

to develop and introduce into the daily practice of physicians specially elaborated programs in the field of STI counseling, which have been successfully used abroad in recent decades, and with the help of which it has been possible to achieve a reduction in the incidence of nongonococcal urethritis by 4-5 times.

Key words: chlamydiosis, epidemiology, clinical features, morbidity pattern

M.I. Pyrohov National Medical University (Vinnytsia)

Рецензент – проф. О.І. Денисенко

Buk. Med. Herald. – 2013. – Vol. 17, № 1 (65). – P. 190-194

Надійшла до редакції 21.01.2013 року

© М.Р. Анфілова, 2013

УДК 616.995.42-071:595.42

*Л.Я. Федонюк, А.В. Довбуш, М.М. Багрій**

КЛІНІЧНО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЛАЙМ-БОРЕЛІОЗУ В ТЕРНОПІЛЬСЬКІЙ ОБЛАСТІ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського»

* ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Резюме. У роботі узагальнено клінічно-епідеміологічні дані щодо поширення системного кліщового бореліозу в Тернопільській області, яка визнана ендемічною щодо Лайм-бореліозу. Рівень захворюваності зростає з кожним роком, а серед клінічних форм переважає еритемна. При укусі кліщів показано серологічне

обстеження постраждалих для діагностики різних клінічних форм хвороби. Актуальним є проведення санітарно-освітньої роботи серед населення з метою інформування про методи профілактики хвороби Лайма.

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

Вступ. Розташування Тернопільської області в межах Подільської височини (лісостепова зона) та в Малому Поліссі (зона мішаних лісів), у зоні з родючими ґрунтами та достатнім зволоженням, оптимальною температурою, різноманітністю рослинного та тваринного світу сприяє масовому поширенню кліщів, створює сприятливі умови для циркуляції збудників іксодових кліщових бореліозів [5].

Враховуючи, що випадки захворювань на Лайм-бореліоз реєструються в усіх регіонах нашої держави [10], щорічне зростання їх кількості створює несприятливу епідемічну ситуацію в Україні [3, 6, 7, 8]. Якщо у 2005 році офіційно зареєстровано 228 випадків іксодових кліщових бореліозів, що становить 48 на 100 тис. населення, то у 2011 році кількість зареєстрованих випадків даного захворювання зросла в 5,8 раза і склала 1276 випадків (2,76 на 100 тис. населення).

Хвороба Лайма (ХЛ) або Лайм-бореліоз (ЛБ) належить до «нових інфекційних хвороб», збудник якої спірохета комплексу *Borrelia burgdorferi sensu lato*, відкритий у 1982 році [1, 4, 11], і на теперішній час за рівнем захворюваності, поширеності та тяжкістю клінічного перебігу [2, 9] є найбільш актуальною та важливою для вивчення серед трансмісивних природно-вогнищевих інфекцій Тернопільської області.

Мета дослідження. Проаналізувати клінічно-епідеміологічну ситуацію щодо Лайм-бореліозу на території Тернопільської області.

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

Результати дослідження та їх обговорення. Офіційну реєстрацію ЛБ в Україні розпочали з 2000 року. Захворюваність на цю недугу в Тернопільській області за період спостереження становила від 0,09 у 2001 році до 2,75 у 2010 році на 100 тис. населення, в Україні за той же час - 0,12-2,12 на 100 тис. населення.

Основним переносником борелій на території Тернопільської області є лісовий європейський кліщ *I. ricinus*. Згідно з ентомологічним моніторингом, який в Україні офіційно розпочатий із 2000 року, середньосезонний показник чисельності кліщів і кількість випадків захворюваності населення на ЛБ у Тернопільській області зростає. Якщо у 2005 році чисельність іксодових кліщів складала 1,4 екз/прапор-км і було зареєстровано 4 випадки ЛБ, то вже у 2011 році чисельність кліщів зросла до 7,8 екз/прапор-км, захворюваність - до 60 випадків (рис. 1). Це, на нашу

