

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

УДК: 616.9:579.834.114Borrelia-036.23

СЛУЧАЙ СИСТЕМНОГО ПОРАЖЕНИЯ ПРИ ИКСОДОВЫХ КЛЕЩЕВЫХ БОРРЕЛИОЗАХ

А.А. Нафеев^{1,2}, В.А. Занкина¹, И.Б. Виноградова³,
С.М. Каманцева³, О.А. Фролов³

¹ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Ульяновской области»,
г. Ульяновск,

²ГОУ Ульяновский государственный университет, г. Ульяновск,

³ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница», г. Ульяновск

Приводится описание острого случая сосудистого поражения вызванного иксодовым клещевым боррелиозом, выявленного в ходе длительного диагностического обследования. Отмечен неблагоприятный исход заболевания, результатом которого явилась утрата первоначальной трудоспособности больного (учитывая молодой возраст – 20 лет), что привело к увольнению со службы в пожарной части.

Ключевые слова: боррелиоз, узелковый полиартериит, иммунологическая диагностика, неблагоприятный исход

A Case of Lyme borreliosis with systemic manifestation.

Nafeev A.A.^{1,2}, V.A.Zankina¹, I.B.Vinogradova³, S.M.Kamantseva³, O.A.Frolov³

¹Center for Hygiene and Epidemiology in the Ulyanovsk region,

²Ulyanovsk State University, Faculty of Medicine, Department of Infectious and skin and venereal diseases,

³Ulyanovsk Regional Clinical Hospital

This article describes a case of acute vascular failure caused by Lyme borreliosis, which was detected during long-term diagnostic procedures. The outcome of the disease was unfavorable (taking into consideration young patient age, 20 years old) that led to patient disability and discharge from the service.

Key words: Borreliosis, polyarteritis nodosa, immunological diagnosis, unfavorable outcome.

Лаймовский боррелиоз (ЛБ) – природно-очаговое мультисистемное воспалительное заболевание, вызываемое спирохетами рода *Borrelia*, переносчиками которых являются иксодовые клещи. Лаймовская болезнь (Lyme disease) впервые описана в 1977 г. [1], и только в 1982 г. расшифрована ее этиология [2]. Генетическая разнородность возбудителей послужила основанием расширить представление о болезни Лайма, которая по сути объединяет группу нозологически самостоятельных иксодовых клещевых боррелиозов (ИКБ) [3]. ЛБ – группа инфекций с острым и хроническим течением, при которых возможны поражения кожи, нервной и сердечно-сосудистой систем, опорно-двигательного аппарата и др. [4-7].

Трудности клинической диагностики ИКБ объясняются полиморфизмом клинических симптомов, наличием выраженного (особенно при безэритемной форме) инфекционного синдрома, что характерно и для ряда других инфекций.

В нашей практике мы наблюдали случай ИКБ (впервые за весь период регистрации, начиная с 1992 года), с редким поражением сосудов по типу узелкового полиартериита (системный некротизирующий васкулит), что доставило определённые трудности в постановке заключительного диагноза. Узелковый полиартериит (УП) – это заболевание артерий среднего и мелкого калибра, сопровождающееся образованием аневризм и вторичным поражением органов и тканей. Узелковый полиартериит относится к редким заболеваниям: его частота колеблется от 0,7 до 6,3 на 100000 населения. Заболеванию узелковым периартериитом преимущественно мужчины. Наиболее частым признаком заболевания являются лихорадка и похудание. Лихорадка чаще всего носит волнообразный характер, до-

стигает высоких цифр, реже отмечается субфебрилитет.

