

УДК 616.995.42-071:595.42

Л. Я. Федонюк
О. Г. Попадинець*
М. І. Гришук*

Тернопільський державний медичний
університет імені І.Я.Горбачевського

* Івано-Франківський національний
медичний університет, м.Івано-
Франківськ

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХВОРОБИ ЛАЙМА НА ТЕРИТОРІЇ ТЕРНОПІЛЬЩИНИ

Ключові слова: хвороба Лайма,
епідеміологія, клініка, діагностика.

Резюме. У роботі узагальнено клініко-епідеміологічну ситуацію щодо поширення системного кліщового бореліозу на Тернопільщині. Проаналізовано матеріали обласної санепідстанції стосовно захворюваності на хворобу Лайма в Тернопільській області впродовж 2001-2011 років. Територія області визнана ендемічною щодо хвороби Лайма. Протягом 2001-2011 років виявлені ензоотичні території Лайм-бореліозу у 80 населених пунктах 15 районів області та м.Тернополі. Враховуючи ендемічність Тернопільщини щодо Лайм-бореліозу, при укусі кліщів показано серологічне обстеження постраждалих, а також проведення санітарно-освітньої роботи серед населення з метою інформування про методи профілактики хвороби Лайма.

Вступ

В останні роки значення Лайм-бореліозу (ЛБ) в світі постійно зростає в зв'язку з розширенням розповсюдженості та зростанням чисельності переносників у результаті екологічних змін, заносом птахами заражених кліщів на нові території, а також процесів масивної міграції людей [5, 8, 10]. Західний регіон України визнано ендемічним осередком іксодового кліщового бореліозу (ІКБ). Захворюваність населення зросла майже в 33 рази: з 0,17 до 5,6 випадків на 100 тис. нас. при 3,49 по Україні в 2011 році [4, 7].

Лайм-бореліоз або хвороба Лайма (ХЛ) належить до «нових інфекційних хвороб» збудник якої, спірохета комплексу *Borrelia burgdorferi sensu lato*, відкритий у 1982 році [1, 4, 9, 10], і на теперішній час за рівнем захворюваності, поширеності та тяжкістю клінічного перебігу є найбільш актуальною та важливою для вивчення серед трансмісивних природно-вогнищевих інфекцій Тернопільської області.

Протягом 2001-2011 років виявлені ензоотичні території ЛБ у 80 населених пунктах 15 районів області та м.Тернополі. Кількість районів, у яких виявлено нові ензоотичні території за період 2005-2011 років зросла в порівнянні з такими за 2001-2004 роки в 3,8 рази (з 4 до 15), кількість населених пунктів - у 16 разів (з 5 до 80). Найбільше ензоотичних територій (13) виявлено в Кременецькому районі, по 10 зареєстровано в Тербовлянському та Тернопільському районах, у Березанському та Зборівському районах — по 8.

Мета дослідження

Проаналізувати клініко-епідеміологічну ситуацію щодо Лайм-бореліозу на території Тернопільської області.

Матеріал і методи

Проаналізовано матеріали обласної санепідстанції стосовно захворюваності на ХЛ в Тернопільській області впродовж 2001-2011 років, карти епідеміологічного обстеження хворих (форма №357/О), які лікувалися в інфекційних стаціонарах області. Діагноз встановлювали на підставі відповідних клініко-епідеміологічних даних і підтверджували лабораторно з визначенням Ig M та Ig G до *B. burgdorferi* в лабораторії трансмісивних інфекцій Львівського НДІ епідеміології та гігієни (лабораторія SYNEVO).

Обговорення результатів дослідження

Кліщовий бореліоз (хвороба Лайма) – інфекційне трансмісивне природно-вогнищеве захворювання, збудниками якого є спірохети комплексу *Borrelia burgdorferi*, а переносниками – іксодові кліщі [9]. В даний час хвороба Лайма (Lyme disease — англ., la maladie de Lyme — франц., Die Lyme-Krankheit — нім.) розглядається як природовогнищеве, інфекційне, полісистемне захворювання з складним патогенезом, що включає комплекс іммуноопосередкованих реакцій [1, 2, 3, 6].

Географічне розташування Тернопільської області в зоні з родючими ґрунтами та достатнім зволоженням, оптимальною температурою, різно-

манітністю рослинного та тваринного світу сприяє масовому поширенню кліщів, створює сприятливі умови для циркуляції збудників ІКБ [4, 9].

