

Профілактика, діагностика та лікування осіб із хворобою Лайма

Хвороба Лайма, або кліщовий бореліоз – це природно-осередкове захворювання, що передається кліщами. Воно характеризується ураженням шкіри, суглобів, нервової, серцево-судинної систем та часто має хронічний, рецидивний перебіг. У 2020 р. Американське товариство з інфекційних хвороб (IDSA), Американська академія неврології (AAN) та Американська колегія ревматологів (ACR) спільно розробили клінічні практичні рекомендації з профілактики, діагностики та лікування хвороби Лайма. Пропонуємо до вашої уваги короткий виклад основних положень даного документа.

■ **Які заходи безпеки слід застосовувати для запобігання укусам кліщів та розвитку кліщових інфекцій?**

Насамперед особи, які мають ризик інфікування, повинні вживати заходів індивідуального захисту для зменшення імовірності укусу кліщів, зараження кліщовою інфекцією та поширення кліщових патогенів (рекомендація на основі належної практики). Для запобігання укусам кліщів рекомендовано застосовувати репеленти, як-от N,N-діетил-мета-толуамід, пікаридин, етил-3-(М-бутилацетамідо)-пропіонат, олія лимонного евкаліпта, п-ментан-3,8-діол, 2-ундеканон або перметрин (*сильна рекомендація, докази помірної якості*).

Видаляти кліщів рекомендовано негайно механічним способом шляхом використання чистого пінцета з гострими кінцями (або подібного пристрою), захопивши тіло кліща якомога ближче до шкіри (*рекомендація на основі належної практики*). Не потрібно припалювати кліща (сірником / іншим нагрівальним засобом) або застосовувати отруйні речовини чи нафтопродукти, щоб він від'єднався від шкіри (*рекомендація на основі належної практики*).

■ **Які діагностичні процедури необхідно використовувати після укусу кліща?**

Видаленого кліща рекомендовано подати до лабораторії для визначення роду (*рекомендація на основі належної практики*). Проте не рекомендовано тестувати кліща роду іксодових (*Ixodes spp.*) щодо інфекції, викликаній бактеріями *Borrelia burgdorferi*, адже, незалежно від наявності або відсутності *B. burgdorferi* у кліща цього роду, вилученого в людини, немає можливості достовірно передбачити ймовірність клінічної інфекції (*сильна рекомендація, докази помірної якості*). Стосовно діагностичного обстеження безсимптомних пацієнтів після укусу кліща роду іксодових, таких осіб не рекомендовано тестувати на предмет можливого впливу *B. burgdorferi* (*сильна рекомендація, докази помірної якості*).

■ **Кому слід проводити профілактику антибіотиками для запобігання розвитку хвороби Лайма після укусу кліща?**

Профілактичну антибіотикотерапію рекомендовано призначати дорослим та дітям лише протягом 72 годин після видалення кліща з укусом високого, але не сумнівного або низького ризику (*сильна рекомендація, докази помірної якості*). Якщо укус кліща неможливо віднести зі значущою достовірністю до групи високого ризику, доцільно почекати певний час.

Укус кліща вважається небезпечним лише у тому разі, якщо відповідає таким критеріям:

- ідентифіковано кліща-переносника *Ixodes spp.*;
- укусу стався у високоендемічній зоні;
- кліщ лишався на шкірі протягом більш ніж 36 годин.

■ **Який найліпший режим приймання антибіотиків для хіміопрофілактики хвороби Лайма після укусу кліща з високим ризиком?**

Після укусу кліща роду *Ixodes spp.* у всіх вікових групах рекомендоване застосування одноразової дози доксицикліну протягом 72 годин після видалення кліща під наглядом (*сильна рекомендація, докази помірної якості*). Доксициклін призначають у вигляді одноразової пероральної дози: 200 мг для дорослих та 4,4 мг/кг (до максимальної – 200 мг) для дітей.

