

8. Horelt A. The CD14+CD16+ monocytes in erysipelas are expanded and show reduced cytokine production // A. Horelt, K.U. Belge, B.Steppich // Eur. J. Immunol. – 2008. – 32 (5). – P. 1319-1327.

8. «Bile vuhillya 400». – Kyjiv: TOV «Omnifarma Kyjiv», 2008. – Rezhym dostupu: www.omnifarma.kiev.ua.

10. Gharnyk T.P., Shapovalova I.O. Ocinka efektyvnosti enterosorbentu «bile vuhillya» (aerosil) v imunoreabilitaciji khvorykh na khronichnyj toksychnyj ghepatyt, spoluchenyj z khronichnym nekalikuloznom kholecystytom na tli ozhy-rinnja / T.P. Gharnyk, I.O. Shapovalova // Naukovo-praktychna konferencija z mizhnarodnoju uchastju «Integracija narodnoji medycyny v pervynnu medyko-sanitarnu dopomoghu» (Kyjiv, 21-22 lystopada, 2012). – S. 15-16.

EFFECTIVITY OF ENTEROSORBENT «BILE VUHILLYA» AT COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH PRIMARY ERYSIPELAS

V.O. Tieryoshyn, Ya.A. Sotska, O.V. Kruhlova

SUMMARY. *The effectivity of enterosorbent «Bile vuhillya» at complex treatment of patients with primary erysipelas (PE) was studied. It was established that before treatment patients with PE have increase of concentration proinflammatory cytokines IL-1 β , TNF- α , IL-2 and insignificant increase in antiinflammatory cytokines IL-4 and IL-10. Application of enterosorbent «Bile vuhillya» provided liquidation of clinical sights and promoted normalization proinflammatory and antiinflammatory cytokines.*

Key words: *primary erysipelas, cytokines, treatment, «Bile vuhillya».*

Отримано 29.09.2014 р.

© Трихліб В.І., 2014
УДК 616.98:579.834.114

В.І. Трихліб

ШКІРНІ ПРОЯВИ ПРИ ХВОРОБІ ЛАЙМА

Українська військово-медична академія

Наведено огляд літератури стосовно клінічної картини хвороби Лайма. Проаналізований клінічний перебіг хвороби Лайма. У більшості хворих спостерігалась еритемна форма.

Ключові слова: *хвороба Лайма, еритема.*

В Україні в структурі інфекційних захворювань, котрі передаються кліщами, значне місце займає хвороба Лайма (ХЛ). У краї оптимальною територією для формування ізольованих та сполучених осередків кліщових інфекцій є західні райони країни, де існують стійкі осередки кліщового вірусного енцефаліту, хвороби Лайма, гранулоцитарного анаплазмозу людини [1, 2].

В районах з високим рівнем захворюваності показник дорівнює 4,0 і більше на 100 тис. населення. В період 2000-2013 рр. кількість хворих на ХЛ

щорічно зростає на 30-40 %. Станом на 2012 р. випадки ХЛ зареєстровані на території 2554 населених пунктів у всіх регіонах країни, інтенсивний показник захворюваності збільшився з 0,12 у 2000 р. до 3,62 (в окремих регіонах 12,1 і вище) на 100 тис. населення [1].

Згідно з даними літератури, у Тернопільській області існують два піки активності кліщів – у травні-червні та вересні; в цей час відбувається 90 % усіх нападів кліщів [2]. За іншими даними, початок епідемічного сезону для кліщового рикетсіозу частіше припадає на квітень, а найбільша кількість вкшених була відмічена в травні [3], а пік епідемічного сезону іксодового кліщового бореліозу (ІКБ) – у червні-липні [4]. Напади кліщів відбувались під час відпочинку у лісі, збору ягід, грибів, під час перебування на місцевому пляжі, роботи на присадибних ділянках [2].

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Навіть у 7 % осіб, котрі отримували екстрену хіміопротекцію, в подальшому через 2-4 тижні виявлялись антитіла до збудника хвороби Лайма, а в 1,3 % через 10-68 днів розвивались клінічні прояви. Спостерігали хворих, які лікувались повторно – двічі і тричі. 90 % осіб відмічали укуси кліщів за 5-90 днів до виникнення клінічних проявів [2].

