

6. Корзун В.Н. Эффективность профилактических средств при одновременном хроническом поступлении в организм цезия-137 и стронция-90/Автореферат на соискание учёной степени кандидата медицинских наук. – Ленинград, 1971.
7. Матасар И.Т., Салий Н.С., Водопьянов В.М. Заболевания, вызываемые дефицитом йода, и методы их профилактики. – Киев, 2002.
8. Методика застосування дієтичної добавки «Ламідан» //Інформаційний лист МОЗ України про нововведення в системі охорони здоров'я.– № 89. – Київ, 2007.
9. Разработка научно регламентированных рекомендаций по применению продуктов из бурых морских водорослей «Ламидан». /Отчёт о НИР. МГУ им. М.В. Ломоносова. – Москва, 2005.
10. Романенко А.Е., Лихтарев И.А., Шандала Н.К. и др. Гигиеническая оценка доз облучения щитовидной железы жителей УССР после аварии на ЧАЭС//Вестник АМН СССР.– 1991. – №8.
11. Sakai and Kato. Food and Science, 1998.

SUMMARY**SPECIAL PRODUCT FROM LAMINARIA SEAWEED IN CORRECTION OF METABOLISM DISORDERS****Bebeshko V.H., Hanych O.M., Lyzohub V.O., Ravinsky V.I., Hanych T.M.**

The article deals with the problem of iodine deficiency. It is evaluated the role of iodine prophylaxis and accentuated on effectiveness of Laminaria seaweed products.

Key words: iodine deficiency, metabolism, seaweed

УДК 616.995.42-02-036.22-07-08**БЕЗЕРИТЕМНІ ФОРМИ ЛАЙМ-БОРЕЛІОЗУ: ВАЖЛИВІСТЬ СВОЧАСНОЇ ДІАГНОСТИКИ****Зінчук О.М.***Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, м. Львів*

РЕЗЮМЕ: метою дослідження було з'ясування ролі недіагностованих форм Лайм-бореліозу у формуванні різних неврологічних синдромів. У 16,4% хворих неврологічних стаціонарів виявлено позитивні титри протибореліозних антигін, що значно більше, ніж в групі порівняння, яку склали здорові донори крові ($P < 0,05$). Рекомендовано проводити специфічну лабораторну діагностику хворим із неврологічною симптоматикою невстановленого генезу і анамнестичними даними про присмокування кліщів.

Ключові слова: Лайм-бореліоз, борелії, кліщі, нейробореліоз, ІФА

Вступ. Лайм-бореліоз (ЛБ) – широко розповсюджена природно-вогнищева бактеріальна хвороба з трансмісивним шляхом передачі, яка часто має хронічний, рецидивуючий перебіг з поліорганными ураженнями. В ендемічних регіонах Північної Америки і Євразії захворюваність сягає 20–50, а подекуди навіть 200–500 випадків на 100 тис. населення [7]. За останні роки в Україні покращилося виявлення ЛБ, чому сприяє запровадження методів специфічної лабораторної діагностики.

Відповідно до офіційних даних, захворюваність на ЛБ в Україні сягає 0,5–1,0 та 100 тис. у Львівській області – 1,0–2 на 100 тис. населення, що значно менше, ніж у сусідніх країнах. Так, захворюваність на ЛБ у Російській Федерації становить 4,0–5,0, в Польщі – 2,5– 3,0, а в деяких східних регіонах країни, які межують з Україною, захворюваність сягає 10,0–20,0 на 100 тис населення.

У більшості гострих випадків ЛБ, які супроводжуються мігруючою еритемою на місці присмокування кліща, клінічна діагностика не складає труднощів. Проте відомо, що у 20–40 % пацієнтів ЛБ перебігає в безеритемній формі [2]. При цьому можуть спостерігатися ураження нервової системи, суглобів, серця, очей, що значно ускладнює діагностику хвороби.

