

А.О. Голубовська

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

Особливості шкірних уражень при хворобі Лайма у госпіталізованих хворих

Мета роботи — визначити специфіку та особливості шкірних проявів у пацієнтів із ранньою стадією хвороби Лайма, госпіталізованих до інфекційного відділення, та виявити зв'язок відповідних шкірних уражень із загальноінфекційною симптоматикою.

Матеріали та методи. Проаналізовано історії хвороб 52 пацієнтів із ранньою стадією хвороби Лайма, госпіталізованих до інфекційного відділення Київської міської клінічної лікарні № 4 у період із січня 2025 р. по травень 2026 р. включно. У всіх обстежених вивчено особливості ураження шкіри. Проаналізовано результати клінічного огляду шкірних змін, виявлено їхній зв'язок із загальноінтоксикаційним синдромом та терміном виникнення після можливого укусу кліща, а також визначено вікові особливості обстежених. Статистичне опрацювання даних виконано з використанням методів описової статистики та параметричних критеріїв порівняння.

Результати та обговорення. Встановлено, що у всіх 52 госпіталізованих хвороба Лайма дебютувала з підвищення температури тіла. У 76,9 % обстежених це збіглось у часі з появою типової мігруючої еритеми (МЕ). Типові форми МЕ спостерігали у 86,5 % пацієнтів, атипові (однорідне забарвлення, еритема малого діаметра, везикульозні елементи) — у 13,5 %. У 5,8 % хворих еритема виникла протягом 48 год після укусу кліща, що потребує перегляду діагностичних критеріїв. Після початку антибіотикотерапії температура тіла в обстежених нормалізувалась швидше, ніж регресування шкірних проявів.

Висновки. Рання стадія хвороби Лайма у всіх 52 госпіталізованих характеризувалась підвищенням температури тіла та наявністю типових (86,5 %) або атипових (13,5 %) форм шкірної МЕ. У 5,8 % хворих вона виникла протягом 48 год після укусу кліща, що підкреслює необхідність перегляду діагностичних критеріїв та підвищення настороженості щодо атипових проявів захворювання.

Ключові слова

Хвороба Лайма, шкірна мігруюча еритема, рання стадія.

Хвороба Лайма є відносно «молодим» захворюванням і як самостійна нозологічна форма відома протягом приблизно 30 років, хоча найбільш характерні для її діагностики шкірні форми, а також ураження нервової системи були виявлені в Європі ще в кінці XIX — на початку XX ст. Найчастіше описували хронічний атрофічний акродерматит, який 1883 р. А. Buchwald назвав «ідіопатичною атрофією шкіри» [3, 7, 8]. У 1902 р. R. Herxheimer дав синдрому його нинішню назву. І тільки 1910 р. шведський лікар А. Afzelius вперше описав шкірні зміни у вигляді типової мігруючої еритеми (МЕ) [5]. Ще через три роки В. Lipschutz навів випадок хвороби з еритемою в місці укусу кліща і визначив її як хронічну МЕ через тривалий перебіг захворювання, коли ще не було доступу до антибіотикотерапії. У 1930 р. було описано менінгоенцефаліт, якому передувала хронічна МЕ, і висловлено

припущення про наявність зв'язку між цими захворюваннями. Подібну думку висловив 1944 р. А. Bannwarth, описавши неврологічний синдром, що включав радикулярний біль, хронічний лімфоцитарний цереброспінальний менінгіт, а також неврит черепно-мозкових або периферичних нервів із попередньою хронічною МЕ. З огляду на перебіг хвороби, а також її епідемічний характер було висловлено припущення про інфекційну етіологію захворювання. Тільки 1982 р. американський мікробіолог W. Burgdorfer відкрив його збудника — спірохету, яка через два роки отримала офіційну назву *Borrelia burgdorferi* [2, 3, 11, 12].

Хвороба Лайма є класичним природно-вогнищевим захворюванням, що поширене на території Північної Америки, Європи, Азії, Північної Африки й Австралії. В різних країнах щорічна захворюваність становить від 10 до 500 і більше

Таблиця 1. Розподіл за віком хворих зі шкірними проявами ранньої стадії хвороби Лайма

Вік хворих, років	Абс.	%
18–29	9	17,3
30–60	31	59,6
> 60	12	23,1
Разом	52	100

випадків на 100 000 населення; ця цифра значною мірою залежить від якості реєстрації [6, 7, 9].

