

Маски краснухи в практиці лікаря-інфекціоніста

**В.І. ТРИХЛІБ, В.В. ТРЕТЬЯКОВ, Ю.О. БОКЛАН,
В.І. ЛИСЬКО, В.М. ПІВНИК**

Резюме. *Проведений аналіз випадків захворювань на краснуху та інші інфекційні захворювання, в клінічній картині яких спостерігалась дрібноплямиста висипка та встановлювався помилковий діагноз «краснуха», який в подальшому не підтверджувався лабораторно. Останніми часом серед дорослих під виглядом краснухи зустрічаються випадки захворювань на ентеровірусну, парвовірусну інфекцію, на що слід звертати увагу практикуючих лікарів.*

Ключові слова: *дрібноплямиста, розеольозна висипка, краснуха, ентеровірусна, парвовірусна В19 інфекція.*

На даний час «дитячі» інфекції зберігають свою актуальність в Україні, що пов'язано з низьким відсотком щеплених дітей. Серед даних інфекцій в останні роки актуальними є краснуха, кір, вітряна віспа, скарлатина. Періодично (через 4–6 років) спостерігається підвищення захворюваності на дані інфекції, крім вітряної віспи, відносно якої в останні роки зафіксовано щорічне збільшення рівня захворюваності. Серед організованих колективів реєструються спалахи з ураженням значної кількості осіб. Це стосується також і дорослого населення.

Серед інфекційних захворювань хвороби з макуло-плямистою скзантемою займають важливе місце. У багатьох випадках існують значні труднощі в проведенні диференційної діагностики деяких інфекцій у зв'язку зі складністю відокремлення патогномічних симптомів. Серед групи захворювань з таким характером висипки переважає краснуха.

Залежно від регіону країни та характеру контингенту спостерігається різний рівень захворюваності та його динаміка. Як вказують Т.А. Ромапенко зі співавт., 2014 р., в Дніпропетровській обл. захворюваність на краснуху має тенденцію до зниження з середнім темпом спаду – 13,3%, але з циклічністю 4–5 років. Краснуха має сезонний підйом у квітні–травні, індекс сезонності – 11,49. Авторами виявлені особливості епідемічного процесу краснухи і кору, які свідчать про «зміщення» захворюваності з дітей на дорослих [1].

У більшості випадків краснуха має сприятливий перебіг і закінчується повним одужанням. Ускладнення при даному захворюванні (менінгіт, мепінгоенцефаліт, енцефаліт, енцефаломієліт, тромбоцитопенічна пурпура, пневмонія, отит, артрит) зустрічаються досить рідко. Описано рідкіс-

ний випадок ускладнення при краснусі на 7 добу захворювання у вигляді вираженого тромбоцитозу до $752 \times 10^9/\text{л}$, який супроводжувався дифузним ціанозом на дистальних відділах кінцівок, обличчі, вушних раковинах [2].

У той же час спостерігається зростання кількості осіб із захворюванням, подібним до «краспухи», коли на тлі помірно вираженого іптоксикаційного та катарального синдромів, субфебрилітету або нормальної температури, збільшення потиличних, шийних лімфатичних вузлів, висипка на тілі (яка може свербіти) з'являється в пізніший термін та супроводжується розвитком артралгічного синдрому. В окремих випадках у епідеміологічному анамнезі вказується раніше перенесена краснуха. Тому для встановлення правильного діагнозу значна увага приділяється лабораторній діагностиці.

Так, лікарі проводять диференційну діагностику «краспухи» з «алергічним дерматитом», атопічним дерматитом, скарлатиною, кором, інфекційним мононуклеозом, ентеровірусною інфекцією, аденовірусною інфекцією, срсиніозом, псевдотуберкульозом, лаймською хворобою [3].