■ **Якою є оптимальна стратегія діагностичного контролю за мігрувальною еритемою?**

В осіб після потенційного контакту із кліщами в ендемічній зоні щодо хвороби Лайма, які мають одне або декілька уражень шкіри з виникненням мігрувальної еритеми, рекомендовано провести клінічну діагностику, а не лабораторне дослідження (*сильна рекомендація, докази помірної якості*). У пацієнтів з одним або кількома ураженнями шкіри, що вказують на наявність мігрувальної еритеми, але є для неї нетиповими, слід виконати тестування на антитіла на зразках сироватки крові, взятих у гострій фазі (з подальшим її аналізом у фазі видужання, якщо початковий результат негативний).

Цей метод має переваги на відміну від доступних на даний час прямих способів виявлення, як-то полімеразна ланцюгова реакція (ПЛР) або посів зразків крові чи шкіри. Якщо потрібно, зразок сироватки фази видужання слід брати принаймні через 2-3 тижні після забору зразка гострої фази (*слабка рекомендація, докази низької якості*).

■ **Які оптимальні схеми антибіотикотерапії для осіб із мігрувальною еритемою?**

У пацієнтів із мігрувальною еритемою рекомендовано застосовувати пероральну антибіотикотерапію доксицикліном, амоксициліном або цефуроксимом аксетилом. Для осіб, які не можуть приймати одночасно доксициклін та β-лактамі антибіотики, переваги має препарат другої лінії азитроміцин (*сильна рекомендація, докази помірної якості*).

■ **Як довго слід лікувати пацієнта з мігрувальною еритемою?**

Хворих на мігрувальну еритему рекомендовано лікувати 10-денним курсом доксицикліну або 14-денним – амоксициліну чи цефуроксиму аксетилу, але не тривалішими терапевтичними курсами (*сильна рекомендація, докази помірної якості*). Якщо пацієнт приймає азитроміцин, період лікування становить від 5 до 10 днів; у США курс терапії триває сім днів, оскільки цей термін вивчався у найбільшому клінічному дослідженні В. J. Luft et al. (1996), проведеному в цій країні.

■ **Чи слід лікувати антибіотиками пацієнтів із висипом, викликаним укусом південного кліща (STARI)?**

У пацієнтів, у яких після укусу кліща-одинака роду іксодових, виду *Amblyomma americanum* розвивається ураження шкіри STARI, що схоже на мігрувальну еритему, неможливо дати рекомендації за чи проти застосування антибіотиків.

У певних географічних регіонах як STARI, так і хвороба Лайма є ендемічними (Feder et al., 2011). Тож якщо не буде ідентифіковано кліща, що став причиною STARI, відрізнити поодинокую мігрувальну еритему, викликану кліщовим бореліозом, від STARI буває клінічно неможливо (Wormser et al., 2005). У випадках, коли STARI неможливо відрізнити від асоційованої з хворобою Лайма мігрувальної еритеми в ендемічних для обох станів регіонах, показано антибіотикотерапію, спрямовану на бореліоз. *(Рекомендацій немає через брак доказів)*

■ Яка стратегія діагностичного тестування має переваги при невробореліозі Лайма?

При оцінюванні пацієнтів із приводу можливого невробореліозу Лайма з ураженням периферичної або центральної нервових систем рекомендовано провести аналіз на антитіла у сироватці крові, а не ПЛР чи посів зразків ліквору (спинномозкової рідини [СМР]) / сироватки *(сильна рекомендація, докази помірної якості)*. Якщо дослідження СМР виконують в осіб із підозрою на невробореліоз Лайма з пошкодженням центральної нервової системи *(сильна рекомендація, докази помірної якості)*:

- рекомендовано одночасно отримати зразки ліквору та сироватки крові для визначення в них специфічних антитіл;
- не рекомендоване серологічне дослідження ліквору без вимірювання специфічних антитіл у СМР/сироватці;
- не рекомендовано використовувати метод рутинної ПЛР або брати посів зразків СМР/сироватки.

■ За наявності яких неврологічних проявів слід обстежувати пацієнтів із хворобою Лайма?

