

**КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
ПАЦИЕНТОВ С ЛАЙМ-БОРРЕЛИОЗОМ**

Боярский Е. Д., Боярская В. С.

Научный руководитель: доктор медицинских наук, доцент *Е. Л. Красавцев*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Болезнь Лайма (синонимы: клещевой Лайм-боррелиоз, иксодовый клещевой боррелиоз, хроническая мигрирующая эритема, клещевая эритема) — природно-очаговое, полисистемное заболевание, характеризующееся преимущественным поражением кожи, центральной нервной системы, сердечно-сосудистой системы и опорно-двигательного аппарата. Заболеваемость Лайм-боррелиозом жителей Беларуси составляет менее 10 случаев на 100 тыс. населения. Очаги болезни регистрируются во всех регионах Беларуси, но наибольшая активность отмечается в районах Брестской, Минской и Гомельской областей [1]. За период с 01.03 по 01.10 2018 г. в организации здравоохранения области по поводу укусов клещей обратилось более 3000 человек. Наибольшее количество пострадавших Гомельской области отмечается в Светлогорском, Мозырском, Речицком, Ельском районах. За прошедший период текущего года среди населения области уже зарегистрировано 83 случая Лайм-боррелиоза. Наиболее высокие показатели заболеваемости отмечаются в Рогачевском, Речицком и Светлогорском районах [2].

Особенностью течения боррелиозной инфекции является полиморфизм клинической симптоматики заболевания и частая хронизация процесса, приводящая к снижению качества жизни пациентов. Заболевание имеет важное значение в патологии человека благодаря серьёзным поражениям опорно-двигательной, нервной, сердечно-сосудистой и других систем организма, при этом системные поражения регистрируются в различных возрастных группах. Болезнь Лайма с одинаковой частотой поражает мужчин и женщин [3].

Основными группами риска являются: рабочие и служащие — 36 %, пенсионеры и безработные — 35 %, школьники и дети дошкольного возраста — 19 %, профессиональные группы — 3 %, прочие — 7 % [4].

Основными методами лабораторной диагностики болезни являются серологические. Из серологических методов чаще всего применяются реакция непрямой иммунофлюоресценции (РНИФ), при которой диагностическим титром считается показатель от 1:40 и выше; иммуноферментный анализ (ИФА) с определением антител класса Ig M, Ig G к боррелиям в парных сыворотках. Необходимо учитывать, что в первые 1–3 месяца заболевание может протекать без достаточной выработки специфических антител. В некоторых случаях синтез антител класса Ig M может не происходить. С целью повышения диагностической эффективности обследования пациента рекомендуется проведение иммуноблоттинга и иммуночипа с флуоресцентной детекцией спектра антител разных классов. Полимеразная цепная реакция (ПЦР) позволяет выявить ДНК боррелий в различном биологическом материале: клещ, кожный биоптат, кровь, моча, цереброспинальная и суставная жидкости и др. Использование метода ПЦР осложняется тем, что ДНК *B. burgdorferi* s.l. в лейкоцитарной взвеси крови пациента определяется редко ввиду патогенетических особенностей этой стадии заболевания, когда возбудитель редко проникает в кровяное русло. Исследование капиллярной крови из участка МЭ, которое является более информативным по сравнению с исследованием биоптата кожи, позволяет выделить ДНК *B. burgdorferi* s.l. в 60 и более % случаев [5].

Цель

Определить клинико-эпидемиологическую структуру пациентов с Лайм-боррелиозом.

Материал и методы исследования

Для проведения исследования были использованы данные о 53 пациентах, находившихся на стационарном лечении в УЗ «Гомельская областная инфекционная клиническая больница»

(ГОИКБ) за 2010–2017 гг. Для сравнения структуры пациентов по полу и возрасту, формам заболевания использовались методы непараметрической статистики (таблица 2×2 , критерий χ^2). Диагноз подтверждался следующими методами: ИФА, НМФА, иммуноблоттинг.

