Бережна Ю.В., Дендерес С.М.

ХВОРОБА ЛАЙМА – БОРРЕЛІОЗ У ДІТЕЙ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

Харківський Національний Медичний Університет,

 кафедра дитячих інфекційних хвороб, м. Харків, Україна

Науковий керівник – асистент кафедри дитячих інфекційних хвороб,

к. мед. н. Кучеренко Олена Олегівна

Іксодовий кліщовий борреліоз (ІКБ) – хвороба Лайма (ХЛ) зберігає свою актуальність в практиці лікаря-педіатра на сучасному етапі. Це обумовлене варіабельністю клінічних проявів, недостатньою інформованістю населення про це захворювання, що може приводити до його пізньої діагностики і розвитку хронічних форм ХЛ. За даними сучасної літератури, відомо більше 13 генотипів комплексу Borrelia burgdorferi sensu lato, з них патогенними для людини вважаються наступні: B. Burgdorferi sensu stricto, B.garini, B.afzelii, B.valaisiana, B. spielmani, B. Lustianiae, B. miyamotoi, B. mayonii. Переносниками ІКБ є кліщі роду Ixodes. В інших європейських країніх поширені два види іксодових кліщів: тайговий (I.persulcatus) і лісовий (I. ricinus). Для ІКБ характерна весняно-літня сезонність з піком захворюваності на території України в травні. Серед дітей ІКБ найбільш часто (75-80%) хворіють діти від 3-4 до 10-12 років, рідше - діти перших років життя.

Для локальної стадії ІКБ у дітей характерна наступна клінічна картина: мігруюча еритема, регіональна лімфаденопатія, грипоподібний синдром. Грипоподібний синдром спостерігається у 60-70% дітей і виражений значніше, ніж у дорослих. Лихоманка триває до 3-х днів, вона нерідко супроводжується блювотою і діареєю. Для ХЛ типово виникнення ерітеми розмірами від 1,5 до 20 см, що з’являється на 11 день після укусу кліща. Регіонарні лімфовузли збільшуються в 30% випадків ІКБ. На початку хвороби можуть виникати артралгії, герпетичні висипання, менінгізм. Ураження органів і систем в гострому періоді розвивається раніше, ніж у дорослих, в середньому, на 7-10 добу. При залученні в патологічний процес НС и мозкових оболонок у дітей розвиваються серозний менінгіт, у 10-20 % хворих реєструвались моно- і полінейропатії, менінгорадікулоневрит, менінгіт, мієлополірадікулоневрит. Рідко зустрічаються гострий мієліт, гострий гемипарез, атаксія. Ураження опорно-рухового апарату проявляються у дітей при гострому і підгострому протіканні борреліозу з розвитком міалгій (65%), артралгій (25%), артритів (8,5%). Для діагностики шкірних форм ІКБ застосовують культуральний метод. Зі шкірних біоптатів, взятих в області мігруючої еритеми, приблизно у 60 % випадків вдалося виділити боррелії. Серологічний метод включає 2 етапи: 1-й імуноферментний аналіз (ІФА), методом імуноблоту. Певною специфікою володіє ПЛР-дослідження ЦСР при ранньому нейроборреліозі приблизно у 40% хворих, при пізньому нейроборреліозі - у 25%. За сучасними лікувальними стандартами, для етіотропної терапії ІКБ використовують антибіотики наступних фармакологічних груп: макроліди, тетрацикліни (у дітей старше 8 років), цефалоспорини (3 і 4 поколінь).

Підсумовуючи вищезазначене, необхідно відмітити, що своєчасна діагностика бореліозу дозволить провести лікування ХЛ на ранньому етапі маніфестації патологічного процесу, ІКБ є актуальною патологією в структурі дитячої інфекційної захворюваності та обумовлює необхідність проведення профілактичних освітніх заходів серед населення для попередження виникнення цієї патології.