Труднощі вчасного виявлення ЛБ зумовлені також можливістю розвитку після зараження іннапарантного інфекційного процесу без помітних клінічних ознак ні в ранній період, ні в період дисемінації інфекції [3]. Припускається трансформація борелій в L-форми – так звані "форми незбалансованого росту" (сферопласти, видовжені циліндричні клітини, нитковидні структури), що здатні проходити через гістохімічні бар'єри [4, 6]. Відносна стійкість L-форм до неспецифічних і специфічних факторів резистентності макроорганізму, їх низька імуногенність, можливість внутрішньоклітинної локалізації призводить до тривалої персистенції борелій без розвитку клінічних ознак. У віддалені терміни в частини інфікованих відбувається активація інфекційного процесу з маніфестацією клінічних проявів, розвитком серйозних органних уражень, які будуть визначати симптоматику хронічної стадії хвороби через місяці, і навіть роки після зараження. Найчастіше це пізні ураження центральної і периферичної нервової системи, суглобів, серця, шкіри. Зрозуміло, що через тривалий час після зараження, інколи буває важко пов'язати ураження тих чи інших органів з присмокуванням кліщів у минулому і запідозрити ЛБ. Тим паче, що такі пацієнти у більшості випадків знаходяться поза полем зору інфекціоністів, часто лікуються у

профільних спеціалістів (неврологів, ревматологів та інш.).

Незважаючи на поступ щодо діагностики ЛБ, який відбувся в Україні в останні роки, зареєстрований рівень захворюваності, на нашу думку, далеко не відповідає реальній картині, що пояснюється необізнаністю багатьох лікарів первинної ланки охорони здоров'я з симптоматикою різних форм ЛБ, неналаштованістю специфічної діагностики в багатьох обласних центрах. Неповна реєстрація випадків ЛБ зумовлена ще й тим, що багато інфекціоністів та епідеміологів знаходяться в полоні хибних уявлень про обов'язкову необхідність специфічного підтвердження діагнозу ЛБ навіть у випадку гострих еритемних форм з наявністю мігруючої еритеми, яка є патогномонічним симптомом. Хоча, відповідно до загальноприйнятих критеріїв, такі форми хвороби не потребують обов'язкового специфічного лабораторного підтвердження [8]. Вважаємо, що велика кількість безеритемних форм ЛБ не діагностується, хвороба перебігає під маскою багатьох неврологічних, ревматологічних та кардіологічних синдромів, і хворі не отримують вчасного протимікробного лікування.

Метою дослідження було вивчення реального поширення ЛБ серед населення Львівської області, а також етіопатогенетичного значення важких для діагностики безеритемних форм ЛБ у формуванні ряду неврологічних синдромів.

Матеріали та методи. Для вивчення значення безеритемних форм ЛБ у виникненні неврологічної патології проводилось визначення рівня протибореліозних антитіл серед хворих неврологічних стаціонарів. Обстежували всіх хворих, які поступали на стаціонарне лікування, крім хворих з ураженнями нервової системи травматичного походження. Всього обстежено 61 хворого – 38 чоловіків та 23 жінок. Вікова структура пацієнтів була наступною: 20–29 р. – 6 хворих; 30–39 р. – 7; 40–49 р. – 19; 50–59 р. – 24; понад 60 років – 5 хворих.

Частоту виявлення протибореліозних антитіл порівнювали з відповідними даними контрольної групи (60 здорових донорів крові), що була порівняна за віком і статтю. Антитіла класу IgG до борелій у сироватці крові визначали за допомогою імуноферментного аналізу (ІФА). Використовувались тест-системи "Боррелиоз-ИФА" науково-виробничої фірми "Отпик" (СПБ, Росія). Як позитивний результат умовно вважався коефіцієнт серопозитивності (КС) $> 1,1$, що за даними виробника тест-системи відповідає титру 1:100. Діагностичним титром умовно вважався титр 1:400, що відповідає КС $> 2,1$.