За даними ряду дослідників, серед хворих на Лайм-бореліоз факт присмокування кліщів відмічали 84,5-87,7 % хворих, 9,9 % знімали з себе кліщів, які повзали, а 5,6 % заперечували факт присмокування кліщів [3, 5-8].

Інфікованість кліщів бореліями сягала 23,7 % випадків [4], за іншими даними – 12,9 %, з котрих у 9,3 % кліщів виявлено інфікування 2-3 патогенами [9]. Самки кліща *I. ricinus* були заражені *E. chaffeensis* у 2,3 % випадків, *A. phagocytophilum* – 15,6 %, генотипами *Borrelia* – 21,0 %. При ПЛР дослідженні відсоток уражених кліщів був від 4,2 % (весна 2013 р.) до 18,3 % (весна 2011 р.) [8].

У 2010 р. у хворих на ХЛ у Ки вській області діагноз було верифіковано у (53,52±0,59) % хворих, у 2011 р. діагностичні титри в ІФА у першій сироватці було виявлено у (90,20±5,81) % хворих, у 2012 р. – у (42,35±2,52) %, у решти хворих діагноз був виставлений на підставі наявності мігруючої еритеми як патогномічного симптому [10].

Інкубаційний період склав від 4 до 25 та від 2 до 18 днів [4], у Прибайкаллі – (23,7±2,5) днів (від 1 до 60 днів) [11]. У дітей еритема з'являлась в місці укусу кліща в термін до 45 днів (максимально) від моменту присмокування кліща (в середньому на 11-й день) [12]. У більшості хворих інкубаційний період коливався у межах двох тижнів. Частка пацієнтів, у яких ознаки захворювання з'явилися на 1-5-й дні від присмокування кліщів, у 2010 р. становила (28,6±2,3) %, у 2011 р. – (24,2±1,5) %, у 2012 р. – (25,6±1,7) %; на 6-15-й дні: (45,7±4,0), (22,1±1,3), (20,0±1,2) % відповідно. У 2012 р. у (35,5±2,6) % хворих інкубаційний період встановити не вдалось через відсутність відомостей щодо укусів кліщами [10].

61,2 % хворих звернулись за допомогою в перші 3-4 дні хвороби [3]. Еритемна форма, за даними різних авторів, була діагностована у 31,8 [13] – 77,8 [6] – 78,2 % пролікованих хворих [11], у 98,9 % дітей [12]; у 2010 р. – у (97,2±6,0) %; у 2011 р. – (93,7±5,7) % та у 2012 р. – (91,1±6,1) % [10]. У 46,3 % випадків першими ознаками захворювання ІКБ у дітей було почервоніння в ділянці укусу кліща [12]. Мігруюча еритема реєструвалась у 58,4 % хворих [1], кільцева еритема від 1,5 до 50 см – у 3/4 хворих [2], суцільна мігруюча еритема спостерігалась у 60,2 %,

а кільцевидна – у 39,8 % хворих [13]. У дітей суцільна еритема зустрічалась у (61,1±6,7) % хворих, у дорослих – у (65,2±7,2) % [14].

Метою нашого дослідження було вивчення особливостей перебігу хвороби Лайма в осіб, які проживають в Києві та Ки вській області та звернулись за допомогою у медичні заклади Києва.

Пацієнти і методи

Нами були оброблені дані медичних карток 95 осіб, котрі звернулись до поліклініки ГВМКЦ «ГВКГ», клініки інфекційних захворювань ГВМКЦ «ГВКГ», Центрально поліклініки МВС.

Результати досліджень та їх обговорення

За нашими даними, за останні 2 роки за медичною допомогою з приводу укусу кліщів звернулись 95 осіб, з них по місяцях: у січні – 2, лютому – 6, березні – 2, квітні – 3, травні – 8, червні – 28, липні – 16, серпні – 14, вересні – 3, жовтні – 1, листопаді – 6, грудні – 6.

