікарів та населення щодо можливості інфікування бореліями Бургдорфера та профілактичних заходів.

Ключові слова: бореліоз Лайма, борелія Бургдорфера, іксодові кліщі, еритема Афцеліуса-Ліпшютца, імунофлуоресцентний, імуноферментний методи, ELISA, полімеразна ланцюгова реакція, вакцина.

Бореліоз Лайма (хвороба Лайма, системний кліщовий бореліоз, бореліоз Бургдорфера, хронічна мігруюча еритема, еритема Афцеліуса-Ліпшютца, кліщова еритема та ін.) ідентифікований у м. Лайма США в 1982 році. Зараз бореліоз Лайма (БЛ) реєструється в 6 штатах і є однією з найпоширеніших хвороб, які викликаються укусом кліща [1]. Пізніше з'явилися повідомлення про випадки цієї хвороби в Центральній Європі, скандинавських країнах, у північно-західних районах РФ [2], в Ульяновській області [4]. Підтверджена інфікованість кліщів збудником БЛ у Ставропольському краї.

Офіційних даних про розповсюдження БЛ в Україні немає. Водночас 11 випадків цієї хвороби зафіксовано в Тернопільській області [2]. Згідно з наказом МОЗ України №133 від 19.07.1995 р., БЛ внесений у перелік особливо небезпечних інфекційних хвороб і підлягає обов'язковій реєстрації.

У Чернівецькій області БЛ до останніх років не реєструвався. Однак у 1999 році нами була консультована пацієнтка з явищами БЛ на стадії кільцеподібної еритеми. На жаль, хвора, після призначення лікування, невдовзі змінила місце проживання, виїхавши за межі області. Подальший перебіг хвороби і стан хворої невідомий.

20 листопада 2000 р. хвора М. 37 років, жителька Сторожинецького району самостійно звернулася в інфекційне відділення ОКЛ зі скаргами на субфебрильну температуру, наявність ділянки почервоніння шкіри на передньомедіальній поверхні лівого стегна, яка поступово збільшується. Вказані явища турбують пацієнтку понад 1,5 місяця: перебуваючи в лісі на початку жовтня, відчула укуси якоїсь комахи, що супроводжувався печінням і легким свербінням. Вдома в цьому місці побачила червону пляму діаметром до 1 см. У наступні дні пляма поступово збільшувалась, не викликаючи, яких-небудь неприсмних відчуттів. Потім хвору почали турбувати легкий озноб, помірні болі в суглобах, попереку. Температура тіла інколи була субфебрильною. 14 листопада звернулася до алерголога, який діагностував локальну токсико-кільцеподібну еритему, призначив глюконат кальцію, перитол, ентоерогель. Оскільки вказане лікування ефекту не дало, пляма продовжувала збільшуватись у розмірах. Хвора зверталася до дерматолога, консультована хірургом, продовжувала лікування десенсибілізуючими, антигістамінними препаратами, однак вогнище запалення на шкірі стегна продовжувало збільшуватись і тому вона звернулася в інфекційне відділення, де і була госпіталізована.

При об'єктивному обстеженні змін з боку внутрішніх органів не виявлено. На передньо-медіальній поверхні лівого стегна – пляма розмірами 18x15 см, в якій виділялось 3 зони: у центрі – ділянка гіперемії вишневого кольору з помірно набрякливою шкірою розмірами 3x5 см; середня зона ураження – помірна гіперемія з ціанотичним відтінком, а по периферії ділянки – зона яскравої гіперемії з чіткими контурами. Уражена шкіра практично не підвищується над нормальною (рис 1). Пальпація безболісна. Помірно збільшені, безболісні пахвинні лімфатичні вузли. Показники загальноклінічного лабораторного обстеження – без відхилень від норми.

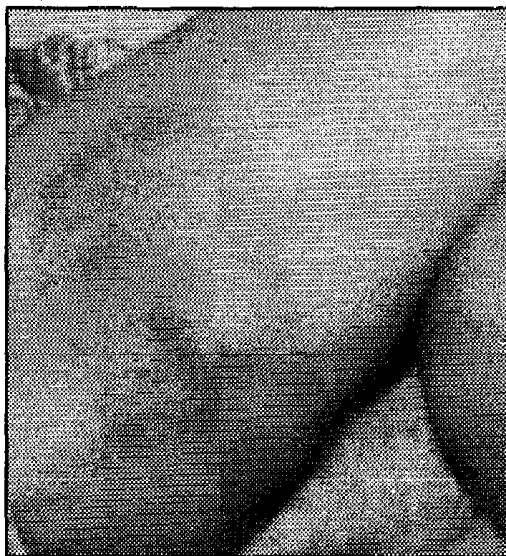


Рис.1. Мігруюча еритема до лікування.