Результати досліджень та їх обговорення. Результати дослідження свідчать про високий відсоток серопозитивних осіб серед пацієнтів неврологічних стаціонарів. Так, протибореліозні антитіла класу IgG виявлені у 10 пацієнтів із 61 обстеженого, що становило 16,4 %, в той час, як серед доно-

рів крові виявлено лише 3 серопозитивних пацієнти (5 %, $P < 0,05$). У більшості серопозитивних осіб, що виявлені в неврологічних стаціонарах, КС становив 1,5–2. Звертає на себе увагу, що у третини серопозитивних хворих протибореліозні антитіла виявлені у діагностичному титрі (КС $> 2,1$), в той час як у контрольній групі таких осіб взагалі не було.

Нами проведено поглиблене клініко-лабораторне обстеження пацієнтів неврологічних стаціонарів, у яких виявлені позитивні титри протибореліозних антитіл. Із десяти серопозитивних хворих у одного пацієнта з КС=12,3 виявлено активний інфекційний процес у вигляді гострої безеритемної форми ЛБ з проявами полірадікулонейропатії і вираженим больовим синдромом. Після курсу протимікробного лікування (цефтриаксон по 2,0 на день протягом 14 днів) стан хворого нормалізувався і в задовільному стані він був виписаний із стаціонару.

Хоча ЛБ є ендемічною хворобою з певними регіональними особливостями, отримані нами результати досліджень, які характеризують частоту серопозитивних осіб серед хворих неврологічних стаціонарів, можна вважати спільними для різних ландшафтно-географічних зон і територій, що підтверджується літературними даними. Так, серед хворих неврологічних стаціонарів м. Єкатеринбурга антитіла до *B. burgdorferi* в нРІФ у титрі 1:80 виявлено у 10,4 % пацієнтів із різними неврологічними діагнозами, в той час як серед донорів цей відсоток склав лише 1,9 % ($P < 0,05$) [1]. Аналогічні дослідження проводились і в Люблінському воєводстві Польщі – протибореліозні антитіла виявлені у 12,2 % хворих неврологічних стаціонарів, тоді як у контрольній групі тільки у 6 % [5].

Невчасна діагностика безеритемних форм ЛБ є однією з причин прогресивного перебігу хвороби з розвитком несприятливих наслідків, в тому числі багатьох неврологічних синдромів. Для попередження дисемінації інфекції і розвитку уражень нервової системи важливою є вчасна протимікробна терапія і тому хворим з нез'ясованою причиною неврологічної симптоматики, за наявності анамнестичних даних про присмокування кліщів, необхідно проводити специфічні серологічні дослідження.

Висновки:

1. Вчасне виявлення і лікування безеритемних форм ЛБ є важливим для запобігання прогресування і хронізації хвороби.

2. У 16,4 % пацієнтів неврологічних стаціонарів виявлено позитивні титри протибореліозних антитіл (у контрольній групі тільки у 5 %; $P < 0,05$).

3. Для вчасного виявлення і лікування ЛБ доцільно проводити специфічну лабораторну діагностику хворим з нез'ясованою причиною неврологічної симптоматики і відповідним епідеміологічним анамнезом.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ильина Н.С., Лесняк О.М., Волкова Л.И. и др. *Borrelia burgdorferi* у больных с неврологическими заболеваниями в эндемичном районе России. // *Клин. мед.* – 1996. – № 4. – С. 39–42.
2. Лобзин Ю.В., Усков А.Н., Антонов В.С. и др. Клиника и лабораторная диагностика Лайм-боррелиоза // *Учен. зап. Санкт-Петербург. гос. мед. ун-та им. Павлова.* – 2000. – Т. 7, № 1. – С. 15–22.
3. Наумов Р.Л., Васильева И.С. Пораженность населения боррелиями и заболеваемость болезнью Лайма // *Медицинская паразитология и паразитарные болезни.* – 2005. – № 2. – С. 40–42.
4. Alban P.S., Johnson P.W., Nelson D.R. Serum-starvation-induced changes in protein synthesis and morphology of *Borrelia burgdorferi* // *Microbiology.* – 2000. – Vol. 146, Pt 1. – P. 119–127.
5. Chmielewska-Badora J. Seroepidemiologic study on Lyme borreliosis in the Lublin region // *Ann. Agric. Environ. Med.* – 1998. – Vol. 5. – P. 183–186.
6. Gruntar I., Malovrh T., Murgia R., Cinco M. Conversion of *Borrelia garinii* cystic forms to motile spirochetes in vivo // *APMIS.* – 2001. – Vol. 109, № 5. – P. 383–388.
7. Machurot P.Y., Fumal A., Sadzot B. Neuroborreliosis // *Rev. Med. Liege.* – 2001. – Vol. 56, № 1. – P. 11–16.
8. Wormser G.P., Dattwyler R.J., Shapiro E.D. et al The Clinical Assessment, Treatment, and Prevention of Lyme Disease, Human Granulocytic Anaplasmosis, and Babesiosis: Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America // *Clin. Infect. Dis.* – 2006. – Vol. 43. – P. 1089–1134.