Але не всі лікарі враховують можливість у хворого парвовірусної інфекції (ПВІ), яка характеризується неспецифічними, спільними для багатьох хвороб з екзантемами симптомами, що спричиняє помилки в діагностиці істинної причини хвороби. ПВІ деякі автори віднесли до хвороб невидимок, оскільки незважаючи на широке розповсюдження, діагностика, реєстрація цієї інфекції практично відсутня. У зв'язку з легким перебігом дітей до стаціонарів не направляють, а в поліклініках пацієнтів на парвовірусну інфекцію не обстежують, тому реальна кількість хворих значно більша, ніж зареєстрована. У більшості випадків появи інфекційної еритеми під час підвищення захворюваності на кір, краснуху при їх легкому перебігу помилково виставлялись ці діагнози, оскільки вони не підтверджувались імуноферментними дослідженнями та молекулярно-генетичними методами [3].

На підставі тільки клінічних проявів у дітей встановлювався посередній діагноз «алергічний дерматит» – у 91%, а «краснуха» – у 9% випадків [4].

ПВІ поширена у всіх країнах. Сезонні спалахи спостерігаються наприкінці зими, навесні та на початку літа, а спорадичні випадки захворювання реєструються впродовж року. В умовах помірного клімату кількість спалахів зростає у зимово-весняний період. Дане захворювання переважно розповсюджене серед дітей віком 5–14 років. Як вказує Т.П. Бинда (2014), найчастіше захворювання виявлялося у дітей віком від 3 до 11 років (87,5%).

За даними М.А. Ермоловича зі співавт. (2014), найчастішою причиною гострої екзантеми у вигляді макуло-папульозної висипки у дітей від паро-

дження до 2-х років був вірус герпесу людини 6 типу – HHV6 (у 27% обстежених), натомість у дітей 3 років і старше, найрозповсюдженішою причиною екзантеми була ПВІ. У дітей 7–10 років це захворювання виявлено у 45,8% обстежених, з яких 75,9% випадків лабораторно підтвержені. У дітей 3–6 років захворювання, зумовлене парвовірусом В19, було виявлено у 26,7% випадків, у віці 11–14 років – в 21,3% та 15–18 років – в 27,8%. У той же час ентеровірусна інфекція (ЕВІ) у дітей 3 років і старше була другою за розповсюдженням і виявлялась у всіх вікових групах практично з однаковою частотою – (8,5–11,5)%. Аденовірусна інфекція (АВІ) була підтверджена у всіх вікових групах, але практично в два рази частіше зустрічалась у дітей 3–6 років. ЕВІ та АВІ становили від 5 до 10% в структурі гострих екзантем у дітей [5].

Водночас за останніми даними, і серед дорослих частіше діагностується ПВІ та ЕВІ. Так, у 2013–2014 рр. відмічається активізація ПВІ серед мешканців Сумської області України. Починаючи з жовтня 2013 року, в м. Суми спостерігаються спорадичні спалахи ПВІ, переважно серед дітей дитячих дошкільних і шкільних закладів. Спалахи носять затяжний характер, в організованих колективах тривають декілька місяців [4]. При обстеженні дорослого населення, виявляється, що до (70–75)% осіб мають специфічні щодо ПВІ антитіла [5].

ПВІ – гостре інфекційне захворювання з переважним захворюванням у дитячому віці, різноманітними клінічними проявами від безсимптомного перебігу, інфекційної еритеми, гострого артрити, апластичного кризу до хронічної анемії [6].

Значна тератогенна дія вірусу зумовлює сприйнятливості до парвовірусу В19 вагітних жінок, які складають групу ризику, оскільки може призвести до внутрішньоутробного інфікування, водянки плоду та його загибелі [4, 6].

Початок підвищення захворюваності на парвовірусну інфекцію характеризувався спорадичними випадками з нетяжким перебігом, коли спостерігалась короткочасна субфебрильна, а часом нормальна температура тіла, екзантема обличчя та на тулубі. В центрі висипань, що зливаються, швидко починалось прояснення, висипка приймала мереживний характер. У більшій половини хворих спостерігали легкі ознаки ураження респіраторного тракту [3].

На жаль, не всюди в Україні є можливість проводити серологічне обстеження на інші інфекційні захворювання (такі як ПВІ), при яких спостерігається висипка. При цьому складається ситуації, при яких діагноз краснухи є недостатньо підтвердженим.

