

УДК: 616.9:579.834.114Borrelia-036.12]-07

ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО БОРРЕЛИОЗА В СУБЪЕКТЕ С НЕВЫСОКОЙ ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ

А.А. Нафеев^{1,2}, И.Н. Панченко³

¹ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Ульяновской области

²Ульяновский государственный университет

³ГУЗ Ульяновская областная клиническая больница

В работе представлено клинико-лабораторное описание случая хронической формы иксодового клещевого боррелиоза с поражением кожи и опорно-двигательного аппарата. Приводятся особенности клинической картины заболевания, подходы к постановке диагноза заболевания, проблемы, возникшие по установлению окончательного диагноза, эпидемиология, клиника, диагностика

Ключевые слова: боррелиоз, Лайм-артрит, очаговая склеродермия

DIAGNOSIS OF CHRONIC BORRELIOSIS IN TERRITORIAL ENTITY WITH LOW-LEVEL EPIDEMIC ACTIVITY

A.A. Nafeev^{1,2}, I.N. Panchenko³

¹Federal budget health care institution "Center for Hygiene and Epidemiology in Ulyanovsk oblast"

²Ulyanovsk state university

³SHI Ulyanovsk regional clinical hospital

The paper presents the description of the clinical and laboratory case of chronic forms of Ixodes tick borreliosis with skin lesions and musculoskeletal system. We give particular clinical picture of the disease, approaches to the formulation diagnosis of diseases, the problems arising from the establishment of the final diagnosis epidemiology, clinical features, diagnosis

Key words: borreliosis, Lyme- arthritis, localized scleroderma

Диагностика иксодовых клещевых боррелиозов (ИКБ), которые представляют собой полиэтиологическую группу природно-очаговых зоонозных инфекций из группы спирохетозов, передающихся через укусы иксодовых клещей и характеризующихся склонностью к затяжному и хроническому течению с полисистемными поражениями, является одной из актуальных серьезных проблем современной инфекционной патологии в здравоохранении. Из-за разнообразия клиники ряд авторов называют ЛБ «новым великим имитатором» [1, 5]. Полиорганность, склонность к рецидивирующему и хроническому течению, развитие аутоиммунных феноменов иногда приводят к тому, что болезнь протекает под маской ревматического заболевания. Иксодовые клещевые боррелиозы с преимущественным поражением суставов называют «человеческой моделью ревматических заболеваний с инфекционной этиологией». Выделяют три варианта поражения суставов: артралгии, доброкачественный рецидивирующий артрит, хронический прогрессирующий артрит. Третий вариант поражения суставов обычно развивается у носителей 4-антигенов. Суставной синдром приобретает характер хронического с образованием паннуса и эрозий хряща, как при ревматоидном артрите [2, 4]. При хроническом те-

чении ИКБ развиваются остеопороз, истончение и утрата хряща, кортикальные и краевые узур, остеофиты, субартикулярный склероз. Диагностировать артрит сложно из-за наличия клинического полиморфизма, отсутствия типичных проявлений ИКБ и часто наблюдаемой клинической мимикрии ревматических заболеваний [3]. Ввиду отсутствия при данном заболевании на I стадии его развития нескольких патогномичных симптомов (основной, золотой стандарт клинической диагностики – «мигрирующая эритема»), и невысокого процента результатов иммунологического подтверждения, клиническая диагностика ИКБ представляет определенные трудности, поэтому она должна основываться на совокупности (в зависимости от каждого конкретного случая) эпидемиологических, клинических и лабораторных данных. Особая трудность в постановке диагноза имеет место на территориях с невысокой эпидемической активностью боррелиозной инфекции.

Клиническое наблюдение

Больная Т., 57 лет, постоянно проживающая в одном из сельских районов Ульяновской области, поступила в ревматологическое отделение ГУЗ Ульяновская областная клиническая больница (ГУЗ УОКБ) 01.07.2016 г. с жалобами на отёчность кистей и стоп, усиливающуюся к вечеру, ограничения сжатия кистей, боли в левом плечевом и коленном суставах. Из анамнеза настоящего заболевания установлено, что начало заболевания относится к 2013 году, когда (как считает больная) после нервно-эмоционального стресса появились очаги атрофии и пигментации на коже живота, молочных желёз, спины, предплечий. Дерматологом был выставлен диагноз очаговой склеродермии. Лечилась амбулаторно и ежегодно в стационаре ГУЗ Ульяновский областной клинический кожно-венерологический диспансер (ГУЗ УОККВД) с применением пентоксифиллина, глюкокортикостероидных препаратов парентерально и местно, плаквенила. За время лечения дважды консультировалась и осматривалась ревматологом ГУЗ УОКБ (ноябрь 2013 года, октябрь 2014 года) – заключение: системная склеродермия исключена, антинуклеарный фактор =0,5 ед (в норме). Признаков поражения опорно - двигательного аппарата на тот период не отмечалось. Системная склеродермия в тот период исключена.

