

ХВОРОБИ ЛАЙМА У ДІТЕЙ НА СЬОГОДНІ

НАУКОВО-ДОСЛІДНА ГРУПА:

Пікуль Катерина Вікторівна

ORCID ID: 0000-0002-5724-4343

канд.мед.наук, доцент кафедри ендокринології

з дитячими інфекційними хворобами

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Шаєнко Златослава Олексіївна

ORCID ID: 0000-0002-8718-7589

канд.мед.наук, доцент кафедри ендокринології

з дитячими інфекційними хворобами

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Ільченко Валентина Іванівна

ORCID ID: 0000-0002-1451-442

канд.мед.наук, доцент кафедри ендокринології

з дитячими інфекційними хворобами

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Поправка Марія Степанівна

лікар-педіатр дитячого інфекційного відділення

КЗ «1 міська клінічна лікарня», м. Полтава, Україна

Актуальність обумовлена тим, що у весняно-осінній період нерідко зустрічається хвороба Лайма. Офіційна реєстрація хвороби Лайма в Україні ведеться з 2000 року, хоча перші випадки були виявлені в 1990 роках. Починаючи з 2001 року рівень захворюваності на Лайм-бореліоз по 2023 рік в Україні зріс майже у 35 разів.

Дане захворювання на території Північної Америки, Центральної та Східної Європи, в тому числі і в Україні, Азії, Північної Африки та Австралії посідає перше місце серед природно-вогнещевих захворювань, а за темпами поширення – друге місце після ВІЛ-інфекції (до 50 випадків на 100 тисяч населення) [1].

Метою роботи було: аналіз сучасних поглядів на діагностику та лікування хвороби Лайма у дітей, а також порівняльна характеристика захворюваності в Україні та м. Полтава (2000-2023 рр.) на фоні зростання інфекційної патології у дітей через опосередковані фактори, що впливають на збільшення хворих із зазначеною нозологією.

Авторами використано ретроспективний аналіз статистичних даних щодо захворюваності на Лайм-бореліоз 2000-2023 рр. та найбільш часті випадки інфекційної патології у дітей за період. Автори, як дитячі інфекціоністи, наводять один із прикладів випадку з історії хвороби, який нещодавно спостерігали в дитячому інфекційному відділенні Полтави. Проаналізовано дані наукової літератури з використанням бібліосемантичного методу вивчення.

Результати та їх обговорення:

З історичних відомостей знаємо, що вперше зміни шкіри, властиві хворобі Лайма описав німецький лікар Бухвальд, в 1883 р. В 1909р. шведський дерматолог Афзеліус зробив перше повідомлення про мігруючу еритему на місці укусу кліща. В 1913р.

мігруючу еритему описав австрійський бактеріолог і дерматолог Ліпшюц, в честь якого і назвали цю патологію еритемою Афзеліуса-Ліпшюца. Менінгіт і радикулонейропатія вважались легкими атиповими формами кліщового енцефаліту. В 1949р. шведський лікар Тірессон вперше застосував пеніцилін для лікування мігрувальної еритеми. В 1982р. Вперше було виявлено збудника хвороби під час дослідження вмісту кишок іксодового кліща і доведена спірохетозна етіологія природи.

Видовий комплекс *Borrelia burgdorferi* об'єднує в собі 12 різних видів та їх геномні штами, що належать до роду *Borrelia*, родини *Spirochaetaceae*. Найбільш клінічно значущі види *Borrelia burgdorferi*, *B.afzelii*, *B.garinii*, *B. Valaisiana*. Вони мають 3 групи антигенів : поверхневі, джгутикові, цитоплазматичні. В організмі людини борелії знаходяться в шкірі, лікворі, синовіальній рідині, плаценті, сечі.