У пацієнтів з одним або декількома такими гострими розладами, як менінгіт, болісний радикулоневрит, множинна мононевропатія, гострі невропатії черепних нервів (зокрема VII, VIII, рідше III, V, VI тощо) або у хворих із підтвердженим запаленням спинного мозку (або рідше – головного), який особливо асоційований із болючим радикулітом, що уражає суміжні сегменти спинного мозку, та епідеміологічно можливим контактом із кліщами, інфікованими *B. burgdorferi*, рекомендовано провести обстеження із приводу хвороби Лайма *(сильна рекомендація, докази помірної якості)*. У пацієнтів із типовим бічним аміотрофічним, рецидивно-ремісивним розсіяним склерозом, хворобою Паркінсона, деменцією, когнітивною дисфункцією або вперше виниклими судомними нападами не рекомендовано проводити рутинне обстеження щодо хвороби Лайма *(сильна рекомендація, докази низької якості)*.

В осіб із неврологічними синдромами, що є відмітними від зазначених вище, у разі відсутності в анамнезі інших клінічних чи епідеміологічних даних на підтвердження діагнозу кліщового бореліозу, не слід проводити скринінг на хворобу Лайма *(сильна рекомендація, докази низької якості)*. У хворих із неспецифічними аномаліями білої речовини при проведенні магнітно-резонансної томографії мозку за відсутності в анамнезі інших клінічних чи епідеміологічних доказів, що підтверджували б діагноз хвороби Лайма, недоцільно виконувати обстеження із приводу кліщового бореліозу *(слабка рекомендація, докази низької якості)*.

■ Чи слід обстежувати дорослих пацієнтів із психічними захворюваннями щодо наявності хвороби Лайма?

В осіб із психічними розладами не рекомендовано проводити рутинний скринінг із приводу кліщового бореліозу *(сильна рекомендація, докази низької якості)*.

■ **Чи потрібно обстежувати дітей із порушеннями розвитку, поведінки чи психічними розладами щодо наявності хвороби Лайма?**

У дітей із порушеннями розвитку, поведінки чи психічними розладами недоцільно проводити рутинний скринінг із приводу кліщового бореліозу (*слабка рекомендація, докази низької якості*).

■ **Які оптимальні схеми антибіотикотерапії за розвитку гострих неврологічних проявів хвороби Лайма без ураження паренхіми головного та спинного мозку?**

В осіб з менінгітом, асоційованим із хворобою Лайма, невропатією черепних нервів, радикуло-невропатією або іншими проявами ураження периферичної нервової системи, слід застосовувати внутрішньовенно (в/в) цефтріаксон, цефотаксим, пеніцилін G або пероральний доксициклін.

Рішення щодо вибору антибіотика, зокрема способу використання, варто приймати здебільшого на основі індивідуальних факторів, таких як профіль побічних ефектів, легкість приймання, переносимість пероральних ліків, занепокоєння щодо дотримання режиму терапії, не пов'язаного з ефективністю. Під час терапевтичного процесу спосіб лікування може бути змінений із в/в на пероральний. Бажана тривалість приймання антибіотика становить від 14 до 21 днів (*сильна рекомендація, докази помірної якості*).

■ **Чи слід лікувати пацієнтів з ураженням паренхіми головного або спинного мозку, пов'язаним із хворобою Лайма, за допомогою пероральних або в/в антибіотиків?**

У даній когорті хворих рекомендовано застосовувати антибіотики в/в, а не перорально (*сильна рекомендація, докази помірної якості*).

■ **Чи потрібно хворим на кліщовий бореліоз із паралічем лицьового нерва призначати кортикостероїди на додаток до антимікробної терапії?**

У пацієнтів із паралічем лицьового нерва, що пов'язаний із хворобою Лайма, кортикостероїди разом з антибіотиками не рекомендовані. В осіб віком від 16 років, які страждають на гострий параліч лицьового нерва, але без інших об'єктивних клінічних чи серологічних даних на підтвердження хвороби Лайма, лікування кортикостероїдами слід проводити протягом 72 годин відповідно до сучасних рекомендацій щодо терапії паралічу лицьового нерва. (*Рекомендацій немає через брак доказів*)

■ **Чи необхідно у всіх пацієнтів із кліщовим бореліозом на ранній стадії проводити електрокардіограму (ЕКГ) для скринінгу на Лайм-кардит?**

ЕКГ рекомендовано виконувати лише у хворих з ознаками або симптомами, що відповідають Лайм-кардиту. Симптоми та ознаки ураження серця при хворобі Лайма включають задишку, набряки, надмірне серцебиття, запаморочення, біль за грудиною та синкопе (*слабка рекомендація, докази низької якості*).

