

Т. Б. Новикова, О. Н. Довнар-Запольская
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск
Кафедра детских инфекционных болезней

ИКСОДОВЫЙ КЛЕЩЕВОЙ БОРРЕЛИОЗ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ДИАГНОСТИКИ У ДЕТЕЙ

Иксодовый клещевой боррелиоз (ИКБ) приобретает все большую актуальность ввиду роста заболеваемости, трудностей ранней клинической и лабораторной верификации диагноза, итогом чего является поздно начатая терапия, приводящая к длительному течению или даже к инвалидности пациента в будущем.

Цель исследования: охарактеризовать клинические проявления и динамику антиборрелиозных антител (АТ) у детей с ИКБ.

Материалы и методы: в исследование были включены 74 ребенка с ИКБ, в возрасте от 1 до 18 лет, из них 34 мальчика (46 %) и 40 девочек (54 %). У пациентов оценивались клинические и лабораторные (определение антиборрелиозных антител в сыворотке крови в реакции непрямой иммунофлуоресценции (РНИФ) и методом иммуноферментного анализа (ИФА)) показатели.

Результаты: укус клеща был установлен у 47 (63,5 %) пациентов, причем была выявлена сезонность укусов клещей: с наибольшей частотой в июне–июле. Инкубационный период заболевания составил от 10 дней (31,9 % пациентов), до 29 и более дней (25,5 % пациентов), в среднем $16 \pm 3,7$ дней. У 61 (82,4 %) пациента клещевой боррелиоз был диагностирован в ранней локализованной стадии (I стадия) в эритемной форме у 52 (85,2 %) пациентов. Диагностика ИКБ в I стадии преимущественно основывалась на данных клиники (кольцевидная эритема). Серодиагностика проводилась 44 (72,1 %) пациентам в I стадии. Ди-

агностический титр антиборрелиозных АТ в РНИФ (1:64) был выявлен только у 3 (7 %) пациентов, а IgM к боррелиям методом ИФА был выявлен у 18 (41 %) пациентов. Инкубационный период у этих пациентов с диагностическими титрами АТ составил 28 и более дней. Сомнительный титр АТ (1:32) был выявлен у 9 (14,8 %) пациентов с инкубационным периодом у них менее 21 дня. У 10 (13,5 %) пациентов ИКБ был диагностирован в стадии ранней диссеминации (II стадия) на основании клиники и серодиагностики: 6 пациентов имели диагностический титр АТ (1:128–1:256) в сыворотке крови, ИФА был выполнен только 4 пациентам, при этом IgG в диагностическом титре был выявлен у 2 пациентов, с момента укуса клеща у этих детей прошло 3–12 месяцев.

У 3 пациентов (4,1 %) ИКБ был выставлен в стадии поздней диссеминации (III стадия) также на основании клиники и серодиагностики: у 1 пациента был обнаружен IgG к клещевому боррелиозу в диагностическом титре, у 2 пациентов титры антиборрелиозных антител в РНИФ были 1:256.

Выводы: укус клеща был установлен только у 63,5 % пациентов, следовательно, не все пациенты получали профилактическую антибиотикотерапию, что могло привести к прогрессированию заболевания и выявлению его в поздней стадии, требующей длительной терапии. I стадия ИКБ проявляется чаще всего (85,2 % пациентов) в виде специфической кольцевидной эритемы, что упрощает клиническую диагностику ИКБ.

Положительная ценность серодиагностики при ИКБ значительно зависит от стадии заболевания: диагностические титры антиборрелиозных АТ в I стадии заболевания обнаруживаются лишь у половины пациентов через 28 и более дней от укуса клеща, что может затруднять диагностику ИКБ на ранних стадиях заболевания и ухудшать прогноз течения болезни. Наиболее чувствительным методом серодиагностики ИКБ, особенно в I стадии, является метод ИФА.