Результаты исследования и их обсуждение

В период с 2010–2017 гг. на базе ГОИКБ было обследовано 53 пациента, из них 54,7 % (29) женщин и 45,3 % (24) мужчин. Количество лиц до 20 лет составило 9,4 % (5), из них 60 % (3) мужчин и 40 % (2) женщин, в возрасте 21–50 лет было 39,6 % (21), из них 38 % (8) мужчин и 62 % (13) женщин, старше 50 лет — 51 % (27), из них 41 % (11) мужчин и 59 % (16) женщин.

Первая стадия Лайм-боррелиоза встречалась в 51 % (27) случаев, чаще у женщин 56 % (15 пациентов) в возрастной группе старше 50 лет. Вторая стадия регистрировалась в 32 % (17 пациентов), чаще у женщин 65 % (11 пациентов) в возрастной группе от 20 до 50 лет. Третья стадия встречается в 17 % (9 пациентов) случаев, чаще у мужчин 67 % (6) в возрастной группе от 20 до 50 лет.

При сравнении клинических форм болезни Лайма наиболее часто встречается мигрирующая эритема 58,5 % (31 пациент), реже встречаются нейроборрелиоз 13,2 % (7 пациентов), суставная форма 11,4 % (6 пациентов). Пациенты, которые не укладываются в классические проявления Лайм-боррелиоза, составляют 16,9 % (9 пациентов).

В диагностике болезни Лайма преобладал метод ИФА 39,6% (у 21 пациента). Реже использовался НМФА — 3,8 % (у 2 пациентов), иммуноблоттинг — 3,8 % (у 2 пациентов), ИФА + НМФА — 5,7 % (у 3 пациентов), иммуноблоттинг + ИФА — 3,8 % (у 2 пациентов). Диагноз не был подтвержден в 43,3 % (23 пациента) случаях, из них 74 % (17 человек) составила первая стадия, 17,5 % — вторая стадия, 8,5 % — третья стадия.

Выводы

1. Лайм-боррелиоз встречается реже в возрасте до 20 лет.
2. Чаще развивается первая стадия Лайм-боррелиоза у лиц женского пола.
3. Для подтверждения диагноза наиболее часто используется метод ИФА. Имеются не подтвержденные диагнозы, в частности при первой стадии, в связи с незначительным титром Ат, отсутствием диагностикума и отказом пациента от анализа на платной основе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мамчиц, Л. П. Эпидемиологические закономерности распространения Лайм-боррелиоза в Гомельской области / Л. П. Мамчиц, Е. Ю. Нараленкова, М. А. Чайковская // Проблемы здоровья и экологии. — 2009. — С. 124.
2. <http://gmlogce.by/news/chto-delat-esli-ukusil-kleshch>.
3. Емельянова, А. Н. Клинико-эпидемиологические особенности иксодового клещевого боррелиоза в Забайкальском крае / А. Н. Емельянова, Л. Б. Кижло // Сибирский медицинский журнал. — 2012. — № 5. — С. 103.
4. Безбородов, Н. Г. Клинические особенности локализованной стадии клещевого боррелиоза (болезни Лайма) / Н. Г. Безбородов, Н. А. Половинкина, С. П. Попова // Земский врач. — 2013. — № 3 (20). — С. 33.
5. Янковская, Я. Д. Современное состояние проблемы иксодовых клещевых боррелиозов / Я. Д. Янковская, Т. Я. Чернобровкина, М. И. Кошкин // Архив внутренней медицины. — 2015. — № 6(26). — С. 24–25.

УДК 616.346+616.366]-089.81-089.87]-06-022

ЧАСТОТА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОТКРЫТЫХ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ АППЕНДЕКТОМИИ И ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Ванькович П. Э., Ванькович Е. А.

Научные руководители: д.м.н., профессор **Н. Н. Иоскевич**, ассистент **С. Г. Семенова**

Учреждение образования
«Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь

Введение

Преимуществами эндовидеохирургических операций (ЭВХ-операций) являются возможность диагностики характера заболевания, значительное уменьшение травматичности, не