

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. TRETYAKOV, 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. Свчасне 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 ареалу розповсюдження кліщів *Ixodes ricinus* та їхньої кількості, і вже в теперішній час вони розповсюджені на значній території. Дані кліщі є переносниками ряду інфекційних захворю-

вань. За даними Г.В. Белецької із співавт. (2014), Н.А. Васильєвої із співавт. (2014), в Україні оптимальною територією для формування ізольованих та сполучених вогнищ кліщових інфекцій є західні райони країни, де існують стійкі вогнища кліщового вірусного енцефаліту, ЛХ, гранулоцитарного анаплазмозу людини. Авторами описується спалах у 1995 р. кліщового енцефаліту [1, 2].

Одне з захворювань, яке широко розповсюджене по Україні є ХЛ. Висока ендемічність реєструється в західному регіоні України. В районах з великим рівнем захворюваності показник захворюваності дорівнює 4 випадки і більше на 100 тис. населення. У період 2000–2013 рр. кількість хворих на ХЛ щорічно зростала 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 в 2000 р. до 3,62 (в окремих регіонах 12,1 і вище) на 100 тис. населення [1]. За даними Т.О. Белецької, ХЛ актуальна і для США (щорічно реєструється близько 300 000 випадків), Польщі, Білорусі (рівень захворюваності сягає 9–10 випадків на 100 тис. населення), Литви (до 35 на 100 тис. населення), Словенії (100 випадків і більше на 100 тис. населення). У Сумській області за 12 років захворюваність зросла у 19,4 рази – від 0,31 на 100 тис. нас. (5 випадків) у 2002 р. і до 6,0 (69 випадків) у 2013 р. [3].

Як вказують Н.А. Васильєва зі співавт. (2014), в Тернопільській області існує два піки активності кліщів – у травні–червні і вересні [2]. У цей час відбувається 90% усіх нападів кліщів. К.А. Аїтов із співавт. (2014) вказують, що початок епідемічного сезону для кліщового рикетсіозу частіше припадає на квітень, а найбільше укушених було в травні місяці, а за даними Є.Р. Загребіної із співавт. (2014), пік епідемічного сезону у червні–липні [4, 5]. Напади кліщів відбувались під час відпочинку у лісі, збору ягід, грибів, під час перебування на місцевому пляжі, роботи на присадибних ділянках.

Н.А. Васильєва зі співавт. (2014) вказують, що навіть у 7% осіб, які отримували скетрену хіміопрофілактику, в наступному через 2–4 тижні виявляли антитіла до збудника ЛХ, а у 1,3% через 10–68 суток розвивались клінічні прояви. Були хворі, які лікувались повторно двічі і тричі. 90% осіб відмічали укуси кліщів за 5–90 суток до википіння клінічних проявів [2].

За даними О.Н. Любезної зі співавт. (2014), Д.Ю. Мошкової зі співавт. (2014), К.А. Аїтова зі співавт. (2014), Стьопкіна Ю.І. зі співавт. (2014 р.), 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 [4, 6–9].

На інфікованість кліщів бореліями в 23,68% випадків вказують Є.Р. Загребіна зі співавт. (2014) в 12,9%, у тому числі у 9,3% випадках

виявлено інфікування 2–3 патогенами [5, 10]. Самки кліща *I. ricinus* були заражені *E. chaffeensis* в 2,3% вищадках, *A. phagocytophilum* – 15,6%, генотипами *Borrelia* – 21,0%. За даними Стьопкіна Ю.І. зі співавт. (2014), при застосуванні метода полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) дослідженні відсоток уражених кліщів був від 4,2 (весна 2013 р.) до 18,3% (весна 2011 р.) [10].

У 2010 р. у хворих в Київській області діагноз було верифіковано у (53,52±0,59)% хворих, у 2011 р. і діагностичні тигри за даними імуноферментного аналізу у першій сироватці було виявлено у (90,20±5,81)% хворих, у 2012 р. і – у (42,35±2,52)%, у ренгити хворих діагноз був виставлений на підставі наявності мігруючої еритеми як патогномонічного симптому [11].