Метою нашого дослідження було вивчення особливостей перебігу інфекційних захворювань у пацієнтів, які поступали на стаціонарне

лікування з діагнозом «краснуха» та встановлення її можливих клінічних масок.

Матеріали і методи

Нами було проведено аналіз 643 первинних медичних карток, 67 амбулаторних карт хворих, які лікувались з приводу краснухи в клініці інфекційних захворювань Головного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь» Міністерства оборони України та звертались до клініки амбулаторної допомоги, Центральної поліклініки Міністерства внутрішніх справ України. Діагноз у цих хворих встановлювали переважно клінічно.

Результати та їх обговорення

За останні 5 роки у клініці інфекційних захворювань з приводу краснухи лікувалось 1950 осіб молодого віку з числа військовослужбовців строкової служби, курсантів, молодших офіцерів (рис. 1).

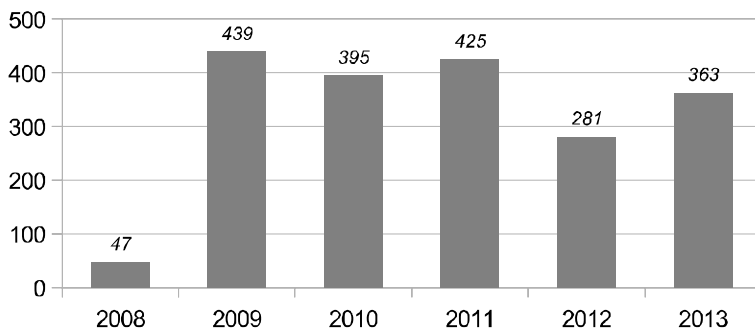


Рис. 1. Абсолютна кількість хворих з діагнозом краснуха.

Як видно з рис. 1, максимальна кількість хворих була у 2009 та 2011 рр., мінімальна у 2008 р., при цьому упродовж останніх п'яти років абсолютна кількість пролікованих хворих з краснухою зберігається високою.

Аналіз сезонності у 2012–2013 рр. показав, що з 644 хворих, переважна більшість хворих поступила на лікування навесні та влітку, що представлено на рис. 2. Так, відсоток хворих коливався від 10,7% у квітні, до 22,4% у червні, що можна пояснити призовом молодого поповнення. У листопаді–грудні хворих на краснуху не було.

Хворі поступали переважно на першу та другу добу хвороби – 414 (64,4%) та 224 (34,8%) осіб відповідно, рідше на третю добу – 6 (0,9%)

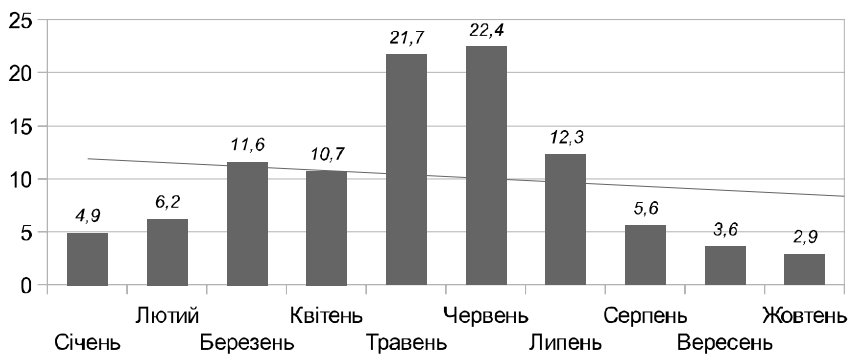


Рис. 2. Відносні показники поступлення хворих на краснуху за місяцями (%)

осіб. Переважали легкі форми хвороби – 566 (87,9%) хворих. Відсоток хворих середньої тяжкості по місяцях коливався з 5,5% у липні до 20,7% у травні.