У перебігу бореліозного інфекційного процесу розрізняють 3 стадії:

Стадія локальної інфекції - патологічний процес розвивається в місці проникнення збудника. Розпочинається в терміни від 2 до 30 днів після присмоктування іксодового кліща. Відбувається розмноження збудника що призводить до запальної реакції, яка клінічно проявляється еритемою і синдромом інтоксикації (при цьому спостерігається мігруюча еритема). Стадія дисемінації - збудник поширюється від місця первинного проникнення. Розвивається в середньому через 1-3 міс. після появи мігруючої еритеми. Гематогенна і лімфогенна дисемінація відбувається в лімфатичні вузли, паренхіматозні органи, суглоби, нервову систему, де утворюються метастатичні вогнища запалення. Частина мікроорганізмів гине, що зумовлює посилення інтоксикаційного синдрому. Генералізація інфекційного патологічного процесу, що створює підґрунтя для прогресування органних уражень і хронізації (радикулярний біль з больовим синдромом в хребті, із ознаками подразнення і випадіння чутливих і рухових функцій, ураження лицевого нерва, інфекційний енцефаліт) [1, 2]. Наступна стадія органних уражень (міокардит, гепатит, артрит, кератит, хронічний дерматит, розсіяний атеросклероз) може наступити через декілька місяців чи років. Діагностику проводять методами ІФА, ПЛР, матеріал для дослідження (ліквор, кров, синовіальна рідина).

Діагноз Лайм-бореліозу встановлюється на основі характерної клінічної картини та двоетапного серологічного підтвердження. Двоетапність серологічної верифікації має ключове значення у діагностиці Лайм-бореліозу та включає: перший етап (імуофлуоресцентний аналіз - ІФА) - визначення титрів імуноглобулінів (Ig) класу М та G методом ІФА. Якщо результат ІФА негативний тоді: дослідження проводиться протягом перших 30 днів від початку симптомів - повторити ІФА через 4-6 тиж після першого дослідження ІФА.

Якщо дослідження проводилося через ≥ 30 днів з моменту появи симптомів - подальші обстеження не проводяться, необхідно підозрювати альтернативний діагноз. У випадку, коли результат ІФА сумнівний або позитивний далі підтвердження діагнозу методом вестерн-блот.

Другий етап (вестерн-блот) - проводиться лише у разі підтвердженого чи сумнівного результату ІФА.

Проводять Лайм-бореліоз: постконтактну профілактику [3].

Згідно з рекомендаціями Центрів контролю та профілактики захворювань США (Centers for Disease Control and Prevention — CDC), постконтактну профілактику Лайм-бореліозу (прийом доксицикліну 200 мг перорально однократно). Важливо спостерігати за місцем укусу кліща протягом 1 міс та розпочати лікування у разі появи клінічних проявів Лайм-бореліозу.

Як відомо, хворих з підозрою на розсіяний склероз та хворобу Паркінсона у США обстежують на наявність Лайм-бореліозу [4].

Якщо говорити про поширеність даного захворювання на території нашої Полтавської області, то можемо відмітити, що з 2010 по 2020 рік зареєстровано більше 1000 випадків, тоді як у м.Полтаві за останні 7 років - 235. Зокрема, у дитячому інфекційному відділенні 1МКЛ ми відмітили тенденцію до збільшення кількості випадків серед дитячого населення. У 2020 році перебувало на лікуванні з Лайм-бореліозом 3 дитини, у 2023 році- 7 дітей.

Висновок

Отже, оскільки спостерігаємо підвищення частоти зустрічаємості даного захворювання на сьогодні, то дуже важливо розпізнати в пацієнта із прогресуючою чи ремітуючою дисемінованою формою хвороби Лайма, тому що існують певні терапевтичні підходи, які ефективні при названому інвалідизуючому захворюванні.

Список використаних джерел:

1. Нікітюк С.О., Климнюк С.І. Лайм-бореліоз у дітей. *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*. 2020. (1), 14-25.
2. Пікуль К.В. Інфекційні енцефаліти у дітей. *Світ медицини та біології*. 2016. (4), 52-59.
3. Taryanuk K. A., Lytvynenko N. V., Shkodina A. D., Kaidashev I. P. The role of circadian regulation of ghrelin levels in Parkinson's disease (literature review). *Wiadomosci lekarskie*. 2021. (74), 1750–1753.