Джерелом інфекції є понад 200 видів тварин та понад 100 видів птахів; менше значення мають домашні тварини (крупна і дрібна рогата худоба, собаки). Резервуар і переносник інфекції – іксодові кліщі, зараженість якими в природних вогнищах варіює від 10 до 80 % [2, 9, 10].

Про перші випадки захворювання людей на хворобу Лайма в Україні стало відомо тільки 1994 р., а офіційно захворювання почали реєструвати лише з 2000 р. У міру поліпшення діагностики кількість випадків хвороби безперервно збільшується [1, 2].

Хворобу Лайма частіше діагностують клінічно на підставі епідеміологічних даних (перебування у лісопаркових зонах, тваринницьких господарствах тощо) та за появи характерної кільцеподібної еритеми на шкірі, яку вважають патогномонічним синдромом захворювання. Але слід враховувати, що близько 20 % хворих не знають про укуси кліща, оскільки збудник передається німфами та личинками кліщів, а характерна еритема не завжди має класичний вигляд, що утруднює встановлення клінічного діагнозу [2, 8]. Особливе значення мають саме своєчасна діагностика та лікування для запобігання виникненню тяжких ускладнень та наслідків хвороби.

Мета роботи – визначити специфіку та особливості шкірних проявів у пацієнтів із ранньою стадією хвороби Лайма, госпіталізованих до інфекційного відділення, та виявити зв'язок від-

повідних шкірних уражень із загальноінфекційною симптоматикою.

Матеріали та методи

Проаналізовано характер шкірних змін та особливості клінічного перебігу ранньої стадії хвороби Лайма у госпіталізованих до інфекційного відділення МКЛ № 4 м. Києва. Застосовано загально-клінічні методи, методи дескриптивної статистики, одновибіркового аналізу та параметричні критерії порівняння.

Результати та обговорення

Проаналізовано клінічний перебіг та особливості шкірних уражень у 52 пацієнтів із ранньою стадією хвороби Лайма за період із 2025 р. та перше півріччя 2026 р. Серед обстежених було 24 (46,1 %) чоловіків та 28 (53,9 %) жінок. Вік хворих становив від 21 до 65 років (табл. 1).

Кількість жінок достовірно переважала над кількістю чоловіків у віковій групі 18–29 та 30–60 років – (55,4 ± 2,57) % та (40,9 ± 2,57) % відповідно (табл. 2).

У всіх госпіталізованих у дебюті захворювання спостерігали підвищення температури тіла: у 13 (25 %) вона сягала фебрильних цифр, а у 39 (75 %) була субфебрильною.

Шкірні прояви ранньої стадії хвороби Лайма характеризувались наявністю шкірної МЕ, яка може бути як типовою, так і атиповою. Зміни на шкірі у 41 (78,9 %) хворих виникли протягом 3–10 днів з моменту присмокування кліща до шкіри, ще 8 (15,3 %) хворих не відмічали присмокування кліща в анамнезі. Діагноз встановлювали на підставі типових змін на шкірі та даних епідеміологічного анамнезу (відвідування лісопаркових зон для відпочинку та/або праці). У 3 (5,8 %) хворих зміни на шкірі виникли протягом 48 год від моменту присмокування кліща, що є нетиповим і часто розглядається не як МЕ, а як інсектна реакція на укуси кліща згідно зі Стандартом медичної допомоги «Хвороба Лайма» (Наказ МОЗ України від 21 вересня 2024 р. № 1623) [1]. Це потребує уточнення як з огляду

Таблиця 2. Вікові особливості пацієнтів зі шкірними проявами ранньої стадії хвороби Лайма

Хворі	18–29 років		30–60 років		> 60 років	
	n	%	n	%	n	%
Чоловіки	2	22,2 ± 9,2	3	9,7 ± 5,19	7	58,3 ± 4,77
Жінки	7	77,8 ± 17,2*	28	90,3 ± 16,19*	5	41,6 ± 3,77
Разом	9	1,5 ± 0,6*	31	29,5 ± 2,28*	12	23,0 ± 2,49*

Примітка. * Відмінності достовірні між віковими групами 18–29 та 30–60 років (p = 0,05).



Рис. 1. **Хвора А., 41 рік. Класична МЕ, рання стадія хвороби Лайма**

Кільцеподібна форма з центральним просвітленням, рівномірне блідо-рожеве забарвлення низької інтенсивності (7-й день захворювання).



Рис. 2. **Хворий В., 32 роки. Атипова форма МЕ, рання стадія хвороби Лайма**

Однорідне забарвлення низької інтенсивності (2-й день захворювання). Стрілкою позначено місце укусу кліща.