При поступленні хворі скаржились на незграпну або помірну загальну слабкість, наявність висипки без свербіжжу, що одночасно з'явилась упродовж доби на всьому тілі, неприємні відчуття в горлі. Температура тіла у більшості хворих була або нормальна, або субфебрильна та лише у 716 (36,7%) хворих – фебрильна. На шкірі обличчя, тулуба, кіпцівок розеолезно-папулезно або розеолезно висипка, рожевого кольору, на спині інколи з тенденцією до злиття. Висипка з'явилась впродовж першої доби від початку захворювання та розповсюджувалась по всьому тілу. У багатьох хворих загальноінтоксикаційного синдрому не було, тому хворі звертались за медичною допомогою з появою висипки. Визначалися збільшені потиличні – до 0,5 см, задньо- та передньошийні лімфатичні вузли – до (1–1,5) см. Температура трималась до 2–4 діб (фебрильна 1–2 доби, субфебрильна – до 2–4 діб). В крові як правило відмічався пормоцитоз з лімфоцитоз до 53%, у 43,5% хворих. Лише у 21 (3,2%) хворого розвинулись наступні ускладнення – артрит, міокардит, метаболічна кардіоміопатія, менінгіт, пневмонія, синусит.

Наводимо декілька випадків, в яких діагноз краснухи, встановлений на підставі клінічних даних, викликав сумніви.

Випадок 1. Хворий постушив з діагнозом «краснуха середньої тяжкості» на 3-ю добу захворювання. Скаржився на загальну слабкість, біль в горлі, підвищення температури до 38,2°C. Захворів гостро, коли з'явилися вищевказані скарги. Протягом 3 діб зберігалась лихоманка, на 3-ю добу на тілі з'явилась дрібно-плямиста висипка червоного кольору, після чого

хворий звернувся за медичною допомогою. На 4-у добу хвороби у хворого розвинулись ознаки гнійного тонзиліту, на 5-ю добу – прояви афтозного стоматиту. В крові відмічено нормоцитоз з лімфоцитозом до 42%. При бактеріологічному посіві з мигдаликів були виділені *S. aureus* та *S. viridans*. На жаль, провести серологічне та ПЛР дослідження у хворого не вдалося. Хворий отримував азитроміцин та флуконазол протягом 6 діб, був виписаний з клінічними ознаками одужання.

Цей випадок цікавий тим, що висипка з'явилась на 5-ю добу хвороби, а у всіх інших хворих з краснухою – в першу (хоча при краснусі може бути продромальний період від декількох годин до 2–3 днів, під час якого можуть бути симптоми інтоксикації та катаральні прояви, які слабо виражені); прояви афтозного стоматиту протягом однієї доби після початку антибактеріального лікування; відсутність лейкоцитозу, кутопідшелепного лімфаденіту при проявах гнійного тонзиліту. Тобто, в даному випадку в етіології захворювання могли бути декілька збудників, які, на жаль, не вдалось встановити за об'єктивних причин.

У нашій практиці ми спостерігали спалах на ЕВІ серед осіб молодого віку. В клініку було госпіталізовано 7 осіб з вогнища. Хворі в переважній більшості постушили упродовж перших 3-х діб (98%), один хворий на п'яту добу (легкий перебіг). Захворювання починалось гостро з болі та першіння в горлі, підвищення температури тіла до 39°C, появи проявів загальної інтоксикації. Хворі скаржились на загальну слабкість, біль в горлі, м'язово-суглобовий біль, першіння та сухість в роті, міг бути сухий кашель, головний біль, збільшення периферичних лімфатичних вузлів, свербіння, наявність висипки. Висипка могла з'явитись одразу на обличчі, слизової ротоглотки, на кистях, стопах або на обличчі з наступним розповсюдженням на вищевказані ділянки. На шкірі шлечей, передпліч також була висипка, але не така ясна як на кистях та стопах.

Хворим на догоспітальному етапі встановлено попередні діагнози – стрептодермія, ангіна, вірусна скзантсма, гостре респіраторне захворювання, герпетична ангіна, герпетичний фаринготонзиліт, герпетична інфекція, герпетиформна екзема Капоші, розповсюджений дерматит, краснуха. Для лікування призначались антибактеріальні препарати, римаптадин.