Рис.2. Мігруюча еритема через 2 дні після лікування.

Встановлений клінічний діагноз: Бореліоз Лайма, стадія кільцеподібної еритеми. Призначено лікування: ампіцилін (по 1,0 4 рази на добу внутрішньом'язово – 10 днів), тетрациклін (0,3 x 4 рази на добу – 10 днів), перитол (0,004 x 3 рази на добу), аевіт (1 капс x 3 рази на добу), аскорбінова кислота (0,5 x 3 рази на добу).

Вже через 2 дні від початку етіотропної терапії майже повністю зникли периферичні зони запалення. Центральна пляма також почала зникати (рис. 2). Нормалізувалась температура. Пацієнтка виписана на 12-й день клінічно здоровою. На момент виписки відзначалось деяке стоншення шкіри в місці ураження. Таким чином, наведені приклади свідчать про наявність випадків БЛ на Буковині. Враховуючи щорічне підвищення активності населення щодо перебування в лісах (збирання ягід, грибів) у період високої активності кліщів, можливе зростання захворюваності на цю хворобу. Однак лікарі не знайомі з клінікою БЛ, вона відома лише дерматологам під назвою еритеми Афцеліуса – Ліпшютца, тому можливі помилки в діагностиці та лікуванні.

Враховуючи це, вважаємо за доцільне коротко викласти питання етіології, епідеміології, клініки, лікування і профілактики БЛ.

Вперше хвороба описана як *erithema chronica migrans* Афцелі (Afzeli) в 1909 р., а в 1913 р. – Ліпшютцем (Lipschutz), розвиток якої пов'язували з укусом кліщів роду *Ixodes*. Однак етіологія хвороби була невідома. У 1982 році Бургдорфер (Burgdorfer) при вивченні спалаху хвороби серед дітей м. Лайма встановив, що збудником її є спірохета, яка одержала назву на честь дослідника спірохети Бургдорфера (за сучасною класифікацією – борелія).

Природним резервуаром борелій є дикі та деякі свійські тварини (гризуни, олені, птахи, кішки, собаки, вівці, велика рогата худоба), які виділяють борелій із сечею. Механізм передачі інфекції трансмісивний – через укус кліща роду *Ixodes*. Захворюваність на БЛ має сезонність, яка збігається з періодом активності переносника (травень – вересень). У кліщів можлива трансваріальна передача збудника. Встановлений факт одночасного інфікування кліщів *B. burgdorferi* і збудником гранулоцитного ерліхіозу людини [4]. З'являються повідомлення про розширення ареалу цієї хвороби [5,8].

Як встановлено зараз, так звана еритема Афцеліуса – Ліпшютца – це тільки перша, локалізована стадія бореліозу Лайма, яка розвивається через кілька днів – місяць після укусу кліща. Вона супроводжується характерною еритемою, нездуванням, болем голови, сонливістю, міалгіями, артралгіями, лімфоаденопатією. Інколи бувають уртикарне висипання, кон'юнктивіт, периорбітальний набряк, дифузна еритема.

Друга або рання генералізована стадія виникає у 10-15% осіб, що не лікувались антибіотиками, протягом кількох днів або місяців після укусу. Клінічно характеризується дифузним ураженням серцево-судинної і нервової систем.

Третя або пізня генералізована стадія виникає через кілька місяців або років після укусу кліща. Для неї характерні моноартрити (як правило, колінного суглоба), мігруючі поліартрити, а також енцефалопатія та ураження периферичних нервів [4]. При чому без застосування специфічних методів діагностики диференціювати цю патологію, особливо з ураженням нервової системи, практично неможливо [3,4,6]. Таким чином, пізні стадії БЛ можуть мати різні клінічні прояви, справжню природу яких без спеціальних методів дослідження встановити важко.

Діагностика бореліозу Лайма ґрунтується на клініко-епідеміологічних даних. В основному, це стосується першої фази [1]. З метою підтвердження діагнозу використовують мікроскопічний та бактеріологічний методи (виявлення борелій у крові, біоптатах шкіри, синовіальній рідині, лікворі), але позитивні результати тривають рідко. Тому застосовують серологічну діагностику з використанням методів імунофлюоресцентного, імуноферментного аналізу (ELISA) [7]. Титр антитіл класу IgM досягає максимальних значень між 3 і 6 тижнями від початку хвороби. Специфічний титр IgG нарастає поволі і досягає максимальних значень через кілька місяців, коли з'являються ознаки артриту. Слід враховувати, що антитіла до збудника бореліозу Лайма перехресно реагують з іншими спірохетами, в тому числі зі збудником сифілісу. Зараз із метою діагностики цього захворювання використовують ПЛР [9].