Рис. 3. **Хвора А., 19 років. Атипова форма МЕ, рання стадія хвороби Лайма**

У центрі розташовані герпетичні елементи висипу (6-й день захворювання).



Рис. 4. **Хвора Л., 25 років. Еритема малого діаметра (менше 5 см), рання стадія хвороби Лайма (3-й день захворювання)**

на можливість інфікування (ймовірно, зараження відбулося раніше), так і щодо перегляду відповідного нормативного документа, оскільки згідно із сучасними даними мінімальний інкубаційний період хвороби Лайма може становити 48 год [2, 4].

За типової форми МЕ спочатку виникає невелика пляма, яка не супроводжується свербіжем та/або печією, потім протягом кількох днів її розміри збільшуються, їхній діаметр може досягати 15–20 см і більше. Краї плями чіткі, яскраві, трохи підняті над рівнем здорової шкіри. В подальшому у частини хворих центр плями стає більш блідим і вона перетворюється на типову кільцеподібну еритему. Таку типову МЕ спостерігали у 45 (86,5 %) обстежених (рис. 1).

У 7 (13,5 %) пацієнтів виявлено атипові форми МЕ, які у 4 (7,7 %) з них були представлені тотальним однорідним забарвленням (рис. 2), в 1 (1,9 %) — везикульозними елемента-

ми у центрі (рис. 3), у 2 (3,8 %) — еритемою малого діаметра (менше 5 см) (рис. 4).

Поява еритеми у 40 (76,9 %) госпіталізованих збігалась з підвищенням температури тіла; у 10 (19,2 %) хворих зміни на шкірі передували підвищенню температури тіла протягом наступних 48 год, а у 2 (3,8 %), навпаки, підвищена температура тіла передувала появі шкірних змін, що утруднює своєчасну діагностику та, відповідно, призначення лікування. У 4 (7,7 %) обстежених спостерігали МЕ з появою нових вогнищ на різних анатомічних ділянках, не пов'язаних з первинним вогнищем.

Середня тривалість підвищення температури тіла у хворих після призначення етіотропного лікування становила $5,6 \pm 2,2$ днів, а середня тривалість шкірних змін — $7,8 \pm 1,9$ днів, причому в усіх нормалізація температури тіла відбулася раніше, ніж зникали (або значно регресували) шкірні прояви. У 3 (5,7 %) пацієнтів на момент

виписування зі стаціонару були залишкові явища на шкірі у вигляді плями із незначним рожевим відтінком або пігментації. Показники підвищення температури тіла в обстежених корелювали із поширеністю та інтенсивністю шкірних змін.

Висновки

1. У всіх 52 обстежених із ранньою стадією хвороби Лайма була підвищена температура тіла, що стало головною підставою для госпіталізації до інфекційного відділення.
2. У більшості з них (86,5 %) шкірні прояви характеризувалися наявністю типової форми МЕ.
3. Серед атипичних форм МЕ на шкірі у 13,5 % хворих спостерігали еритему у вигляді тоталь-

ного однорідного забарвлення та еритему малого діаметра (менше 5 см), а також з наявністю везикульозних елементів висипки у центрі еритеми.

4. У більшості пацієнтів із хворобою Лайма (76,9 %), госпіталізованих до інфекційного відділення, виникнення ЕМ на шкірі збігалось з підвищенням температури тіла.
5. У 5,8 % хворих запальні зміни на шкірі виникли протягом 48 год від моменту присмоктування кліща до шкіри, що є нетиповим і тому часто це не класифікують як МЕ. Це потребує можливого перегляду чинного в Україні стандарту медичної допомоги «Хвороба Лайма».

Конфлікту інтересів немає.