Згідно ентомологічного моніторингу, середньосезонний показник чисельності кліщів і кількість випадків захворювання населення на ЛБ у Тернопільській області щорічно зростає. Якщо в 2005 році чисельність іксодових кліщів становила 1,4 екз/прапор-км і було зареєстровано 4 випадки ЛБ, то вже в 2011 році чисельність кліщів зросла до 7,8 екз/прапор-км, захворюваність - до 60 випадків. Це, на нашу думку, свідчить про масове поширення збудників ІКБ на території Тернопільщини, яку можна вважати ендемічною щодо системного кліщового цієї хвороби.

З кожним роком відзначається збільшення тривалості сезону активності кліщів. Якщо в 2005 році він тривав із червня по жовтень, то у 2011 році - з березня по листопад-грудень. У 2012 році поява перших кліщів на території області спостерігалась уже в третій декаді лютого. Збільшенню тривалості сезону активності кліщів сприяють настання ранньої весни та тривала тепла осінь.

Відмічається зростання кількості звернень громадян області з приводу укусів іксодовими кліщами. У 2005 році реєструвалися лише поодинокі випадки, у 2011 році зареєстровано 646 укусів, у 2012 році відзначено 797 звернень осіб, які своєчасно були направлені на консультацію до лікаря-інфекціоніста (92,1%) та за якими було встановлено медичний нагляд.

У 2011 році укусам кліщів люди піддавались найчастіше. У 43 випадках (75,4%) зараження людини відбувалось у сільській місцевості, 14 спостережень (24,6%) припадає на територію міст і селищ міського типу. Більшість інфікувань відбувалось в антропогенних вогнищах, що становило 73% від усіх можливих зон, які виникли в приміських масивах у зв'язку з розвитком індивідуального та дачного будівництва. Найчастіше напади кліщів відмічались при відвідуванні лісопаркових осередків міста (33% випадків). У 27,7% спостережень напади кліщів реєструвались у лісі, де люди перебували з метою відпочинку, збирали ягоди, гриби. При перебуванні на дачі та на присадибних ділянках відзначались напади кліщів у 10,8% та 16,7% випадків відповідно.

Аналіз даних історій хвороб пацієнтів, які лікувалися в інфекційних стаціонарах Тернопільської області з приводу ЛБ, щодо вікової структури хворих встановлено, що найчастіше хворіють люди віком 30-49 років (38,5%). Друге та третє місця за чисельністю посідають люди 50-59 років і 18-29 років (28,1% і 23,6% відповідно). Найменший відсоток осіб, які хворіють на ЛБ припадає

на вікову групу дітей до 9 років (3,7% від загальної кількості хворих).

Дані щодо соціально-професійного складу хворих на ЛБ розподілилися наступним чином: найчастіше укусам кліщів піддаються пенсіонери та непрацюючі особи (40,4%), і це пов'язано з тим, що вільний час весною та восени вони проводять на присадибних ділянках або на відпочинку в лісі та лісопаркових осередках міста. 39,1% укусів припадає на осіб, які за професією є службовцями або робітниками. Діти дошкільного віку, учні загальноосвітніх шкіл і студенти реєструвались у 3,1%, 6,2%, 6,2% випадків укусів кліщів відповідно. 5,1% склали особи групи ризику, до якої були віднесені робітники лісових господарств, тваринники та власники присадибних ділянок.

Такий розподіл хворих за соціально-професійним складом свідчить про те, що необхідно активувати інформаційно-просвітницьку роботу серед населення області шляхом виступів по радіо та телебаченню, публікацій інформаційних матеріалів щодо засобів індивідуального захисту від нападу кліщів при перебуванні в лісі та на присадибних ділянках.

На лікуванні в інфекційних стаціонарах Тернопільської області з діагнозом ЛБ у період 2005-2011 років знаходився 161 хворий віком від 2 до 83 років, з них 59 чоловіків і 102 жінки, що становить 36,6% і 63,4% відповідно. Мешканців міста було 99 (61,5%), села – 62 (38,5%).

В анамнезі в 149 пацієнтів (92,5%) хворих був укусу кліщем. Лише 27 (16,7%) хворих зверталися за медичною допомогою відразу після укусу і отримали профілактичне лікування антибіотиками.

