

з клімактеричною кератодермією вегетативних симптомів, що потребує комплексного підходу при призначенні їм терапії.

**КЛІНІКО-НЕВРОЛОГІЧНІ ПРОЯВИ ТА ДИФЕРЕНЦІЙНА
ДІАГНОСТИКА ЛАЙМ-БОРЕЛІОЗУ**
CLINICAL-NEUROLOGICAL EVENTS AND DIFFERENTIAL DIAGNOSIS
OF LYMM BORELIOSIS

Сич Т.Ю. (Sych T. Yu.)

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика
Кафедра неврології № 1

Кліщовий бореліоз (хвороба Лайма - ХЛ) - інфекційне трансмісивне природно-осередкове захворювання з переважним ураженням шкіри, суглобів, нервової та серцево-судинної систем, що відрізняється схильністю до хронічного і рецидивуючого перебігу. Викликається спірохетами і передається іксодовими кліщами. Патогномонічна для ХЛ ознака - поява на шкірі, в місці присмоктування кліща, своєрідної гіперемії - мігруючої еритеми.

Поділ на стадії є, в достатній мірі, умовним, оскільки не завжди можна виявити чітку послідовність симптомів. Часто присутня тільки перша стадія, іноді захворювання маніфестує одним з пізніх симптомів, наприклад хронічним атрофічним дерматитом, радикулярним синдромом або когнітивними порушеннями.

Ураження нервової системи при ЛБ виникає як на центральному, так і на периферичному рівні. Розвиток нейробореліозу в більшості випадків викликаний *B. Garini* або *B. afzelii*. Для ранньої стадії характерний розвиток лімфоцитарного менінгіту, радикулопатії, невротії черепних нервів із значним переважанням лицевого. Одним з найтипівіших проявів європейського нейробореліозу є синдром Баннварта, який характеризується поєднанням ураження мозкових оболонок і периферичної нервової системи (менінгорадикулоневропатія). Хронічний нейробореліоз характеризується розвитком енцефаломієліту, енцефалопатії, церебрального васкуліту з можливим розвитком в інсульт, хронічною радикулополіневропатією. Пізня стадія нейробореліозу може дебютувати когнітивними порушеннями,

вестибулопатією, що найчастіше сприймається як хронічна ішемія мозку, особливо в старших вікових групах.

Найбільш частим проявом враження серцево-судинної системи при ХЛ є міокардит, рідше міоперикардит. Найбільш яскравими і характерними проявами лайм-кардиту є порушення ритму і провідності на різних рівнях провідної системи (синаотріальна, передсердні, атріовентрикулярні, ніжки пучка Гіса, волокна Пуркінє) з розвитком блокад. Відмічається транзиторний, флюктууючий характер атріовентрикулярних блокад, коли їх ступінь неодноразово змінюється від I до III і назад протягом доби часто носячи безсимптомний характер. При субклінічно або безсимптомно перенесеному міокардиті ХЛ може дебютувати через декілька місяців або навіть років дилатаційною кардіоміопатією і швидко прогресуючою серцевою недостатністю без інших видимих причин. У цьому полягає складність діагностики хронічних форм лайм-бореліозу, так як через термін давності втрачається анамнестичний зв'язок захворювання з укусом кліща і чітка стадійність. До теперішнього часу залишається нез'ясованим, пов'язане ураження серцевого м'яза з проникненням і пошкодженням міокарда бореліями або в більшій мірі з запуском імунopatологічних реакцій.

Зміни з боку опорно-рухового апарату відзначаються як в гострому, так і в хро-нічному періодах ХЛ. Терміни виникнення лайм-артриту після появи мігруючої еритеми варіюють від 4 днів до 2 років. Лайм-артрит протікає по типу інфекційно-алергічного. Незважаючи на ефективність антибіотикотерапії в більшості випадків, у деяких хворих відмічається резистентність до лікування антибіотиками і наявність клініки артрити навіть після повторних курсів антибіотиків, що може говорити про аутоімунний характер запалення при лайм-артриті. Характерний розвиток артралгій, моно- і олігоартритів з залученням великих суглобів, частіше колінних, рідше виникають поліартрити. Менш типово враження дрібних суглобів кистей і стоп. У крові у пацієнтів з лайм-артриом відмічається помірне підвищення ШОЕ, в середньому не вище 20-30 мм / год, концентрація ЦРБ або нормальна, або помірно підвищена, іноді лейкоцитоз зростає до 10×10^9 . Ревматоїдний фактор і антиядерні антитіла зазвичай негативні, але можуть бути і позитивними в низьких титрах. У пацієнтів з лайм-артритом в сировотці майже завжди виявляються антитіла IgG до *B. burgdorferi*, негативна серологія IgG практично виключає діагноз лайм-артриту.

При ураженні очей найбільш часто (у 10 - 15%) зустрічається кон'юнктивіт, рідше періорбітальний набряк, увеїт, кератит, епісклерит, ірит, хоріоретиніт, панофтальміт.

Таким чином, знання основних клінічних проявів лайм-бореліозу у всьому його різноманітті і полісиндромності дозволяє у багатьох випадках

уникнути діагностичних помилок. Найбільш важливим для встановлення діагнозу ХЛ є наявність основних характерних симптомів хвороби в поєднанні з підтвердженням діагнозу серологічними методиками. Виявленням антитіл до *V. burgdorferi* в діагностичних титрах в сироватці крові, спинномозковій, синовіальній рідині та при отриманні сумнівних результатів - використання імуноблоту.

**СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗМІНИ МІОКАРДА У ХВОРИХ
НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ ТА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ**
*STRUCTURAL AND FUNCTIONAL CHANGES IN THE MYOCARDIUM IN
PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS AND ARTERIAL HYPERTENSION*

Стахова А. П.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини № 2