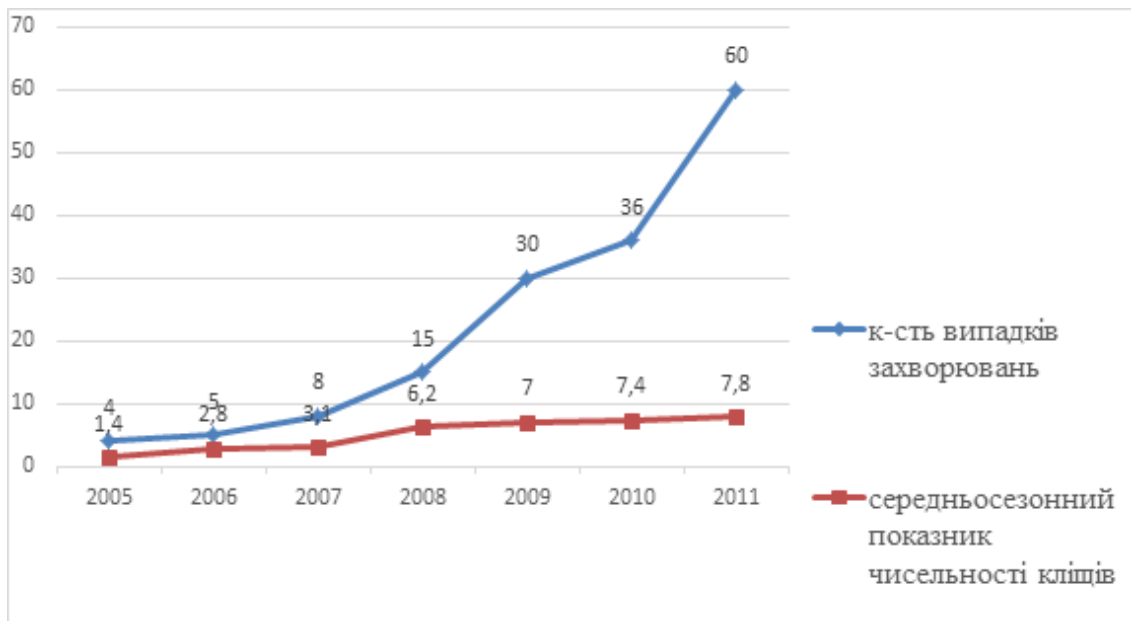


Рис. 1. Захворюваність населення Тернопільської області на Лайм-бореліоз і чисельність іксодових кліщів на території нагляду впродовж 2005-2011 років