Як вказують Загребіна Є.Р. зі співавт. (2014), інкубаційний період складає від 4 до 25 та від 2 до 18 діб [5]. Аїтов К.А. зі співавт. (2014), відмічають, що в Прибайкаллі інкубаційний період склав (23,7±2,5) діб (від 1 до 60 діб) [12]. У дітей еритема з'являлась в місці укусу кліща в термін до 45 діб від моменту присмокування кліща (в середньому на 11-у добу) [13]. Н.О. Виноград і Н.С. Комаренко (2014) встановили, що у більшості хворих термін коливався у межах двох тижнів. Частка пацієнтів, у яких ознаки захворювання з'явилися на 1–5 добу від присмокування кліщів, у 2010 р. і становила (28,60±2,26)%, у 2011 р., (24,20±1,52)%, у 2012 р. – (25,60±1,69)%; на 6–15 добу: (45,70±4,04)%, (22,10±1,35)%, (20,00±1,21)%, відповідно. У 2012 р. у (35,50±2,59)% хворих інкубаційний період встановити не вдалось через відсутність відомостей щодо укусів кліщами [11].

За даними К.А. Аїтова зі співавт. (2014), 61,2% хворих звернулись за допомогою в перші 3–4 доби хвороби [4]. Еритемна форма була діагностована у 31,8% пацієнтів [14]; у 78,2% пролікованих хворих [12], у 77,8% хворих [7], у 98,9% дітей [13]; у 2010 році – у (97,20±5,97)%; у 2011 р. – у (93,70±5,68)% та у 2012 р. – у (91,10±6,12)% хворих [11]. У 46,3% випадках першими ознаками захворювання у дітей було почервоніння в ділянці укусу кліща [13]. Мігруючу еритему реєстрували у 58,4% хворих [1], кільцеву еритему від (1,5–50,0) см у $\frac{3}{4}$ хворих [2]. Суцільну мігруючу еритему спостерігали у 60,2, а кільцевидна – у 39,8% хворих [14]. Як вказує Є.О. Утенкова, у дітей суцільна еритема зустрічалась у (61,1±6,7)%, у дорослих – у (65,2±7,2)% випадків [15].

Метою нашого дослідження було вивчення особливостей перебігу ЛХ у осіб, які проживають в Києві та Київській області.

Матеріали і методи

Нами оброблено дані медичних карток 95 осіб, які звернулись до поліклініки Головного військово-медичного клінічного центру (ГВМКЦ),

Клініки інфекційних захворювань ГВМКЦ, Центральної поліклініки Міністерства внутрішніх справ України.

Результати та їх обговорення

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

Укуси кліщів частіше відбувались під час перебування на відпочинку на природі, на дачі. Шість осіб не знали, де були вкушені кліщами, оскільки на природі, в лісі, в парках не перебували.

У середньому час звернення до лікаря після знаходження на тілі кліща, який присмоктався, був $(2,25 \pm 1,07)$ діб (від 1 до 4 діб). 27 (28,4%) осіб знайшли на тілі кліща, який присмоктався, протягом 1 доби після перебування в умовах вірогідного нападу, 31 пацієнт (32,6%) – на другу добу, 18 (18,9%) осіб – на 3 добу, 16 (16,8%) – на 4 добу. У 2-х осіб було 2 кліща, які присмокталися (причому, у однієї особи одразу кліщі були видалені, а у іншої – один кліщ був видалений хірургом в поліклініці, другого – знайшли вже при повторному огляді інфекціоністом). Три (3,2%) хворих з типовою еритемою зазначували факт присмокування кліщів. В зимово-весняний період особи звертались переважно з приводу наявності на шкірі тулуба, кіпчиків плям різного розміру та кольору. У одного хворого, який звернувся на 3-й місяць від появи висипки, була кільцеподібна пляма на шкірі тулуба, яка займала поверхню спини, попереку, бокової поверхні тулуба та дещо заходила на живіт, була розміром до 0,5 м, сиплопного кольору з інтенсивнішою окраскою по периметру. В наступному при серологічному обстеженні були виявлені позитивні IgM, IgG на *Borellia burgdorferi*.