Етіотропне лікування БЛ найбільш ефективно в першій стадії або незабаром після зникнення мігруючої еритеми. Застосовують тетрациклін (0,3 x 4 рази на добу), пеніцилін (500 тис. ОД 4 рази на добу), еритроміцин (0,2 x 4 рази на добу), левоміцетин (0,5 x 4 рази на добу). Тривалість курсу лікування – 10-20 днів. Лікування в цій стадії здатне попередити розвиток пізніх проявів хвороби.

У пізніх стадіях БЛ можна досягти бажаного ефекту призначенням великих доз пеніциліну внутрішньовенно (до 20 млн ОД на добу) впродовж 10 днів.

Із загальних профілактичних заходів стосовно БЛ найбільш важливим є обізнаність людей про кліщів та хворобу, носіння захисного одягу при перебуванні в лісі, своєчасне видалення кліщів. У США застосовується вакцина з рекомбінантного білка А поверхні борелій як засіб специфічної профілактики цієї хвороби [8, 10]. Використовується в ендемічних районах.

Висновки.

1. Бореліоз Лайма спостерігається в Чернівецькій області в спорадичних випадках серед осіб, які перебували в лісах.

2. Бореліоз Лайма є системним захворюванням з групи трансмісивних інфекцій, а не тільки захворюванням шкіри. Тому лікування пацієнтів повинно проводитися в інфекційних стаціонарах.

3. З метою забезпечення діагностики хвороби на ранніх стадіях як умови успішного лікування необхідне відповідне інформування лікарів загальної практики та населення.

4. У зв'язку з багатьма синонімами хвороби, з метою уникнення плутанини доцільно користуватись прийнятим у міжнародній літературі терміном "Бореліоз Лайма".

Література. 1. Лобзин Ю.В., Усков О.М., Антонов В.С. Клінічна діагностика Лайм-бореліозу // Інфекц. хвор. – 2000. – №4. – С. 66-73. 2. Савчак В.І., Андрійчип Ю.М. Хвороба Лайма // Лікарська справа / Врачебное дело. – 1998. – №6. – С. 134-136. 3. Апаньева Л.П., Деконенко Е.П. Пораження сугавов при болезни Лайма: обзор // Сов. мед. – 1988. – №5. – С. 46-49. 4. Домасева Т. В., Козлов С.С., Самцов А.В. и др. Материали по изучению дерматозов боррелиозной природы // Ж. дерматол. венер. и косметол. – 1997. – № 2. – С. 28-31. 5. Коренберг Э. Ц., Ковалевский Ю.В., Кузнецова Р.И. Выявление и первые результаты лечения болезни Лайма на северо-западе СССР // Мед. паразитол. и паразитарные болезни. – 1988. – № 1. – С.45-48. 6. Adams Wayne V., Rose Karlos D., Eppes Stephen C., Klein Joce D. Cognitive effects of Lyme disease in children: A 4 year following study // Reumatol. – 1999. – V. 26, N 5. – P. 1190-1194. 7. Carlsson Sten-Anders, Granland Hans, Niman Dag, Wahlberg Peter. IgG seroprevalens of Lyme borreliosis in the population of the Aland islands in Finland. Scand. // J. Infec. Diseases. – 1998. – V. 30, N 5. – P. 501-503. 8. Hayney Mari S., Grunske Mike M., Boh Lазу F. Lyme disease, prevention and vaccine prophylaxis // Ann. Pharmacoter. – 1999. – V.33, N 6. – P.723-729. 9. Hoogkamp-Kostnje J.A.A. Laboratorium diagnostiek van Lyme borreliose // Rev. Assoc. Belge technol. lab. – 1998. – V. 25, N3. – P. 163-168. 10. Seppa N. Lyme vaccine proves highly effective // Scien. News. – 1998. – V. 154, N4. – 52 p.

THE FIRST CASES OF LYME'S BORELIOSIS IN BUČOVYNA

A.M.Sokol, I.M.Hilko, N.A.Boguchyk, O.M.Davydenko

Abstract. The clinical finding on the first cases of Lyme's boreliosis at the stage of erythema annular in residents of the Chernivtsi region have been presented. The authors mention present day data, dealing with the etiology, route of transmission, clinical stages, diagnostics criteria, treatment strategy and disease prevention. The necessity of keeping both doctors and people informed as to a possibility of being infected with Burgdorfer's borelia and prophylactic measures has been stressed.

Key words: Lyme's boreliosis, Burgdorfer's borelia, ixodic mites, Afcelius-Lippshuts crythema, immunofluorescent immunoenzymatic techniques, ELISA, polimerase reaction, vaccine.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

Надійшла до редакції 17.05.2001 року