В сентябре 2015 года – эпизод болей и припухания в коленных суставах, принимала нестероидные противовоспалительные препараты с положительным эффектом. В 20-х числах июня 2016 года появился отёчный синдром с вовлечением кистей и стоп. Госпитализация проведена с целью исключения системной склеродермии, уточнения диагноза и подбора терапии. Пациентка госпитализирована впервые с суставным синдромом. Проводился дифференциальный диагноз с группой системных заболеваний соединительной ткани (СЗСТ) и синовита при остеоартрозе (ОА). Рентгенограмма коленных суставов не выявила признаков ОА, иммунологических нарушений, характерных для ревматоидного артрита (РА), системной красной волчанки (СКВ) и системной склеродермии (ССД). Сочетание поражения кожи в виде очаговой склеродермии и суставного синдрома воспалительного характера потребовали исключения хронического боррелиоза. В анамнезе имелось указание на присасывание клеща, клещевой мигрирующей эритемы (КМЭ) при этом не наблюдалось (по наблюдению больных боррелиозом в Ульяновской области КМЭ имеет место лишь в 30% случаев).

Объективно при осмотре пораженных систем и органов: общее состояние при поступлении удовлетворительное, в сознании. Кожные покровы – мягкие отёки кистей, плотные отёки стоп, на коже живота, молочных желёз, спины, предплечий – очаги атрофии и депигментации (системная склеродермия). Костно-суставная система: синовиты коленных суставов с минимально выраженным экссудативным компонентом. Остальные системы и органы без изменений.

Проведены консультации: дерматолог от 07.07.2016 г. – «Множественная бляшечная склеродермия».

Аппаратные исследования:

- УЗИ коленных суставов от 04.07.2016 г.:

1) правый сустав – синовиальная жидкость - умеренное количество в латеральном боковом завороте; синовиальная оболочка утолщена (4 мм, норма 3 мм); патологических образований не выявлено;

2) левый сустав - синовиальная жидкость - минимальное количество в латеральном боковом завороте; синовиальная оболочка незначительно утолщена (3,3 мм, норма 3 мм); хрящи на мышелках бедренных костей (медиальный-латеральный): в передних отделах – 1,5 мм., экоструктура не изменена, в задних отделах – 1,4 мм., экоструктура не изменена.

Заключение: УЗ-признаки синовита коленных суставов больше справа.

R-графия коленных суставов от 12.07.2016 г.: суставные щели равномерные, сохранной высоты, патологии сочленённых поверхностей нет.

Лабораторные исследования:

Синовиоцитограмма от 04.07.2016 г.: цвет жёлтый, слабомутная, вязкость высокая, сгусток плотный, цитоз 1100 в 1 мкл, рагоциты – 0%, нейтрофилы – 3,0%, лимфоциты – 86%, моноциты – 11%, синовиальные клетки – 0-1 в поле зрения

Синовиоцитограмма от 08.07.2016 г.: цвет жёлтый, мутная, вязкость высокая, сгусток плотный, цитоз 450 в 1 мкл, рагоциты – 21%, нейтрофилы – 1,0%, лимфоциты – 76%, моноциты – 23%

ИФА на иксодовый клещевой боррелиоз от 12.07.2016 г. – обнаружены иммуноглобулины М – ОП =0,290 (выше нормы); иммуноглобулины G отр.

Иммуноблот антинуклеарных антител от 04.07.2016 г.: RNP/Sm - Комплекс антигенов, SSA-52, SS-B, Scl-70, Jo-1, CENP B, Rib-P, SSA – 60 отриц.

Ревматоидный фактор от 06.07.2016 г. менее 20 МЕ/мл

Проведено лечение: нимулид, каптоприл, пентоксифиллин, дипроспан, димедрол, супрастин, физиолечение.

Приведённое описание данного клинического случая показало, что в субъектах РФ, где обитают иксодовые клещи и отмечена их поражённость боррелиями, требуется внимательное отношение медицинских работников к больным не только в острый период развития боррелиозной инфекции (сложности представляют безэритематозные случаи), но и в хронической стадии. Наличие у больной склероатрофических поражений кожи и суставов обуславливает целесообразность специфического лабораторного обследования таких больных на боррелиоз.

Список литературы

1. Ананьева Л.П. Особенности поздних и хронических проявлений иксодовых клещевых боррелиозов в России // Материалы научно-практической конференции. «Клещевые боррелиозы». - Ижевск, 2002; С. 41–44.
2. Ананьева, Л.П. Иксодовые клещевые боррелиозы (болезнь Лайма) в практике терапевта // Российский медицинский журн. – 2007. - № 1- С. 37–41.
3. Конькова-Рейдман А.Б. Случай сочетанной этиологии суставного синдрома в клинической практике: иксодовый клещевой боррелиоз, серонегативный спондилоартрит // Журнал инфектология. – 2014. - Том №6, 3. - С. 101-102.
4. Лобзин, Ю.В. Лайм-боррелиоз (иксодовые клещевые боррелиозы) – СПб.: Фолиант, 2000. – 160 с.
5. Woessner R., Treib J. Differential diagnosis of Lyme borreliosis Treib // J. MMW Fortschr Med. – 2003, Apr 10. - Vol. 145, №15. -P. 40 - 45.

Сведения об авторах:

Нафеев Александр Анатольевич -доктор медицинских наук, профессор, медицинский факультет, кафедра инфекционных и кожно-венерических болезней Ульяновского государственного университета; заведующий отделением особо опасных инфекций Федерального бюджетного учреждения здравоохранения «Центр гигиены и эпидемиологии в Ульяновской области», E-mail: nafeev@mail.ru