Укуси кліщів частіше відбувались під час перебування на відпочинку на природі, на дачі. З них 6 (6,3 %) осіб не могли зовсім уявити, де були вкшені кліщами, т. я. на природі, в лісі, в парках не перебували.

Час звернення до лікаря після знаходження на тілі кліща, який присмоктався, складав від 1 до 4 днів, в середньому – (2,25±1,07) днів. 27 (28,4 %) осіб знайшли на тілі кліща, який присмоктався, протягом 1-о доби після перебування в умовах вірогідного нападу кліщів, 31 пацієнт (32,6 %) – на другу добу, 18 (18,9 %) осіб – на 3-ю добу, 16 (16,8 %) – на 4-у добу. У 2 осіб було 2 кліщі, котрі присмокталися (причому в одного одразу вони були видалені, а в іншого один був видалений хірургом в поліклініці, другий був знайдений при повторному огляді вже інфекціоністом). Трое хворих (3,2 %) з типовою кільцеподібною еритемою заперечували факт присмокування кліщів. В зимово-весняний період пацієнти звертались переважно з приводу наявності на шкірі тулуба, кінцівках плям різного розміру та кольору. В одного хворого, який звернувся на 3-й місяць від появи висипки, була кільцеподібна пляма на шкірі тулуба, яка займала поверхню спини, попереку, боково поверхні тулуба та дещо заходила на живіт, була розміром до 0,5 м, синюшного кольору з більш інтенсивним забарвленням по периметру. В подальшому при серологічному обстеженні були виявлені позитивні результати IgM, IgG до *Borrelia burgdorferi*.

Значна кількість пацієнтів – 74 (77,9 %) – після видалення кліщів приймали протягом 3 днів антибактерійні препарати з метою екстрено хіміопротекції

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

тики: доксициклін по 0,2 г – 58 (61,1 %) осіб, азитроміцин по 0,5 г – 16 (21,6 %) осіб. З них у 16 (21,6 %) осіб кліщ на тілі був до 1 доби, у 26 (35,1 %) – 2 доби, у 32 (43,2 %) осіб – 3 та більше діб.

Серологічне обстеження (виявлення сумарних Ig M+G до *B. burgdorferi*) після першого тижня після укусу проводилось у 63 (66,3 %) осіб (за х власним бажанням та рекомендацією лікаря), отримано позитивні результати (при обстеженні протягом тижня після укусу) у 3 (3,3 % від загальної кількості вкушених) осіб, при повторному обстеженні через місяць із 47 (49,5 %) пацієнтів позитивні результати були у 8 (8,4 %) хворих. Загалом, у осіб, в яких кліщ був на тілі до 1 доби, позитивних результатів серологічних досліджень не було, 2 діб – 2 (2,1 %) хворих, 3 та більше діб – 6 (6,3 %) хворих.

Була діагностована тільки еритемна форма у 14 (14,7 %) вкушених кліщами (жодні не приймали антибактерійні препарати з метою екстреної хіміопротекції) та така, що розвинулась протягом терміну до 2 тижнів після укусу. З них у 9 осіб діагноз був серологічно підтверджений, в інших він був встановлений на підставі типової клінічної картини. Суцільна еритема спостерігалась у 6 хворих, а кільцеподібна – у 8. Підвищена температура тіла (субфебрильна) реєструвалась у 8 осіб, яка зберігалась на тлі лікування протягом 3-5 діб.