Больной С. 1992 г.р., житель сельского района, работающий пожарником, поступил 02.11.2012 г. переводом из центральной районной больницы (ЦРБ) в урологическое отделение ГУЗ «Областная клиническая больница» (ГУЗ ОКБ) с диагнозом «Острый пиелонефрит слева». При поступлении предъявлял жалобы на боли в поясничной области слева, повышение температуры. Состояние больного при поступлении средней степени тяжести. Предположительная причина заболевания – травма, полученная во время учений в сентябре 2012 года, в области почек слева (упал с высоты 5,0 метров). Настоящее обострение отмечает с 10.10.2012 г. – появилась боль в поясничной области слева с иррадиацией в живот, отмечался подъём температуры до 38С, познабливание, сухость во рту. Был госпитализирован в хирургическое отделение ЦРБ с диагнозом «Острый аппендицит», где проведена диагностическая лапаротомия - ревизия брюшной полости, данных за острый аппендицит не обнаружено. В послеоперационном периоде сохранялась гипертермия, выписан на амбулаторное лечение. В течение первых дней вынужден повторно обратиться в поликлинику ЦРБ с высокой температурой (до 39С), направлен в ГУЗ ОКБ на приём к урологу, где был госпитализирован на стационарное лечение. В урологическом отделении больной находился с 02.11.12 по 30.11.12, где проведенное обследование (УЗИ органов брюшной полости от 07.11.12; обзорная и экскреторная урография от 07.11.12; рентгенография органов грудной клетки от 09.11.12, УЗДГ ветвей дуги аорты от 28.11.12, анализы крови на сифилис, ВИЧ, маркёры парентеральных гепатитов, легионеллёз, лептоспироз, СРБ, кал на яйца/гельминтов, РНИФ на ГЛПС), консультации узких специалистов (инфекционист, ревматолог, фтизиоуролог, отоларинголог, эндокринолог) и дважды проведённые консилиумы врачей 20.11.12 г. (диагноз «Хронический пиелонефрит слева, обострение. Боррелиоз? Туберкулёз?») и 28.11.12 г. (диагноз «Длительный субфебрилитет неуточнённого генеза, дифференцировать с болезнью Токаясу») не позволили установить истинный диагноз и причину наблюдаемого состояния больного. Не наблюдалось и эффекта от проводимой антибактериальной терапии. В то же время были последовательно сняты: острая урологическая патология, ВИЧ инфекция, ряд других инфекционных заболеваний (включая туберкулёз и боррелиоз). Упорная люмбалгия в сочетании с лихорадкой потребовали исключения гнойного эпидурита или спондилодисцита, которые были отвергнуты по результатам многократных МРТ и КТ а также люмбальной пункции. Отдельно необходимо остановиться на лабораторной диагностике ИКБ – первичное обследование в ИФА дало отрицательный результат. С целью дальнейшего обследования больной был переведён в ревматологическое отделение этого же стационара. В ревматологическом отделении больной находился с 01.12.12 по 25.12.12 г. Учитывая результаты проделанной ранее работы ревматологи провели дифференциальную диагностику в группе системных заболеваний. Отрицательный тест на АНЦА, низкий уровень ЦИК, отсутствие признаков гломерулонефрита, а также наличие комбинации критериев позволило диагностировать системный васкулит - узелковый полиартериит (иммунокомплексное повреждение сосудистой стенки способствует агрегации форменных элементов, ухудшению реологических свойств, возникновению внутрисосудистого свертывания). Все это привело к нарушению микроциркуляции в органах и тканях с развитием соответствующей клинической симптоматики, а неоднократная смена назначенных в урологическом отделении антибиотиков не оказала существенного влияния на снижение температуры тела (температура может снижаться под влиянием применения аспирина и особенно глюкокортикоидных гормонов), синдромом трофических расстройств в виде похудания более 20 кг; кожный livedo-васкулит, мононеврит малоберцового нерва слева, миалгии, орхоалгии (встречается крайне редко), лихорадка. С 16 декабря была начата гормональная терапия (преднизолон в дозе 1 мг/кг - 60 мг/сутки) с хорошим эффектом в плане лихорадки и неврологических симптомов. Однократно введен циклофосфан 600 мг в/венно капельно. В ревматологическом отделении проведены дополнительные исследования (Д-ЭХО-КС от 05.12.12 г., триплексное сканирование артерий головного мозга от 06.12.12 г., КТ поясничного отдела позвоночника от 12.12.12 г., МРТ грудного отдела позвоночника от 14.12.12 г., УЗИ органов брюшной полости от 17.12.12 г.). Выставленный диагноз «Узелковый полиартериит» объясняет основные клинические симптомы (боль в брюшной полости с развитием картины «острого живота»; поражение почек отмечалось незначительными лабораторными сдвигами в виде протеинурии и лейкоцитурии). В периферической крови у больного имел место нейтрофильный лейкоцитоз и эозинофилия.