При огляді хворих температура від субфебрильних цифр до 39°C, слизова оболонка ротоглотки яскраво гіперемована, у деяких пацієнтів – елементи папульозно-везикульозної енантеми, які були оточені червоним вінчиком, поодинокі ерозії, на шкірі обличчя, кистях, стоп спостерігався розсольозний висип, червоного кольору. При поступленні хворих на першу добу хвороби висипки могло не бути, але були прояви фарингіту, загальноінтоксикаційний синдром, тому хворим виставлявся діагноз – гостре респіраторне захворювання, а в наступному на 3–4 добу хвороби (2–3

день перебування в стаціонарі) на шкірі та слизовій оболонці ротоглотки з'являлась висипка. Температура тіла під час госпіталізації в межах фебрильних цифр трималась протягом 1–2 діб, в межах субфебрильних цифр – до 2–4 діб. Як правило, периферичні лімфатичні вузли не збільшувались, тільки у поодиноких випадках спостерігалось збільшення шийних, пахових, ліктьових, пахвинних лімфатичних вузлів до (0,6–1,0) см. У деяких хворих на обличчі була висипка у вигляді везикул з прозорим вмістом, які потім протягом доби вкривались жовтувато-коричневими кірочками. Висипка була у вигляді розеол червоного кольору, які при розтягуванні не змінювали колір (геморагічний компонент) та везикул до (3–4) мм, на стопах у вигляді міхурців продовгуватої форми до 5,0 см. Тривалість висипки до 7–8 днів. На шкірі тулуба висипка проходила без формування вторинних елементів, в той же час на шкірі стоп могло спостерігатися велике пластинчасте лущення. У легенях дихання було везикулярне. Збільшення печінки та селезінки не спостерігалось. Як правило змін в загальному аналізі крові не було, інколи спостерігався лімфоцитоз до 47%. Зі зскрібка з зіву за допомогою ПЛР був виділений Enterovirus, що дало змогу встановити правильний діагноз, а результати обстеження на цитомегаловірус (CMV), вірус Енштейна-Барр (EBV), вірус простого герпесу (HSV1/2), HHV6 були негативними.

Хворі отримували симптоматичне лікування та ацикловір по 800 мг 3 р. на добу впродовж 5–7 діб.

У одного хворого відмічалось збільшення піднебінних мигдаликів з гнійними нашаруваннями, збільшення кутопідщелепних лімфатичних вузлів, тобто прояви лакунарного тонзиліту, але змін в загальному аналізі крові не було. З епідеміологічного анамнезу встановлено, що серед військовослужбовців частини є хворі з такою ж клінічною картиною. При бактеріологічному обстеженні з мигдаликів були виділені *S. viridans* 10^4 , *S. epidermidis* 10^4 КУО/г. Температура тіла зберігалася в межах субфебрильних цифр протягом 4-х діб. Хворий отримував лікування азитроміцином, ацикловіром. Був виписаний в задовільному стані.

Також, за останні 3 місяці нами спостерігалось 9 випадків краснухи з типовою клінічною картиною, серологічно підтверджених та 14 випадків захворювань на «краснуху» серед дорослих, коли протягом 1–1,5 тижнів хворі скаржились на незначну слабкість, рідкий кашель, субфебрильну температуру. При зверненні до дільничних лікарів, їм призначалось лікування з приводу гострого респіраторного захворювання. Але надалі на шкірі тіла, кінцівках з'являлась розсолъозна висипка блідо- або яскраво-рожевого кольору, збільшувались потиличні та шийні лімфатичні вузли, що були болючими (вони могли збільшуватись і до появи висипки); розвивався артралгічний синдром (переважно хворі скаржились на біль у

дрібних суглобах на кістках, стопах, де міг бути незначний набряк). З числа даних осіб 5 висували скарги на свербіння шкіри. У загальному аналізі крові на час появи висипки змін не було, але через 5 днів у 6 осіб було відмічено незначне зменшення рівня гемоглобіну – до (105–108) г/л та тромбоцитів – до (135–150)·10⁹/л. Скарги на біль в суглобах, зміни в крові тривали протягом 2 тижнів.