■ **Які групи хворих на Лайм-кардит потребують госпіталізації?**

Пацієнтів із тяжкими серцевими ускладненнями хвороби Лайма, зокрема значним подовженням інтервалу PR (>300 мс), іншими аритміями або клінічними проявами міоперикардиту рекомендовано госпіталізувати з постійним контролем ЕКГ.

Клінічні прояви Лайм-кардиту включають зниження толерантності до фізичних навантажень, підвищене серцебиття, переднепритомний стан, синкопе, перикардитний біль, ознаки випоту в перикарді, підвищений рівень біомаркерів (як-от тропоніну), набряки та задишку (*сильна рекомендація, докази дуже низької якості*).

■ **Який метод кардіостимуляції слід використовувати, якщо це необхідно при лікуванні Лайм-кардиту?**

У пацієнтів із симптоматичною брадикардією внаслідок Лайм-кардиту, що не піддається медикаментозній терапії, рекомендовано застосувати тимчасову кардіостимуляцію замість імплантації постійного кардіостимулятора (*сильна рекомендація, докази помірної якості*).

■ **Які схеми приймання антибіотиків мають переваги для лікування Лайм-кардиту?**

В амбулаторних хворих на Лайм-кардит доцільно використовувати пероральні антибіотики замість в/в (*слабка рекомендація, докази дуже низької якості*). У госпіталізованих пацієнтів із Лайм-кардитом на початку лікування застосування цефтріаксону в/в має переваги над пероральною формою, поки не з'являться ознаки клінічного поліпшення, а потім слід перейти на пероральний антибіотик для завершення терапії (*слабка рекомендація, докази дуже низької якості*). Особам із Лайм-кардитом призначають загальну антибіотикотерапію строком на 14-21 день протягом тривалішого терапевтичного періоду (*слабка рекомендація, докази дуже низької якості*). Для пероральної антибіотикотерапії у даній популяції хворих препаратами вибору є доксициклін, амоксицилін, цефуроксиму аксетил та азитроміцин.

■ **Чи слід проводити скринінг на хворобу Лайма у пацієнтів, що обстежуються із приводу гострого міокардиту/перикардиту чи хронічної кардіоміопатії невідомої етіології?**

В осіб із гострим міокардитом/перикардитом невідомої причини у відповідних епідеміологічних умовах слід провести тестування на хворобу Лайма (*сильна рекомендація, докази низької якості*). Пацієнтам із хронічною кардіоміопатією невідомої етіології не рекомендовано проводити рутинний скринінг на кліщовий бореліоз (*слабка рекомендація, докази низької якості*).

■ **Яка оптимальна стратегія діагностичного тестування із приводу Лайм-артриту?**

При оцінці пацієнтів щодо потенційного Лайм-артриту необхідно провести аналіз на виявлення у сироватці крові антитіл за допомогою ПЛР або посіву зразків крові чи синовіальної рідини / тканини (*сильна рекомендація, докази помірної якості*). У серопозитивних хворих, в яких є підозра стосовно наявності Лайм-артриту, але для прийняття рішення щодо лікування потрібна більш чітка інформація, рекомендовано застосувати ПЛР із залученням синовіальної рідини / тканини, а не культивування цих зразків для виявлення *Borrelia* (*сильна рекомендація, докази помірної якості*).

■ **Який найліпший режим приймання антибіотиків для початкового лікування Лайм-артриту?**

Для пацієнтів із Лайм-артритом рекомендовано використовувати пероральну антибіотикотерапію протягом 28 днів (*сильна рекомендація, докази помірної якості*).