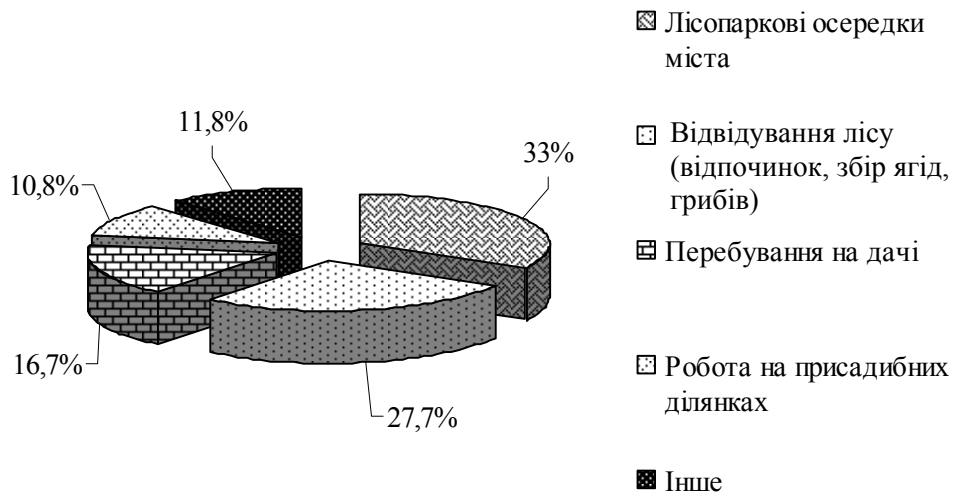


Рис. 2. Розподіл антропоургічних вогнищ

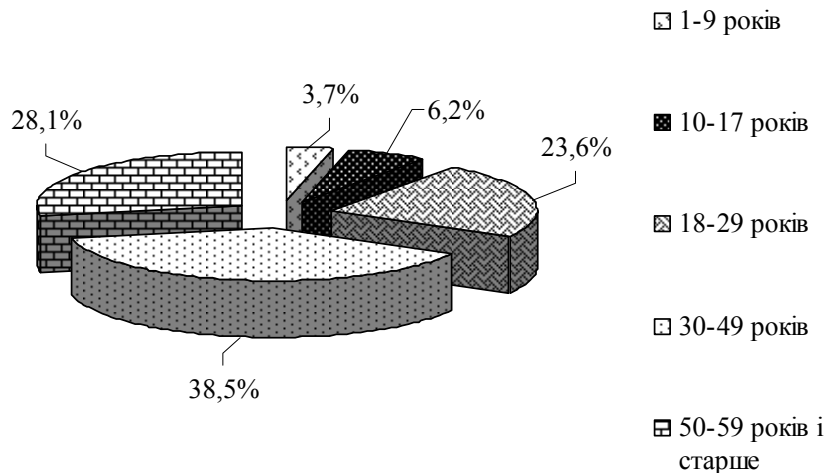


Рис. 3. Вікова структура хворих на Лайм-бореліоз у Тернопільській області впродовж 2005-2011 років

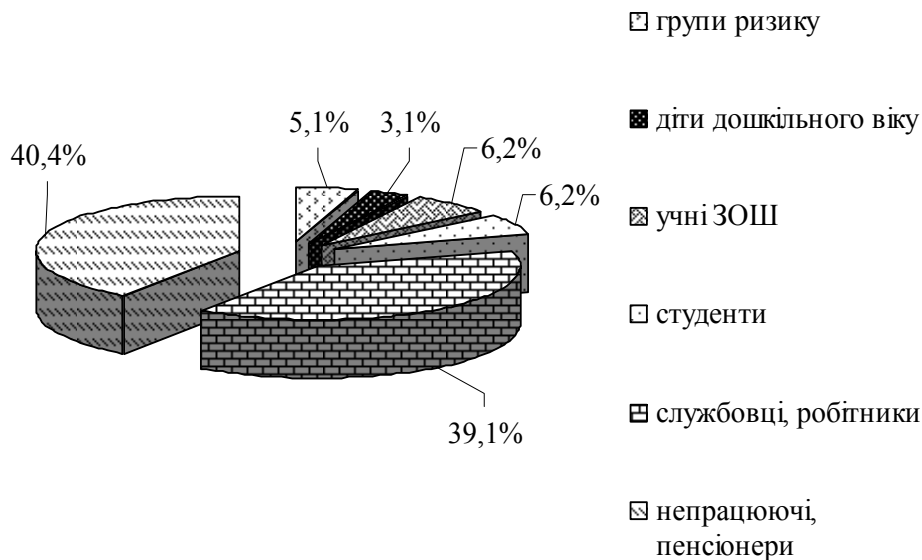


Рис. 4. Розподіл хворих на хворобу Лайма в Тернопільській області за соціально-професійним складом упродовж 2005-2011 років

думку, свідчить про масове поширення збудників ІКБ на території Тернопільської області, яку можна вважати ендемічною щодо системного кліщового бореліозу.

З кожним роком відзначається збільшення тривалості сезону активності кліщів у Тернопільській області. Якщо у 2005 році сезон активності тривав із червня по жовтень, у 2009 році – з квітня по жовтень з максимумом у VI-VII (68,0 %), у 2010 році – з травня по жовтень з двома піками у V-VII (61,8 %) і IX (14,2 %), то у 2011 році сезон активності кліщів тривав з березня по листопад-грудень. Згідно з нашими спостереженнями у 2012 році поява перших кліщів на території області спостерігалася вже в III декаді лютого. Збільшенню тривалості сезону активності кліщів, на нашу думку, сприяють кліматичні умови, а саме настання ранньої весни та тривала тепла осінь. Отже, захворюваність на ЛБ реєструється цілорічно з максимумом, який зберігається із сезонною активністю кліщів. Відмічається зростання кількості звернень громадян Тернопільської області з приводу укусів іксодовими кліщами, зокрема, у 2005 році реєстрували лише поодинокі випадки, у 2011 році укуси кліщів відмітили 646 громадян, у 2012 році зареєстровано 797 звернень осіб, які своєчасно були направлені на консультацію до лікаря-інфекціоніста (92,1 %) та за якими було встановлено медичний нагляд.

За даними наших спостережень, місцевість, де відбулося присмокування кліща до людини та територія зараження, були різноманітними.

За даними обласної санітарно-епідеміологічної станції у 2011 році на території Тернопільської області укусам кліщів люди піддавалися найчастіше. У 75,4 %, що становить 43 випадки, зараження людей відбувалось у сільській місцевості, 24,6 % (14 спостережень) припадає на територію міст і селищ міського типу.