В іншому випадку, хвору (27 років) упродовж тижня турбувало рідке покашлювання, температуру тіла не вимірювала, були збільшені болючі потиличні лімфатичні вузли, що заважали спати, потім пацієнтка помітила появу на нижніх кінцівках дрібно-плямистої висипки рожевого кольору, яка зберігалась 4 доби, з'явилися виражені болі в дрібних суглобах, що стало причиною звернення до лікаря. В гемограмі спостерігалось: нормоцитоз, зпижений гемоглобін до 107 г/л та тромбоцитопенія до 135·10⁹/л. В крові були виявлені антитіла до Parvovirus B19, а саме IgM – 3,45, IgG – 3,99, методом полімеразно-ланцюгової реакції генетичний матеріал ПВІ – 1,68·10⁶ МЕ/мл (1,68·10⁶ копій/мл). На фоні призначеної симптоматичної терапії, зміни в крові та скарги тривали близько 2 тижнів після звернення.

Наводимо випадок, коли хворий 29 років упродовж тижня амбулаторно лікувався з приводу «краснухи», був виписаний в задовільному стані (зберігались збільшені потиличні лімфатичні вузли), але через тиждень у нього знову підвищилась температура до 37,3°C, з'явилась «краспушна» висипка, ще більше збільшились потиличні лімфатичні вузли. Висипка тривала 3 дні, змін гемограми не було (у повторних аналізах через тиждень). В крові виявлено антитіла IgM до парвовірусу B19.

Показовим є приклад захворювання двох пацієнток. Після захворювання на «краснуху» першої пацієнтки контактна особа (друга жінка) захворіла через 5 днів, коли на обличчі, тулубі, кінцівках з'явилась рожева, рясна висипка, яка мала тенденцію до злиття (тривала 3 доби), носо-губний трикутник був блідий (клінічно нагадувала клініку скарлатини), але ангіни не було, також були збільшені потиличні та шийні лімфатичні вузли та турбували болі в суглобах (протягом 2,5 тижнів). З анамнезу хвора відмічала, що до появи висипки протягом тижня її турбували кашель, нежить, потім протягом 3 днів стан покращився, її ніщо не турбувало, а вже потім з'явилась висипка та інші прояви, зазначені вище. Додаткове обстеження не проводилось, істинну причину хвороби встановити не вдалося.

Представлені вище дані, вказують на важливість ширшого погляду на хворих з екзантемами, подібними до захворювання на краснуху та привертаючими нашу увагу, до зовсім нескзотичних в нашому регіоні ПВІ, ЕВІ, які можуть маскувати краснуху. Дана робота в умовах клініки буде продовжуватись за умови технічної підтримки та запровадження сучасних методів діагностики інфекційних захворювань, що буде висвітлюватись у майбутніх публікаціях.

Висновки

1. Серед дорослих останнім часом почастишали випадки захворювань на парвовірусну та ентеровірусну інфекції, тому лікарям при проведенні диференційної діагностики краснухи слід пам'ятати про інші інфекційні захворювання, котрі мають клінічну картину, схожу на «краснуху».

2. Сімейним лікарям, терапевтам та інфекціоністам слід приділяти більше уваги до вивчення характеру елементів висипки при інфекційних захворюваннях; особливостям клінічних проявів інфекційних захворювань з екзантемами.

3. З метою покращення діагностики та вивчення епідеміологічної ситуації в Україні, хворих з «краснухою» слід обстежувати на ентеровірусну та парвовірусну інфекції, широко запроваджуючи сучасні методи лабораторної діагностики, такі як імуноферментний аналіз, полімеразно-ланцюгову реакцію.

Література

1. Романенко Т.А. Результаты эпидемиологической диагностики ветряной оспы, кори, краснухи / Т.А. Романенко, Ю.А. Лыгина, Е.А. Чебалина // Третий конгресс Евро-Азиатского Общества по инфекционным болезням. 21–23 мая 2014 года. Екатеринбург. РФ / Журнал инфектологии, 2014. – Т. 6, № 2., приложение. – С. 83–84.

