

СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ ЛАЙМА В НЕЭНДЕМИЧНОМ РЕГИОНЕ

К.Б. Курмангалиева¹, С.К. Атыгаева², А.Н. Жамбурчинова², Г.Е. Ширшикбаева²

¹Медицинский университет, Астана, Казахстан

²Городская инфекционная больница, Астана, Казахстан

Case of Lyme disease in a non-endemic-region

K.B. Kurmangaliyeva¹, S.K. Atygaeva², A.N. Zhamburchinova², G.E. Shirshikbaeva²

¹Medical University, Astana, Kazakhstan

²Municipal Hospital of Infectious Diseases, Astana, Kazakhstan

Актуальность проблемы обусловлена широкой распространенностью иксодового клещевого боррелиоза, высокой восприимчивостью человека к боррелиям, частотой хронизацией, достигающей 30–40%, полиморфизмом клинических проявлений.

Болезнь Лайма (Лайм-боррелиоз, иксодовый клещевой боррелиоз, системный клещевой боррелиоз) – природно-очаговая инфекционная болезнь с трансмиссивным механизмом передачи возбудителя, характеризующаяся преимущественным поражением кожи, нервной системы, сердца, суставов и склонностью к хроническому течению [1].

В настоящее время установлено, что Лайм-боррелиоз вызывают бактерии рода *Borrelia*: *Borrelia burgdorferi* s.s., *Borrelia garinii*, *Borrelia afzelii*. Природные очаги болезни приурочены, главным образом, к лесным ландшафтам умеренного климатического пояса, что связано с ареалом клещей (*Ixodes ricinus*, *Ixodes persulcatus*) – основных переносчиков возбудителя.

В Российской Федерации клещевой боррелиоз имеет широкое распространение, но судить об уровне заболеваемости можно лишь предположительно. Ежегодно более чем в 60 субъектах Российской Федерации регистрируют 7–9 тысяч заболеваний людей [1, 2]. В Казахстане болезнь Лайма регистрируется в единичных случаях в Алматинской, Восточно-Казахстанской областях. На территории города Астана заболевание не встречается в связи с отсутствием природных очагов болезни, регистрируется только в случаях завоза инфекции из эндемичных регионов.

Приводим наблюдение случая завоза болезни Лайма в г. Астану из Курганской области Российской Федерации в сентябре 2013 г.

В Городскую инфекционную больницу (ГИБ) г. Астаны 06.09.13 г. госпитализирован больной Л., 65 лет с диагнозом: «Клещевой боррелиоз».

Жалобы при поступлении: покраснение и отечность кожи на месте укуса клеща – в области правого коленного сустава, обильное потоотделение, слабость, наличие гиперемии кожи на животе, спине и проксимальных отделах верхних конечностей.

Эпидемиологический анамнез: больной – гражданин Латвии. С 27.01.13 г. по 31.07.13 г. находился в России, в Курганской области, с. Житниковское Каргапольского района. Со слов пациента, 27.07.13 г. – укус клеща в области правого коленного сустава. В г. Астана Республики Казахстан проживал временно с июля 2013 г.

Анамнез заболевания: больной Л., 65 лет, 27.07.13 г. заметил клеща в области коленного сустава справа и самостоятельно его снял, место присасывания клеща обработал водкой. С 18.08.13 г. – покраснение в области места укуса клеща с постепенным нарастанием по величине. В последующем отмечал покраснение в области живота, спины и верхних отделов конечностей с умеренным кожным зудом, 04.09.13 г. обратился в поликлинику. Направлен в ГИБ, где назначены ИФА крови на боррелиозы и риккетсиозы в вирусологическую лабораторию УГСЭН.

В ГИБ г. Астаны госпитализирован 06.09.13 г. с положительным результатом ИФА крови на боррелиоз от 05.09.13 г. (выявлены диагностические титры специфических антител к возбудителю).

Объективно: общее состояние средней степени тяжести за счёт интоксикации, самочувствие не нарушено. В области правого коленного сустава отмечается кольцевидная эритема. На коже живота, спины и верхних конечностей имеются эритемы с диаметром 5–7 см, безболезненные при пальпации, флюктуации нет. Кожные покровы влажные, по всему телу повышенная потливость (тотальный гипергидроз). Периферические лимфоузлы не увеличены. Аускультативно: в лёгких – везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД – 18 раз в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 76 ударов в минуту. АД – 160/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Селезёнка не увеличена. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул оформлен.

Обследование. В ОАК от 07.09.13.: Нв – 159 г/л, Эр – $4,71 \times 10^{12}$ /л, Нт – 46,6%, Тромб. – 187×10^9 /л, Лейк. – $8,53 \times 10^9$ /л, с/я – 56,9%, эоз. – 2,5%, ба-

зоф. — 0,6%, мон. — 9,4%, лимф. — 30,6%, СОЭ — 36 мм/ч. ОАМ от 07.09.13 г. — без патологии. Анализ крови на микрореакцию от 07.09.13. № 67: отрицательный. Анализ кала на яйца гельминтов и простейших от 07.09.13 г. за № 4: отрицательный. Коагулограмма от 09.09.13 г.: АПТВ — 36,9 с, ПВ — 13,8 с, МНО — 0,99; Фибриноген А — 6,15 г/л, РФМК — 8,5 мг/100 мл. В биохимическом анализе от 09.09.13 г.: показатели в пределах нормы.