Більшість інфікувань відбувалось в антропогенних вогнищах, що становило 73 % від усіх можливих зон, які виникли у великій кількості в приміських, лісових масивах у зв'язку з розвитком індивідуального та дачного будівництва (рис. 2).

Найчастіше напади кліщів відмічалися при відвідуванні лісопаркових осередків міста, що відзначалось у 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 працюючи на присадибних ділянках відзначалися напади кліщів у 10,8 % та 16,7 % випадків відповідно.

При аналізі даних історій хвороб пацієнтів, які лікувалися в інфекційних стаціонарах Тернопільської області з приводу ЛБ упродовж 2005-2011 років, щодо вікової структури встановлено, що найчастіше хворіють люди віком 30-49 років і це становить 38,5 %. Друге та третє місце за чисельністю посідають особи 50-59 років і 18-29 років, що становить 28,1 % і 23,6 % відповідно. Найменший відсоток осіб, які хворіють на ЛБ, припадає на вікову групу дітей до 9 років і становить 3,7 % від загальної кількості хворих (рис. 3).

Дані щодо соціально-професійного складу хворих на ЛБ у Тернопільській області за період 2005-2011 років розподілилися наступним чином: найчастіше укусам кліщів піддаються пенсіонери та непрацюючі особи, що становить 40,4 %, і це пов'язано з тим, що весь свій вільний час весною та восени вони проводять на присадибних ділянках або на відпочинку в лісі та лісопаркових осередках міста (рис. 4). 39,1 % припадає на осіб, які за професією є службовцями або робочими. Діти дошкільного віку, учні загальноосвітніх шкіл і студенти реєструвались у 3,1 %, 6,2 %, 6,2 % випадків укусів кліщів відповідно. 5,1 % становили 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 активізувати інформаційно-просвітницьку роботу серед населення пенсійного віку 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.

В анамнезі в 149 пацієнтів був укус кліщем. Лише 27 (16,7 %) осіб зверталися за медичною допомогою відразу після укусу й отримали профілактичне лікування антибіотиками.

За даними 2009-2010 років пацієнти звертались у лікувальний заклад найчастіше в 1-3-й дні від укусу кліща, що склало 342 випадки та 76,6 % відповідно. На 4-6-й 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 в 400 випадках (89,5 %) кліща видалено в травмпункті.

Інкубаційний період склав у середньому від 15 до 30 днів.

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

Основним клінічним проявом хвороби в 127 (79,7 %) пацієнтів була кільцеподібна еритема на тулубі та кінцівках з поступовим збільшенням її розмірів від 1 до 50 см, іноді мігруюча. У деяких випадках вона супроводжувалася болем, набряком, інфільтрацією, свербежем, регіонарним лімфаденітом. Еритема утримувалась 8-17 днів, у трьох осіб – 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. Ураження нервової системи відзначалось у семи хворих і проявлялися головним болем, затерпанням і відчуттям холоду в кінцівках, похитуванням при ходьбі, нестійкістю в позі Ромберга, неможливістю закрити очі, напружити чоло, безсонням.

Діагноз ХЛ підтверджено в 119 пацієнтів шляхом лабораторного виявлення специфічних антитіл до *B. burgdorferi* - Ig M, Ig G, а також сумарних антитіл Ig (M+G). Ig M були позитивними до 1,5 місяця від початку хвороби, у 9,3 % осіб – до двох місяців, а Ig G виявляли впродовж шести місяців і навіть через два роки. За результатами розширеного спектра лабораторних обстежень, у тому числі на ЛБ, 13 пацієнтів госпіталізовані.

Упродовж 2005-2011 років за даними обласної санітарно-епідеміологічної станції зі 1313 випадків укусів кліщів, зареєстрованих лікувально-

профілактичними закладами Тернопільської області, 94,7 % направлено на консультацію до лікаря-інфекціоніста та встановлено медичний нагляд, з них – 1064 особам, що становить 85,5 %, проведено превентивну антибіотикотерапію.

Висновки

1. Територія Тернопільщини є ендемічною щодо системного кліщового бореліозу – хвороби Лайма. Збільшення кількості випадків захворювання та середньосезонного показника чисельності кліщів свідчить про масове поширення збудників іксодового кліщового бореліозу в Тернопільській області.

2. Захворюваність на бореліоз реєструється цілорічно з максимумом, який зберігається із сезонною активністю кліщів, а саме весною та осінню. Найчастіше укусам кліщів піддаються люди пенсійного віку, службовці, робітники, які працюють на присадибних ділянках і в лісопаркових зонах.