Спостерігали одного хворого віком 68 років, котрий звернувся за допомогою з приводу наявності на шкірі тулуба, кінцівках висипки, підвищення температури тіла до 38 °С протягом 2 діб, загальну слабкість. З анамнезу, протягом літа проживав на дачі. Факт присмокування кліща не відмічає. При огляді – на шкірі тулуба, нижніх та верхніх кінцівках є рясна, плямиста (до 2 см) висипка, блідо-рожевого кольору, вкрита дрібними лусками, значна кількість елементів остеофолікуліту (ця висипка хворого турбує протягом близько 3 міс.); на внутрішній поверхні правого ліктьового суглобу підшкірний запальний інфільтрат розміром 7,0×5,0 см, шкіра над ним гіперемована, в центрі гнійна ранка (до 3-4 мм) (даний інфільтрат у хворого спостерігається протягом тижня, з приводу чого проводились ін'єкції цефтриаксону), пальпується пахвинний збільшений, чутливий при пальпації лімфатичний вузол; температура тіла в нормі; в крові лейкоцитоз до $17,8 \times 10^9/\text{л}$, з паличкоядерним зсувом до 11 %, ШОЕ збільшена до 25 мм/год. При повторному серологічному обстеженні на Лайм-бореліоз – позитивні IgM та IgG з тенденцією до зростання. Але в подальшому у хворого виявлений також супутній гострий лейкоз. На тлі проведення антибактерійно-терапії шкіра значно очистилась від елементів

стрептодермії, гіперемія та інфільтрат в ділянці правого ліктьового суглобу, пахвинний лімфаденіт практично минули. Хворий також повторно оглядався гематологами, була призначена специфічна терапія. На жаль, випадок закінчився летально.

Висновки

1. Більша кількість укушених була відмічена в літні місяці.
2. Клінічні прояви, як правило, розвивались через декілька діб після укусу, в той же час були випадки, коли вони розвивались протягом декількох годин – однієї доби.
3. При зверненні у літньо-осінні місяці та в короткий термін після появи еритеми висипка була червоного кольору та різна за характером, що потребувало проведення диференційної діагностики з бешихою, оперізувальним лишаєм, абсцесом, фурункулом, стрептодермією.
4. При зверненні пацієнтів у зимово-весняні місяці (тобто в більш тривалий термін від укусу кліща) з приводу появи на шкірі плям різного кольору (від ледь видного синюшного до рожевого), лікарі повинні пам'ятати про ймовірність хвороби Лайма.
5. Видалення кліщів протягом від декількох годин до доби, а при більш тривалому присмокуванні кліщів на тілі людини – проведення екстреної профілактики сприяють запобіганню розвитку хвороби.

Література

1. Современное состояние заболеваемости клещевыми инфекциями на приграничных территориях Украины и Республики Беларусь / [Г.В. Белецкая, И.Н. Лозинский, Р.С. Морочковский и др.] // Актуальные вопросы инфекционной патологии: Материалы 6-го съезда инфекционистов Республики Беларусь. – Витебск, 29-30 мая 2014 г. – С. 41-43.
2. Васильева Н.А. Эпидемиологические и клинические особенности Лайм-боррелиоза на западе Украины / Н.А. Васильева, О.Л. Ивахив, О.Е. Авсюкевич // Там же. – Витебск, 29-30 мая 2014 г. – С. 51-52.
3. Современные аспекты эпидемиологии клещевого риккетсиоза / [К.А. Аитов, Т.М. Бурданова, В.И. Злобин и др.] // Третий конгресс Евро-Азиатского Общества по инфекционным болезням, 21-23 мая 2014 г., Екатеринбург, РФ // Журнал инфектологии. – 2014. – Т. 6, № 2, приложение. – С. 7-8.
4. Иксодовый клещевой боррелиоз у детей: клинико-лабораторные особенности эритемных и безэритемных форм / [Е.Р. Загребина, О.С. Поздеева, О.Г. Мохова и др.] // Там же. – 2014. – Т. 6, № 2, приложение. – С. 41.
5. Результаты наблюдения за пациентами с Лайм-боррелиозом в эндемичном регионе / О.Н. Любезнова, А.Л. Бондаренко, Е.О. Утенкова, В.В. Сапожникова // Актуальные вопросы инфекционной патологии: Материалы 6-го съезда инфекционистов Республики Беларусь. – Витебск, 29-30 мая 2014 г. – С. 105-106.
6. Клиника пролонгированного течения клещевого боррелиоза у жителей Краснодарского края / [Д.Ю. Мошкова,

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

М.Г. Авдеева, Л.П. Блажная и др.] // Материалы VI ежегодного Всероссийского конгресса по инфекционным болезням. – Москва, 24-26 марта 2014 г. – С. 210-211.