На УЗИ органов брюшной полости от 12.09.13 г.: «хронический холецистит, диффузные изменения паренхимы поджелудочной железы с признаками жировой инфильтрации».

ЭКГ от 09.09.13 г.: ЭОС отклонено влево. Единичная желудочковая экстрасистолия. Умеренные распространенные нарушения процессов реполяризации. Признаки гипертрофии левого желудочка.

Учитывая жалобы, анамнез заболевания, эпидемиологический анамнез, клинико-объективные и лабораторно-инструментальные данные, выставлен клинический диагноз: болезнь Лайма (клещевой боррелиоз), острое течение, ранняя локализованная стадия, средней степени тяжести (подтвержденный случай). Сопутствующий — артериальная гипертензия. Хронический холецистопанкреатит, стадия ремиссии.

Лечение: доксициклин по 0,12 раза в сутки № 10, глюкозо-солевые растворы внутривенно капельно № 5, аскорбиновая кислота по 0,153 раза в сутки № 10, р-р глюконата кальция — 10% по 10,0 внутривенно струйно № 6, хлоропирамин по 1,02 раза в сутки внутримышечно № 7, «хилак-форте» по 40 капель 3 раза в сутки, контроль АД, при повышении — «каптоприл» по 0,25 внутрь.

На фоне лечения в ОАК от 12.09.13.: Нв — 161 г/л, Эр. — $5,1 \times 10^{12}$ /л, Тромб. — 222×10^9 /л, Лейк. — $9,0 \times 10^9$ /л, с/я — 44,2%, базоф. — 0,5%, мон. — 9,4%, лимф. — 39,5%, СОЭ — 12 мм/ч.

На 11-й день госпитализации больной выписан из стационара в удовлетворительном состоянии. Рекомендовано: диспансерное наблюдение врача-инфекциониста поликлиники по месту жительства в течение 2 лет.

Авторский коллектив:

Курмангалиева Клара Болеубаевна — доцент курса инфекционных болезней кафедры гастроэнтерологии с курсом инфекционных болезней Медицинского университета, г. Астана, Республика Казахстан, к.м.н.; тел.: 8705527 6072, e-mail: kkb169@mail.ru

Атыгаева Сауле Кабиевна — заместитель главного врача по лечебной части Городской инфекционной больницы г. Астана, Республика Казахстан, к.м.н., доцент; тел.: 87772624635, e-mail: bsaule 69@mail.ru

Жамбурчинова Айнагуль Нурахметовна — заместитель главного врача по контролю качества медицинских услуг Городской инфекционной больницы г. Астана, Республика Казахстан, к.м.н.; тел.: 87759098558, e-mail: ainagul.zhamburchinova@mail.ru

Ширшикбаева Гулжанат Елтаевна — заведующая отделением воздушно-капельных инфекций Городской инфекционной больницы г. Астана, Республика Казахстан; тел.: 87025048389, e-mail: sh.guljanat@mail.ru

Выводы

1. Приведенное клиническое наблюдение представляет интерес в том плане, что любой укус клеща нужно расценивать как потенциальную клещевую инфекцию, в том числе и иксодовый боррелиоз. По литературным данным, отмечается расширение нозоареала обитания клещей, а также распространение сочетанных очагов [2, 3]. В связи с этим требуется активизация общественной и личной неспецифической профилактики.

2. Экстренную профилактику антибиотиками осуществляют строго индивидуально только в доказанных случаях присасывания инфицированных клещей. Для экстренной профилактики применяют антибиотики различных групп: пенициллины, тетрациклины, макролиды, проявляющие эффективность и при лечении манифестных форм болезни. Антибиотикотерапия в инкубационный период в ранние сроки (до 5 суток после присасывания клеща) позволяет практически у всех пациентов оборвать инфекционный процесс.

3. Решающее значение в диагностике имеют клинико-эпидемиологические данные.

4. Серологические исследования являются обязательными для верификации диагноза, особенно в завозных случаях и при отсутствии эпидемиологического анамнеза.

Литература

1. Лобзин, Ю.В. Иксодовые клещевые боррелиозы (этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение и профилактика): методические рекомендации для врачей / Ю.В. Лобзин, А.Н. Усков, Н.Д. Ющук. — М.: ФГОУ ВУНМЦ РосЗДРАВ, 2007. — 45 с.
2. Лобзин, Ю.В. Лайм-боррелиозы (иксодовые клещевые боррелиозы) / Ю.В. Лобзин, А.Р. Усков, С.С. Козлов. — СПб.: Фолиант, 2006. — 160 с.
3. Воробьева, Н.Н. Стандарты диагностики и лечения больных клещевым энцефалитом и иксодовыми клещевыми боррелиозами / Н.Н. Воробьева, И.А. Главатских, Т.К. Рысинская // Рос. мед. журнал. — 2009. — № 4. — С. 23 — 25.

References

1. Lobzin YuV, Uskov AN, Yushchuk ND. Ixodes tick-borne borreliosis (etiology, epidemiology, clinical manifestations, diagnosis, treatment and prevention): Guidelines for Physicians. Moscow; 2007 (in Russian).
2. Lobzin YuV, Uskov AN, Kozlov SS. Lime — borrelioses. Saint Petersburg: Foliant; 2006 (in Russian).
3. Vorobyeva NN, Glavatskikh IA, Rysinskaya TK. Ros Med J. 2009; 4: 23 — 5 (in Russian).