SUMMARY**NONERYTHEMATOUS FORMS OF LYME-BORRELIOSIS: IMPORTANCE OF EARLY DIAGNOSIS****Zinchuk A.N.**

The aim of research was investigation of the role of misdiagnosed forms of Lyme-borreliosis in neurologic syndromes formation. Confirmative titers of antiborrelia antibodies were revealed in 16,4 % of the patients of neurological departments ($P < 0,05$). It is recommended to order specific laboratory tests to exclude neuroborreliosis in patients with neurologic disorders and tick-bite in anamnesis.

Key words: Lyme disease, borreliosis, neuroborreliosis, ELISA, tickborne

УДК 616.233-002:616.248:159.9.072

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ З ПОВЕДІНКОЮ ТИПУ А**Когутич А.А., Товт-Коршинська М.І., Чопей І.В.***Ужгородський національний університет, факультет післядипломної освіти, м. Ужгород*

РЕЗЮМЕ: при обстеженні 48 хворих на хронічне обструктивне захворювання легень та бронхіальну астму поведінка типу А визначалася у 33% випадків, частіше у хворих на бронхіальну астму, особливо чоловіків. Виявлений зв'язок клінічних проявів бронхо-легеневої патології з поведінкою типу А, а саме частота виявлення у хворих даного типу поведінки обернено пропорційна до тяжкості захворювання; особи з поведінкою типу А більш схильні до алергічних реакцій, рідше хворіють на гострі респіраторні вірусні інфекції та менш стійкі до стресів, порівняно з особами інших типів поведінки.

Ключові слова: хронічне обструктивне захворювання легень, бронхіальна астма, поведінка типу А.

Вступ. Умови, в яких проходить життєдіяльність сучасної людини, часто можна назвати екстремальними і такими, що стимулюють розвиток стресу. Стресорна реакція, поряд з життєвою необхідністю, може бути джерелом хвороботворних процесів. В умовах дистресу виникає стійкий спазм судин, підвищується артеріальний тиск, погіршується мікроциркуляція [4]. Як наслідок, можуть виникнути такі захворювання, як гіпертонія, хвороби серця, хвороби шлунково-кишкового тракту, хвороби центральної нервової системи, в тому числі вегетативної нервової системи, автоімунні захворювання (системний червоний вовчок, ревматоїдний артрит) [2,7].

В залежності від реакції на стрес, всіх людей можна умовно віднести до трьох типів:

– тип А – агресивні, ворожі, діяльні, егоїстичні особи;

– тип В – розслаблені, пасивні, важкі на підйом особи. Повна протилежність типу А;

– тип С (D) – невпевнені, терплячі, замкнені люди, що пригнічують свої емоції.

У людей з різними типами особистості, можуть виникати ті чи інші захворювання. Так, для осіб з поведінкою типу С існує більша ймовірність захворювати на рак, ніж для осіб з поведінкою А і В, а особи з типом поведінки А більш схильні до серцево-судинних захворювань, ніж особи з поведінкою В і С [3].

Тип особистості А (або поведінка типу А) – це система ознак, які отримані на основі тестів, що характеризують осіб, які належать до групи ризику розвитку серцево-судинної патології [3, 11].

Для осіб з поведінкою типу А характерні такі ознаки, як агресивність, нетерплячість, прагнення до домінування, надмірне захоплення своєю роботою, схильність до суперництва, відчуття нестачі