За даними 2009-2010 років пацієнти звертались у лікувальний заклад найчастіше у 1-3-й дні від укусу, що становило 342 випадки (76,6%). На 4-6 день зверталось 65 осіб (14,6%), на 7-10-й день — 14 (3,1%), на 11-15-й день — 9 (2,0%) і після 15-го дня 16 (3,7%) осіб. 30 постраждалих лише констатували факт укусу кліщем, 16 осіб видалили його самостійно, а у 400 випадках (89,5%), кліща було видалено в травмпункті (рис. 1.).

Інкубаційний період коливався від 15 до 30 днів.

Підвищення температури тіла (до 38°C) відмічалось у 21 особи (13%), у 5 хворих температура піднімалась до 39-40°C.

Основним клінічним проявом хвороби у 127 (79,7%) пацієнтів була кільцеподібна еритема на тулубі та кінцівках із поступовим збільшенням її розмірів від 1 до 50 см, іноді мігруюча (рис. 2.).

У деяких випадках вона супроводжувалася болем, набряком, інфільтрацією, свербіжем, регіонарним лімфаденітом (рис. 3.).

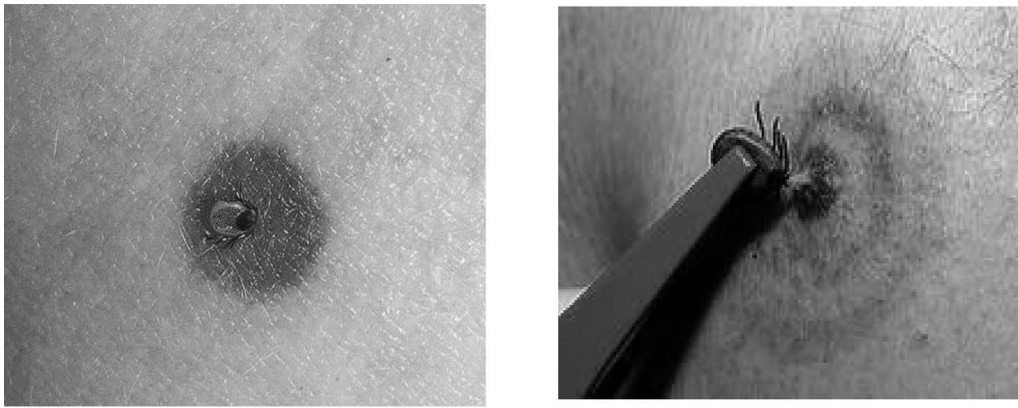


Рис. 1. Загальний вигляд кліща-переносника Лайм-бореліозу в ділянці присмокування до шкіри людини



Рис. 2. Мігруюча еритема на нижній кінцівці хворої в місці укуса кліща, зараженого збудником хвороби Лайма



Рис. 3. Первинний афект і мігруюча еритема на місці укуса кліща. I стадія хвороби Лайма

Еритема утримувалася 8-17 днів, у 3 хворих – більше року. Первинний афект при госпіталізації виявлявся лише зрідка.

Ураження великих і дрібних суглобів при ХЛ спостерігалось у 37 пацієнтів через кілька місяців від початку хвороби, що становить 23% від загальної кількості спостережень.

Ураження нервової системи відзначалось у 7 хворих і проявлялися болем голови, затерпанням і відчуттям холоду в кінцівках, похитуванням при ходьбі, нестійкістю в позі Ромберга, неможливістю закрити очі, наморщити лоба, безсонням. Неврологічну симптоматику, як правило спостерігали не раніше 1-2 років від початку хвороби, в однієї хворої – через 4 місяці.

Зміни ЕКГ спостерігали в 66,7% осіб: відзначалися дифузні зміни та помірні обмінні порушення серцевого м'язу, в окремих випадках діагностовано міокардит.

Помірне збільшення печінки відмічено в 45,8% пацієнтів, із них у 18,2% в анамнезі був гепатит.

Діагноз ХЛ підтверджено в 119 пацієнтів, що становило 73,9% із числа госпіталізованих, шляхом лабораторного виявлення специфічних антитіл до *B. Burgdorferi* - Ig M, Ig G, а також сумарних антитіл Ig (M+G).