3. Враховуючи ендемічність території Тернопільської області 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.

Перспективи подальших досліджень. Перспективним у даному напрямку є вивчення клінічно-епідеміологічної ситуації щодо Лайм-бореліозу в Тернопільській області у 2013 році.

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. Білецька Г.В. Перші результати вивчення ІКБ (хвороби Лайма) в Україні / Г.В. Білецька, І.А. Виноград, І.М. Лозинська // Актуал. пробл. прикладної епідеміол. – Харків, 1997. – С. 110-113.
4. Паразитарная система болезни Лайма, состояние вопроса. Сообщение 1. Возбудители и переносчики / И.С. Васильева, Р.Л. Наумов // Асагана. – 1996. – Т. 4, № 1-2. – Р. 53-75.
5. Хвороба Лайма на Тернопільщині / Н.А. Васильева, О.Л. Івахів, В.О. Качор [та ін.] // Інфекційні хвороби. – 2011. – № 2. – С. 50-53.
6. Виноград І.А. Актуальні питання контролю арбовірусних і рикетсіозних інфекцій на Україні / І.А. Виноград, М.Д. Клиничук // Інфекційні хвороби. – 1996. – № 4. – С. 5-8.

7. Зінчук О.М. Лайм-бореліоз. Клініко-епідеміологічні аспекти / О.М. Зінчук // Інфекційні хвороби. – 2007. – № 4. – С. 5-11.
8. Колодій М.А. Клініко-епідеміологічна ситуація з Лайм-бореліозу в Харківській області / М.А. Колодій, С.С. Висоцька, Л.В. Ткаченко // Поєднані інфекційні та паразитарні хвороби: матеріали наукового конгресу, присвяченого 122-річчю від народження академіка Л.В. Громашевського. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2009. – С. 125-127.
9. Лобзин Ю. В. Клінічна діагностика Лайм-бореліозу / Ю.В. Лобзин, А.Н. Усков, В.С. Антонов // Інфекційні хвороби. – 2002. – № 2. – С. 67-72.
10. Семенишин О.Б. Еколого-епідеміологічна характеристика іксодових кліщових бореліозів у західноукраїнському регіоні: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук / О.Б. Семенишин. – К., 2009. – 23 с.
11. Bertrand M.R. Microclimate-dependent survival of unfed adult Ixodes scapularis (Acari: Ixodidae) in nature: life cycle and study design implications / M.R. Bertrand, M.L. Wilson // Journal of Medical Entomology. – 1996. – № 33. – P. 619-627.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛАЙМ-БОРРЕЛИОЗА В ТЕРНОПОЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

*Л.Я. Федонюк, А.В. Довбуш, М.М. Багрий**

Резюме. В работе обобщено клинко-эпидемиологические данные о распространении системного клещевого боррелиоза в Тернопольской области, которая признана эндемической по Лайм-боррелиозу. Уровень заболеваемости возрастает с каждым годом, а среди клинических форм преобладает эритемная. При укусе клещей показаны серологические исследования пострадавших для диагностики различных клинических форм болезни. Актуальным есть проведение санитарно-просветительской работы среди населения с целью информирования о методах профилактики болезни Лайма.

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

CLINICO-EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTIC OF LYME- BORRELIOSIS IN THE TERNOPIL' REGION

L. Ya. Fedoniuk, A. V. Dovbush, M. M. Bahrii

Abstract. The paper has generalized the clinicoepidemiological findings pertaining to the spread of systemic tick-borne borreliosis in the Ternopil' region, which is recognized to be endemic in relation to Lyme-borreliosis. The level of the disease incidence increases with every passing year. Erythema predominates among clinical forms. A serologic examination of victims for the purpose of diagnosing different clinical forms of the disease is indicated as a result of a sting by ticks. Health education is topical among the population with a view of informing about the methods of preventing Lyme disease.

Key words: Lyme-borreliosis, epidemiology, clinical presentation, diagnostic.

SHEE State Medical University Named after I.Ya. Horbachevskyi" (Ternopil)
SHEE National Medical University (Ivano-Frankivsk)

Рецензент – проф. В.Д. Москалюк

Buk. Med. Herald. – 2013. – Vol. 17, № 1 (65). – P. 194-198

Надійшла до редакції 24.01.2013 року