7. Характеристика сочетанного течения природно-очаговых трансмиссивных клещевых инфекций в Прибайкалье / [К.А. Аитов, Н.Ю. Медведева, И. Батзаяа и др.] // Там же. – Москва, 24-26 марта 2014 г. – С. 9-10.

8. Активность природных очагов иксодового клещевого боррелиоза в Воронежской области и анализ заболеваемости / [Ю.И. Стёпкин, А.В. Платунин, А.И. Жукова и др.] // Там же. – Москва, 24-26 марта 2014 г. – С. 299.

9. Спонтанная зараженность боррелиями, эрлихиями и анаплазмами профилирующих видов иксодовых клещей в пригородных лесах Казани / Р.А. Крючков, А.Ф. Шамсутдинов, В.А. Бойко, Ю.А. Тюрин // Там же. – Москва, 24-26 марта 2014 г. – С. 158.

10. Виноград Н.О. Клініко-епідеміологічна характеристика іксодового кліщового борреліозу в Ки вській області / Н.О. Виноград, Н.С. Комаренко // Інфекційні хвороби в практиці лікаря – інтерніста: сучасні аспекти: Всеукр. наук.-практ. конф. СумДУ, 4-5.06.2014. – С. 19-22.

11. К клинике иксодового клещевого боррелиоза в Прибайкалье / К.А. Аитов, М.К. Туваков, Т.М. Бурданова, М.Ю. Трофимова // Материалы VI ежегодного Всероссийского конгресса по инфекционным болезням. – Москва, 24-26 марта 2014 г. – С. 10.

12. Радионова О.А. Иксодовые клещевые боррелиозы – особенности течения у детей / О.А. Радионова, И.В. Куимова // Третий конгресс Евро-Азиатского Общества по инфекци-

онным болезням. 21-23 мая 2014 г., Екатеринбург, РФ // Журнал инфектологии. – 2014. – Т. 6, № 2, приложение. – С. 80.

13. Миноранская Н.С. Ранняя клиническая диагностика различных форм иксодовых клещевых боррелиозов / Н.С. Миноранская, А.Н. Усков // Актуальные вопросы инфекционной патологии: Материалы 6-го съезда инфекционистов Республики Беларусь. – Витебск, 29-30 мая 2014 г. – С. 121-122.

14. Утенкова Е.О. Возрастные особенности иксодовых клещевых боррелиозов / Е.О. Утенкова // Актуальные вопросы инфекционной патологии: Материалы 6-го съезда инфекционистов Республики Беларусь. – Витебск, 29-30 мая 2014 г. – С. 177-178.

SKIN MANIFESTATIONS OF LYME DISEASE

V.I. Trykhlіb

SUMMARY. A review of the literature regarding the clinical picture of Lyme disease was illustrated. The clinical course of the disease was analyzed among 95 patients. The majority of patients had erythema form.

Key words: Lyme disease, erythema.

Отримано 15.09.2014 р.

© Волосовець Т.М., 2014

УДК 616.98:578.825.11-06:616.311.2-002-06:616.314.17-008.1]-53

Т.М. Волосовець

ПЕРЕБІГ КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ, ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ ПОЧАТКОВОГО ТА І СТУПЕНЯ В ОСІБ РІЗНОГО ВІКУ НА ТЛІ ПЕРСИСТУЮЧОЇ ГЕРПЕСВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ

Національна медична академія післядипломно освіти ім. П.Л. Шупика

Стаття присвячена особливостям перебігу катарального гінгівіту, генералізованого пародонтиту початкового та I ступеня, асоційованих із персистуючою герпесвірусною інфекцією, в різних вікових групах. Проаналізована роль персистуючої герпесвірусної інфекції у виникненні та розвитку патології пародонта, висвітлені деякі імунологічні аспекти перебігу захворювань, проведена порівняль-

на характеристика перебігу запальних і дистрофічно-запальних захворювань тканин пародонта у віковому аспекті в осіб, уражених персистуючою герпесвірусною інфекцією та без неї.

Ключові слова: катаральний гінгівіт, генералізований пародонтит початкового та I ступеня, персистуюча герпесвірусна інфекція.