Ig M виявлялися (титри 1:16-1:256 при непрямій реакції флюоресценції та 1:100 – 1:6400 при імуноферментативному аналізі) до 1,5 місяця від початку хвороби, у 9,3% хворих – до 2 місяців. Ig G (1:16-1:2048 і 1:100-1:1600) виявляли впродовж 6 місяців і навіть через 2 роки. 13 пацієнтів були госпіталізовані за результатами розширеного спектру лабораторних обстежень, у тому числі на ЛБ, при проведенні диференційного дiгнозу.

Серед населення проводиться активна інформаційно-просвітницька робота, зокрема у 2011 році проведено 2860 бесід із населенням Тернопільської області, прочитано 58 лекцій, проголошено 14 виступів по радіо та 7 по телебаченню, оприлюднено 12 публікацій у пресі. Було проведено навчання 610 лікарів: інфекціоністів, хірургів, дерматовене-рологів, ревматологів, невропатологів, терапевтів, а також лікарів сімейної практики на семінарах і науково-практичних конференціях.

Вперше в 2012 році в м. Тернопіль у зонах відпочинку, лісопарках проведені заходи, направлені на знищення кліщів, із використанням акарицидних засобів (циперметрин, пропал) на площі 35 тис. м². Такі заходи в Україні проведені тільки в парках м. Києва.

Висновки

1. Збільшення кількості випадків захворювання та середньосезонного показника чисельності кліщів свідчить про масове поширення збудників іксодового кліщового бореліозу в Тернопільській області.

2. Серед клінічних форм Лайм-бореліозу переважає еритемна (79,7%), хоча спостерігається також ураження суглобів і нервової системи.

3. Ефективний спосіб попередження зараження — не допускати присмоктування кліщів, використовуючи захисний одяг і відлякуючі засоби-репеленти.

4. Враховуючи ендемічність території Тернопільської області щодо Лайм-бореліозу, при укусі кліщів показано серологічне обстеження постраждалих, дослідження кліща на ознаки зараже-

ності бореліями, а також проведення інформаційно-освітньої та санітарно-освітньої роботи серед населення та лікарів Тернопільської області.

Перспективи подальших досліджень

Буде продовжено вивчення даної проблеми з метою удосконалення лікування та профілактики хвороби Лайма в Тернопільській області.

Література. 1. Ананьева Л.П. Лайм-боррелиоз или иксодовые клещевые боррелиозы. Часть 1. Этиология, клиника, диагностика / Л.П. Ананьева // Инфекции и антимикробная терапия. “ 2002. “ Т. 4, № 2. “ С. 42-45. 2. Ананьева Л.П. Лайм-боррелиоз, или иксодовые клещевые боррелиозы. Часть 2. Лечение и профилактика / Л.П. Ананьева // Инфекции и антимикробная терапия. “ 2002. “ Т. 4, № 3. “ С. 68-71. 3. Бабкін А.В. До питання про серологічну діагностику хвороби Лайма / А.В. Бабкін, С.Б. Беляєв, П.Б. Кравченко // Тези доповідей підсумкової конференції військово-наукового товариства слухачів академії. “ С-Пб., 2002. “ С. 4. 4. Васильєва Н.А. Хвороба Лайма на Тернопільщині / Н.А. Васильєва, О.Л. Івахів, В.О. Качор [та ін.] // Інфекційні хвороби. “ 2011. “ № 2. “ С. 50-53. 5. Домасєва Т.В. Спектр шкiрних уражень при Лайм-бореліозі в Північно-Західному регіоні Росії / Т.В. Домасєва, С.С. Козлов, О.Є. Белугіна [та ін.] // Тез. доп. міжнародної наукової конф. “Вірусні, риккетсіозні та бактеріальні інфекції, що переносяться кліщами”. “ Іркутськ, 2006. “ С. 132. 6. Дуда О.К. Клінічні прояви хронічного перебігу системного кліщового бореліозу / О.К. Дуда, М.В. Окружнов, В.В. Гебеш [та ін.] // Інфекційні хвороби: досягнення і проблеми в діагностиці та терапії: Матер. VIII з'їзду інфекціоністів України. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2010. – С. 362-364. 7. Колодій М.А. Клініко-епідеміологічна ситуація з Лайм-бореліозу в Харківській області / М.А. Колодій, С.С. Висоцька, Л.В. Ткаченко // Поеднані інфекційні та паразитарні хвороби: Матеріали наукового конгресу, присвяченого 122-річчю від народження академіка Л.В. Громашевського. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2009. – С. 125-127. 8. Корнілов Ю.М. Склеродермія і борреліозна інфекція / Ю.М. Корнілов, А.В. Бабкін // Тези доповідей підсумкової конференції військово-наукового товариства слухачів академії. “ С-Пб., 2004. “ С. 7. 9. Лобзин Ю.В. Лайм-боррелиоз (иксодовые клещевые боррелиозы) / Ю.В. Лобзин, А.Н. Усков, С.С. Козлов. – Санкт-Петербург: Фолиант, 2000. – 160 с. 10. Муравська Л.В. Системний кліщовий бореліоз (хвороба Лайма) / Л.В. Муравська, А.О. Руденко, О.К. Тринус [та ін.] // Інфекційні хвороби. “ 1995 “ № 1. “ С. 46-47.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЕЗНИ ЛАЙМА НА ТЕРРИТОРИИ ТЕРНОПОЛЬЩИНЫ