В результате продолжения начатого лабораторного обследования сывороток больного на наличие в них специфических антител к возбудителям иксодовых клещевых боррелиозов на базе ФБУН Государственный научный центр прикладной микробиологии и биотехнологии, Референс-центра РФ по ИКБ (п.Оболensk, Серпуховский район, Московская область) были получены следующие результаты: 1 сыворотка от 27.11.12 – ИФА коэффициент серопозитивности (КС) 1,7; 2 сыворотка от 21.01.13 – ИФА КС 2,4. Положительным результатом считается КС $\geq 1,0$.

Таким образом, только в результате полученных в Референс-центре РФ результатов удалось поставить больному окончательный диагноз: «Иксодовый клещевой боррелиоз» в форме узелкового полиартериита. К сожалению, в описанном нами случае больной не мог вспомнить, кусал ли его клещ (или напознал) до начала заболевания. В то же время была учтена эндемичность Ульяновской области по ИКБ.

Прогноз при узелковом полиартериите неблагоприятен, особенно при острых формах. Чаще узелковый полиартериит протекает хронически. Активные фазы заболевания чередуются с периодами ремиссии. Длительность заболевания достигает нескольких лет. Остро начавшийся узелковый периартериит под действием терапии приобретает иногда хронически-рецидивирующее течение.

Терапия иммунодепрессантами (после выписки из стационара больному назначен приём преднизолона 60 мг/сутки в течение 2-х месяцев, с последующим снижением дозы, циклофосфан 200 мг в/м 1 раз в неделю) может замедлять течение заболевания и приводить к стабилизации процесса; в 50 % случаев можно достигнуть ремиссии и выздоровления.

Первоначальная трудоспособность больного (учитывая молодой возраст – 20 лет) была утрачена, что привело к увольнению со службы.

Литература

1. Коренберг Э.И. Иксодовые клещевые боррелиозы как группа заболеваний человека и главные итоги ее изучения в России // Журнал инфекционной патологии. – 1996. - 3 (4). – С. 22–4.
2. Steere AC, Malawista SE, Newman J et al // Ann Int Med. – 1980. – 93. P. 1–8.
3. Ананьева Л.П. Боррелиоз Лайма и его ревматические проявления. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - М., 1999. - 54 с.
4. Asch ES, Bujak DI, Weiss M et al. // J Rheumatol. – 1994. - 21 (3). – P. 454–61.
5. Лайковская Е.Э. Изучение эффективности антибактериальной терапии ранней стадии Лайм-боррелиоза (болезни Лайма) при длительном проспективном наблюдении. Дис. ... канд. мед. наук. - Екатеринбург, 1997. – 127 с.
6. Steere AC. // The New Engl J Med. – 1989ю – 321. – P. 586–96.
7. Baradaran-Dilmahani R, Stanek // G. Infection. – 1996. - 24 (1). P. 60–3.

Сведения об авторах

Нафеев Александр Анатольевич – д.м.н., зав. отделением особо опасных инфекций, профессор кафедры инфекционных и кожно-венерических болезней Ульяновского государственного университета, E-mail: nafeev@mail.ru;

УДК: 616.831.9-085.373-053.2

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ ДЛЯ ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ ПРИ ВИРУСНЫХ МЕНИНГИТАХ У ДЕТЕЙ

О.Г. Кимирилова¹, Г.А. Харченко¹, А.А. Кимирилов²

¹ГБОУ ВПО «Астраханский медицинский университет» Минздрава России,

²ГБУЗ «Областная инфекционная клиническая больница», г.Астрахань

Представлен материал собственных наблюдений по клинико-лабораторной эффективности иммуноглобулина для внутривенного введения «Габриглобин» при вирусных менингитах (ВМ) у детей. Оценка эффективности лечения осуществлялась по выраженности и продолжительности интоксикации, общемозговой симптоматики, менингеального синдрома, изменений ликвора. Включение в комплексную терапию иммуноглобулина для внутривенного введения способствовало быстрой обратной динамике клинических синдромов в основной группе, по сравнению с группой контроля, сокращало сроки стационарного лечения.

Электроэнцефалографические (ЭЭГ) исследования позволили выявить соответствие синдрому ликвородинамических нарушений полиритмичного типа ЭЭГ, церебральному синдрому и вегетативной дистонии – гиперсинхронного типа ЭЭГ. Параметры нарушений ЭЭГ могут использоваться для оценки эффективности лечения и реабилитационных мероприятий в