2. Тромбоцитоз как осложнение краснухи: случай из практики / К.Х. Рамазаова, Т.Д. Царева, Д.А. Сретешская, Т.А. Пермилова // Материалы VI Ежегодного Всероссийского Конгресса по инфекционным болезням. Москва, 24–26 марта 2014 г. – С. 261.

3. О заболеваемости парвовирусной В19 инфекцией у детей в Краснодарском крае в 2013 году / О.К. Александрова, В.В. Лебедев, Н.В. Никифорова [и др.] // Третий конгресс Евро-Азиатского Общества по инфекционным болезням. 21–23 мая 2014 года. Екатеринбург. РФ. / Журнал инфектологии, 2014. – Т. 6, № 2, приложение. – С. 10.

4. Бинда Т. П. Особливості клінічної картини парвовірусної інфекції у дітей міста Суми / Т. П. Бинда, О. І.Сміян // Всеукраїнська науково-практична конференція «Інфекційні хвороби в практиці лікаря-інтерніста: сучасні аспекти». СумДУ, 4–5.06.14. – С. 5–9.

5. Ермолович М.А. Лабораторная дифференциальная диагностика вирусных экзантем у детей / М.А. Ермолович, Е.О. Самойлович, Е.Ю. Свиричевская // Материалы 6-го съезда инфекционистов республики Беларусь. «Актуальные вопросы инфекционной патологии». Витебск, 29–30 мая 2014 г. – С. 74–75.

6. Фаткуллина Г.Р. Случай парвовирусной инфекции у беременной женщины / Г.Р. Фаткуллина, Р.И. Азюкова // Материалы VI Ежегодного Всероссийского Конгресса по инфекционным болезням. Москва, 24–26 марта 2014 г. – С. 323.

Маски краснухи в практике врача-инфекциониста

**В.И. ТРИХЛЕБ, В.В. ТРЕТЬЯКОВ, Ю.А. БОКЛАН,
В.И. ЛИСЬКО, В.Н. ПИВНЫК**

Резюме: Проведен анализ случаев заболеваний краснухой и другими инфекционными заболеваниями, в клинической картине которых наблюдалась мелкопятнистая сыпь и выставлялся ошибочный диагноз «краснуха». В последнее время среди взрослых под видом краснухи встречаются случаи заболеваний энтеровирусной, парвовирусной инфекции, на что следует обращать внимание практикующих врачей.

Ключевые слова: мелкопятнистая, розеолезная сыпь, краснуха, энтеровирусная, парвовирусная B19 инфекция.

Rubella masks in practice of infectious disease physician

**V. TRYKHLIB, V. TRETZYAKOV, Yu. BOKLAN,
V. LYSKO, V. PIVNYK**

Summary. The analysis of rubella cases and other infectious diseases, in which the clinical picture observed small-spotted rash and exhibited misdiagnosis «rubella», is presented. Recently, in adults under the guise of «rubella» there are cases of enterovirus, parvovirus infection, what should be highlighted for medical practitioners.

Keywords: small-spotted rubella-like rash, rubella, enterovirus, parvovirus B19 infection.

УДК 616.98:579.834.114

Деякі питання стосовно лаймської хвороби

В.І. ТРИХЛІБ, В.Ф. СМОРГУНОВА, А.І. КОРКАЧ

Резюме. Проведений аналіз даних медичної документації звернень з приводу укусу кліщів. Проаналізований клінічний перебіг лаймської хвороби. У переважній більшості випадків спостерігалась еритемна форма. Своячасне видалення кліщів (упродовж доби), проведення екстреної хіміопротекції сприяє запобіганню розвитку хвороби.

Ключові слова: кліщі, лаймська хвороба, еритема.

В Україні в структурі інфекційних захворювань, які передаються кліщами, значне місце займає лаймська хвороба (ЛХ). З роками по Україні спостерігається розповсюдження арсалу розповсюдження кліщів *Ixodes ricinus* та їхньої кількості, і вже в теперішній час вони розповсюджені на значній території. Дані кліщі є переносниками ряду інфекційних захворю-