Л. Я. Федонюк, О. Г. Попадинец, М. И. Гришук**

Резюме. В работе обобщено клинико-эпидемиологическую ситуацию распространения системного клещевого боррелиоза на Тернопольщине. Проанализировано материалы областной санэпидемстанции, касающиеся заболеваемости болезнью Лайма в Тернопольской области на протяжении 2001-2011 гг. Территория области признана эндемической по Лайм-боррелиозу. На протяжении 2001-2011 годов выявлены энзоотические территории болезни Лайма в 80 населенных пунктах 15 районов области и г. Тернополь. Учитывая эндемичность Тернопольской области, при укусе клещей показано серологическое обследование пострадавших, а также проведение санитарно-просветительной работы среди населения с целью информирования о методах профилактики болезни Лайма.

Ключевые слова: болезнь Лайма, эпидемиология, клиника, диагностика.

CLINICO-EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTIC OF LYME DISEASE IN TERNOPIL' REGION*L.Ya.Fedoniuk, O.G.Popadynets'*, M.I.Ghryshchuk**

Purpose. To analyze the clinico-epidemiologic situation of Lyme disease in the Ternopil' region.

Materials and methods. The materials of the regional sanitary and epidemiological station concerning the morbidity of Lyme disease in the Ternopil region during 2001-2011, cards of patients' epidemiological examination (Form № 357/O), who had been treated in the regional infectious diseases hospitals, were analyzed for the first time. The diagnosis was made on the basis of relevant clinical and epidemiological data, and it was confirmed with determination of IgM and IgG to *B. burgdorferi* in the laboratory of transmissible infections in Lviv Research Institute of Epidemiology and Hygiene (laboratory SYNEVO).

Results. Clinico-epidemiologic situation regarding the spread of systemic tick-borne Lyme in Ternopil' region was generalized in our work. The region was recognized as endemic one regarding Lyme-borreliosis. During the years of 2001-2011 enzootic areas of LB in 80 localities of 15 districts of Ternopil' region and Ternopil' city were revealed. Amount of districts, where

new enzootic areas were revealed during the years 2005-2011, increased in comparison with those during the years of 2001-2004 in 3,8 times (from 4 to 15), amount of localities in 16 times (from 5 to 80). Most enzootic areas (13) were found in Kremenetsky district, in Terebovlyansky and Ternopilsky districts – 10 registered in each, in Berezhansky and Zborivsky districts – 8 in each. Taking into account endemicity of Ternopil' region concerning Lyme-borreliosis, at the ticks' bites serologic examination of victims and health education among the population in order to inform about the methods of Lyme disease prevention should be performed.

Key words: Lyme-disease, epidemiology, clinic, diagnostic.

Ternopil' State Medical University named after I.Ya.Ghorbachevskyy (Ternopil')

Ivano-Frankivsk National Medical University (Ivano-Frankivsk)

Clin. and experim. pathol. - 2013. - Vol.12, №1 (43). - P.152-156.

Надійшла до редакції 07.02.2013

Рецензент – проф. А.М.Сокол

© Л. Я. Федонюк, О. Г. Попадинець, М. І. Гришук, 2013