Список літератури

1. Голубовська ОА, Андрейчин МА, Шкурба АВ та ін. Інфекційні хвороби: підручник. 4-те видання. Київ: Медицина; 2022. 464 с. ISBN: 978-617-505-909-8.
2. Наказ МОЗ України від 21 вересня 2024 року № 1623 Стандарт медичної допомоги «Хвороба Лайма». <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukrayini-vid-21-09-2024-1623-pro-zatverdzhennya-standartu-medichnoyi-dopomogi-hvoroba-lajma>.
3. Свінцицький АС. Лаймська хвороба як актуальна інтегрована проблема сучасної внутрішньої медицини. Внутрішня медицина. 2007;5(5). https://www.mif-ua.com/archive/article_print/3014.
4. Bergamo S, Trevisan G, Ruscio M, Bonin S. Borrelial Diseases Across Eurasia. *Biology (Basel)*. 2025;14(10):1357. doi: 10.3390/biology14101357. PMID: 41154760; PMCID: PMC12561149.
5. Cronhjort S, Wilhelmsson P, Tjernberg I, et al. Investigation of erythema migrans patients identifies *Borrelia* species and *Neoehrlichia mikurensis* with implications for clinical assessment. *Sci Rep*. 2025;15:20293. doi: 10.1038/s41598-025-07291-0.
6. Nielsen MC, Miller NS. Epidemiology and Diagnosis of Lyme Disease in the United States. *Clin Lab Med*. 2025 Mar;45(1):137-144. doi: 10.1016/j.cll.2024.10.008.
7. Salmen NL, Cook DL, Pierson JC. Rethinking erythema migrans after 50 years of Lyme disease in the United States. *JAAD Rev*. 2025;6:88-94. doi: 10.1016/j.jdrv.2025.09.005.
8. Schotthoefer AM, Green CB, Dempsey G, Horn EJ. The Spectrum of Erythema Migrans in Early Lyme Disease: Can We Improve Its Recognition?. *Cureus*. 2022;14(10):e30673. doi: 10.7759/cureus.30673. PMID: 36439577; PMCID: PMC9687974.
9. Stark JH, Pilz A, Jodar L, Moisi JC. The Epidemiology of Lyme Borreliosis in Europe: An Updated Review on a Growing Public Health Issue. *Vector Borne Zoonotic Dis*. 2023;23(4):139-141. doi: 10.1089/vbz.2022.0068. Epub 2023 Jan 27. PMID: 37071398; PMCID: PMC10122224.
10. US Centers for Disease Control and Prevention. Lyme Disease Surveillance and Data. CDC. <https://www.cdc.gov/lyme/data-research/facts-stats/index.html>. 2025 Mar 13; Accessed: September 23, 2025.
11. Weber K, Pfister HW. History of Lyme Borreliosis in Europe. In: Weber K, Burgdorfer W, Schierz G. (eds) *Aspects of Lyme Borreliosis*. Springer, Berlin, Heidelberg, 1993. https://doi.org/10.1007/978-3-642-77614-4_1.

A.O. Holubovska

Bogomolets National Medical University

Features of skin lesions in Lyme disease in hospitalized patients

Objective — to investigate the nature of skin manifestations in hospitalized patients with early-stage Lyme disease, as well as the corresponding specific skin lesions and their connection with general infectious symptomatology.

Materials and methods. A retrospective cohort study was conducted. Medical records of 52 patients with early-stage Lyme disease hospitalized in the infectious disease department of Kyiv City Clinical Hospital No. 4 between January 2025 and June 2026 inclusive were analyzed. The characteristics of skin lesions were examined. The results of clinical examination of skin changes, their association with general intoxication syndrome and the time of onset following the presumed tick bite, as well as age-related features and sex distribution of the study patients, were analyzed. Statistical processing was performed using descriptive statistics and parametric comparison tests.

Results and discussion. It was shown that in all patients the disease debuted with elevated body temperature, which in 76.9 % of cases coincided in time with the appearance of erythema migrans. Typical erythema migrans was observed in 86.5 % of patients; atypical forms – in 13.5 % (homogeneous coloration, small-diameter erythema, vesicular elements). In 5.8 % of patients, erythema appeared within 48 hours of the tick bite, which calls for a revision of diagnostic criteria. Following the initiation of antibiotic therapy, normalization of body temperature occurred more rapidly than regression of skin manifestations.

Conclusions. Early-stage Lyme disease in hospitalized patients is characterized by elevated body temperature and the presence typical or atypical forms of erythema migrans. In 5.8 % of patients, erythema appears within 48 hours of the tick bite, highlighting the need to revise diagnostic criteria and to increase awareness of atypical disease presentations.

Keywords: Lyme disease, erythema migrans, early stage.

Стаття надійшла до редакції / *Received* 16.03.2025.

Стаття рекомендована до опублікування / *Accepted* 10.04.2026.

Стаття опублікована / *Published* 30.05.2026.

Укр журн дерматол, венерол, косметол. 2026;2:27-31. doi: 10.30978/UJDVK2026-2-27.

Ukr J Dermatol, Venerol, Cosmetol. 2026;2:27-31. <http://doi.org/10.30978/UJDVK2026-2-27>.

Дані про автора / Author's informations

Голубовська Анастасія Олександрівна, дерматовенеролог, інфекціоніст,
аспірантка кафедри дерматології та венерології з курсом косметології

<https://orcid.org/0000-0001-6126-7030>

E-mail: holubovskaanastasiia@gmail.com