Значна кількість пацієнтів (74 особи, 77,9%) після видалення кліщів приймали протягом 3-х діб антибактеріальні препарати з метою екстреної хіміопротекції: 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-и (35,1%) – 2 доби, у 32 (43,2%) осіб – 3 та більше діб.

Серологічне обстеження (виявлення сумарних Ig M+G до *B. burgdorferi*) через перший тиждень після укусу проводили у 63 (66,3%) хворих (за їх власним бажанням та за рекомендацією лікаря), отримано позитивні результати (при обстеженні протягом тижня після укусу) у 3-х (3,27% загальної кількості вкупених) осіб, при повторному обстеженні через місяць 47 (49,5%) пацієнтів позитивні результати були у 8 (8,4%) хворих. Загалом, у осіб, у яких кліщ був на тілі 1 добу, позитивних результатів серологічних досліджень не було, 2 доби – 2 (2,1%) хворих, 3 та більше діб – 6 (6,3%) хворих.

Було діагностовано тільки еритемну форму у 14 (14,7%) вкшених кліщами (усі не приймали антибактеріальні препарати з метою екстреної хіміопрофілактики). З них у 9 осіб діагноз був серологічно підтверджений, у інших він був встановлений на підставі типової клінічної картини. Суцільну еритему спостерігали у 6, а кільцевидну – у 8 хворих. Підвищену температуру тіла (субфебрильну) реєстрували у 8 осіб, яка зберігалась на тлі лікування протягом 3–5 діб. Спостерігали одного хворого у віці 68 років, який звернувся за допомогою з приводу наявності на шкірі тулуба і кінцівках висипки, підвищення температури тіла до 38°C протягом 2 діб, загальну слабкість. Цей пацієнт протягом літа проживав на дачі. Факт присмокткування кліща не відмічав. 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 біля 3-х місяців); по 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 спостерігався протягом тижня, з приводу чого проводили ін'єкції цефтріаксону), пальпувався підшахвинний 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 збільшене до 25 мм/год. При серологічному обстеженні на Лайм-борреліоз – позитивні IgM.

З метою лікування у 6 хворих застосовували доксициклін по 0,2 г на добу протягом 14 діб, у 3-х хворих – цефтріаксон по 2 г на добу протягом 10–14 діб, у 3 хворих – азитроміцин 0,5 г на добу протягом 14 діб; у 2-х – спочатку цефтріаксон по 2 г на добу протягом 10–14 діб з наступним прийомом доксицикліну по 0,2 г на добу протягом 7–9 діб. За час спостереження тільки у 2-х хворих була повторна поява висипки, з приводу чого знову хворі отримували антибактеріальну терапію протягом до 1 міс.

Висновки

1. Більша кількість укушених кліщами має місце в літні місяці.
2. При зверненні в зимові місяці з приводу гіперемованих плям (від синюшного кольору до рожевого) лікарі не повинні забувати про ймовірність ЛХ.
3. Своєчасне видалення кліщів – протягом від декількох годин до доби, при тривалішому присмоктванні кліщів на тілі людини необхідне проведення скетрсної профілактики, що сприяє запобіганню розвитку ЛХ.