■ **Які терапевтичні підходи слід застосовувати в пацієнтів, у котрих не вдалося повністю вилікувати Лайм-артрит?**

У хворих на Лайм-артрит із частковою відповіддю (помірний залишковий набряк суглобів) після першого курсу пероральної антибіотикотерапії не рекомендовано проводити другий курс даного лікування, а ліпше продовжувати нагляд за пацієнтами. Слід розглянути можливість виключення інших причин набряку суглобів, окрім Лайм-артриту, дотримання режиму терапії, тривалість артрити до початкового лікування, ступінь проліферативних змін синовіальної оболонки. Другий курс перорального приймання антибіотиків строком до одного місяця може бути розумною альтернативою для пацієнтів, у яких проліферативні зміни синовіальної оболонки є помірними порівняно з набряком суглобів, а також для тих, хто вважає за краще повторити курс лікування, перш ніж розглядати застосування в/в препаратів. *(Рекомендацій немає через брак доказів)*

У пацієнтів із Лайм-артритом за відсутності або дуже низької відповіді (набряк суглоба від помірного до виразного з мінімальним зменшенням випоту в суглоб) після початкового курсу пероральної антибіотикотерапії переваги має 2-4-тижневий курс цефтріаксону в/в над другим курсом приймання пероральних антибіотиків *(слабка рекомендація, докази низької якості)*.

■ **Яким чином слід лікувати Лайм-артрит після проведення антибіотикотерапії?**

Пацієнтам, які не пройшли один курс перорального приймання антибіотиків та один курс антибіотиків в/в, слід звернутися до ревматолога або іншого кваліфікованого фахівця для розгляду питання про використання протиревматичних хворобомодифікувальних засобів, біологічних препаратів, внутрішньосуглобових стероїдів або артроскопічної синовектомії. Передбачається, що антибіотикотерапія тривалістю довше ніж вісім тижнів не матиме додаткової користі у хворих на персистувальний артрит, якщо лікування включало один курс антибіотиків в/в *(слабка рекомендація, докази дуже низької якості)*.

■ **Чи потрібно пацієнтам із хворобою Лайма, що мають стійкі симптоми після стандартного лікування, призначати додаткові антибіотики?**

Пацієнтам із хворобою Лайма, що мають стійкі або повторювані неспецифічні симптоми, такі як слабкість, біль чи когнітивні порушення, отримали рекомендовану терапію, але в них відсутні об'єктивні докази повторного інфікування або невдалого лікування, не рекомендовано застосовувати додаткову антибіотикотерапію. Докази стійкої інфекції або невдалого лікування включають об'єктивні ознаки активності захворювання, як-от артрит, менінгіт або невропатія *(сильна рекомендація, докази помірної якості)*.

■ **Який оптимальний режим антибіотикотерапії у пацієнтів із бореліальною лімфоцитомою?**

В осіб із бореліальною лімфоцитомою рекомендовано використовувати пероральну антибіотикотерапію протягом 14 днів *(слабка рекомендація, докази низької якості)*.

■ **Якою є найліпша схема антибіотикотерапії для лікування хронічного атрофічного акродерматиту?**

У даній когорті хворих доцільно застосовувати пероральну антибіотикотерапію 21-28 днів на відміну від коротшого періоду лікування *(слабка рекомендація, докази низької якості)*.

■ **За яких обставин слід обстежити пацієнта із хворобою Лайма із приводу наявності супутнього анаплазмозу чи бабезіозу?**

В осіб із хворобою Лайма, які мають високу температуру або характерні відхилення лабораторних показників від норми, клініцисти повинні оцінити наявність потенційної супутньої інфекції, викликаной *Anaplasma phagocytophilum* та/або *Babesia microti*, у географічних регіонах, де ці інфекції є ендемічними. Коморбідну інфекцію можна запідозрити у пацієнтів, які мають стійке значне підвищення температури більш ніж один день, перебуваючи на лікуванні антибіотиками із приводу хвороби Лайма. Якщо температура не знижується незважаючи на застосування доксицикліну, важливо врахувати інфекцію *B. microti*.

Характерні відхилення лабораторних показників від норми, що виявляють як при анаплазмозі, так і бабезіозі, включають тромбоцитопенію, лейкопенію, нейтропенію та/або анемію. Ознаки гемолізу, серед яких підвищений рівень непрямого білірубіну, лактатдегідрогенази та анемія, особливо свідчать про наявність бабезіозу. (Рекомендація на основі належної практики)

Підготувала **Олена Коробка**

Оригінальний текст документа читайте на сайті
www.aan.com