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.] // *Материалы 6-го съезда инфекционистов республики Беларусь. «Актуальные вопросы инфекционной патологии»*. 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 // *Материалы 6-го съезда инфекционистов республики Беларусь. «Актуальные вопросы инфекционной патологии»*. Витебск, 29–30 мая 2014 г. – С. 51–52.
3. Болецька Т. О. Епідеміологічна ситуація щодо Лайм-борреліозу на Сумщині / Т.О. Болецька // *Всеукраїнська науково-практична конференція «Інфекційні хвороби в практиці лікаря-інтерніста : сучасні аспекти»* СумДУ, 4–5.06.14. – С. 11–13.
4. 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 года, Екатеринбург, РФ / *Журнал инфектологии*. – 2014. – Т. 6, № 2, приложение. – С. 7–8.
5. Иксодовый клещевой боррелиоз у детей : клинико-лабораторные особенности эритемных и безэритемных форм / Е.Р. Загребина, О.С. Поздеева, О.Г. Мохова [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. 41.
6. Результаты наблюдения за пациентами с Лайм-боррелиозом в эндемичном регионе / О.Н. Любезнова, А.Л. Бондаренко, Е.О. Утенкова, В.В. Сапожникова // *Материалы 6-го съезда инфекционистов республики Беларусь. «Актуальные вопросы инфекционной патологии»*. Витебск, 29–30 мая 2014 г. – С. 105–106.
7. Клиника пролонгированного течения клещевого боррелиоза у жителей Краснодарского края / Д.Ю. Мошкова, 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.
8. Характеристика сочетанного течения природно-очаговых трансмиссивных клещевых инфекций в Прибайкалье / К.А. Аитов, Н.Ю. Медведова, И. Батзая [и др.] // *Материалы VI Ежегодного Всероссийского Конгресса по инфекционным болезням*. Москва, 24–26 марта 2014 г. – С. 9–10.
9. Активность природных очагов иксодового клещевого боррелиоза в Воронежской области и анализ заболеваемости / Ю.И. Стёпкин, А.В. Платунин, А.И. Жукова [и др.] // *Материалы VI Ежегодного Всероссийского Конгресса по инфекционным болезням*. Москва, 24–26 марта 2014 г. – С. 299.
10. 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 // *Материалы VI Ежегодного Всероссийского Конгресса по инфекционным болезням*. Москва, 24–26 марта 2014 г. – С. 158.
11. Виноград Н.О. Клініко-епідеміологічна характеристика іксодового кліщового борреліозу в Київській області / Н.О. Виноград, Н.С. Комаренко // *Всеукраїн-*

ська науково-практична конференція «Інфекційні хвороби в практиці лікаря-інтерніста: сучасні аспекти» СумДУ, 4–5.06.2014. – С. 19–22.

12. К клишике иксодового клещевого боррелиоза в Прибайкальє / 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.

13. Радионова О.А. Иксодовые клещевые боррелиозы – особенности течения у детей / О.А. Радионова, И.В. Куимова // Третий конгресс Евро-Азиатского Общества по инфекционным болезням. 21–23 мая 2014 года. Екатеринбург. РФ / Журнал инфектологии, 2014. – Т. 6, № 2, приложение. – С. 80.

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

15. Утенкова Е.О. Возвратные особенности иксодовых клещевых боррелиозов / Е.О. Утенкова // Материалы 6-го съезда инфекционистов республики Беларусь. «Актуальные вопросы инфекционной патологии». Витебск, 29–30 мая 2014 г. – С. 177–178.

Некоторые вопросы относительно лаймской болезни

В.И. ТРИХЛЕБ, В.Ф. СМОРГУНОВА, А.И. КОРКАЧ

Резюме. *Проведен анализ данных медицинской документации обращений по поводу укуса клещей. Проанализировано клиническое течение лаймской болезни. В подавляющем большинстве случаев наблюдалась эритемная форма. Своевременное удаление клещей (на протяжении суток), проведение экстренной химиопрофилактики способствует предотвращению развития заболевания.*

Ключевые слова: *клещи, лаймская болезнь, эритема.*

Some questions about Lyme disease

V. TRYKHLIB, V. SMORHUNOVA, A. KORKACH

Summary. *The analysis of medical records for patients' presentation because of the tick bite was done. The clinical course of Lyme disease was analyzed. In the vast majority of cases erythema form was observed. Both prompt removal of ticks (during the day) and emergency chemoprophylaxis help in preventing the development of disease.*

Keywords: *ticks, Lyme disease, erythema.*