

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИКСОВОГО КЛЕЩЕВОГО БОРРЕЛИОЗА БЕЗЭРИТЕМНОЙ ФОРМЫ В СОЧЕТАНИИ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ

А.Н. Усков, В.Ф. Крумгольц, М.В. Яременко

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт Петербург

Clinical case of Ixodes-borne borreliosis an erythema form in combination with oncologic disease

A.N. Uskov, V.F. Krumgoltz, M.V. Yaremenko

Military Medical Academy by S.M. Kirov, Saint-Petersburg

Иксодовый клещевой боррелиоз в связи с относительно высоким уровнем заболеваемости является актуальной проблемой для практического здравоохранения нашей страны. На территории России распространение болезни Лайма обширно, многие регионы, в частности, Северо-Западный, являются высоко эндемичными [1, 3, 4]. По данным Роспотребнадзора, в России в 2009 г. по сравнению с 2008 г. заболеваемость клещевым боррелиозом увеличилась на 26% (9686 случаев — 6,82 на 100 тыс. населения).

Иксодовый клещевой боррелиоз протекает в разнообразных клинических формах. В настоящее время в практике врача используется классификация, разработанная в 1996 г. на кафедре инфекционных болезней ВМедА Ю.В. Лобзиным и соавт. [1, 2]. В эпидемический сезон диагностика эритемной формы заболевания не вызывает затруднений. Однако в 30 — 40% случаев боррелиоз может протекать и без эритемы, а возможности серологической диагностики в ранние сроки заболевания не позволяют верифицировать боррелиозную инфекцию [1 — 3, 5]. По данным официальной статистики, в 2008 г. серологические методы исследования крови, выполненные у 32 517 больных из 64 субъектов Российской Федерации, оказались положительными всего лишь у 5803 человек (17,8%) [4]. Поэтому клинко-эпидемиологическая диагностика иксодового клещевого боррелиоза имеет решающее значение в повседневной практике врача. В связи с этим приводим клинический случай безэритемной формы клещевого боррелиоза, который протекал на фоне рака желудка.

В августе 2007 г. в клинику инфекционных болезней ВМедА поступил на обследование больной М., 69 лет, с предварительным диагнозом: иксодовый клещевой боррелиоз, безэритемная форма.

При поступлении предъявлял жалобы на общую слабость, умеренную головную боль, слабо выраженные боли в шейно-затылочной области, потливость по ночам.

Из анамнеза установлено, что считал себя больным с 4.08.2007 г., когда стала беспокоить «разбитость». 05.08.2007 г. появилось чувство жара, сменяющееся ознобом, жжение в подложечной области, боли в шейно-затылочной области, температура тела повысилась до 38°C. 6.08.2007 г. амбулаторно обследован в госпитале г. Луга (выполнена ФГДС, установлена язвенная болезнь желудка), принимал жаропонижающие средства (парацетамол). В связи с усилением боли в шейно-затылочной области, сохранением фебрильной лихорадки 11.08.2007 г. был госпитализирован в терапевтическое отделение госпиталя г. Луга с диагнозом: миозит мышц шеи, шейный радикулоневрит, язвенная болезнь желудка в фазе обострения. В ходе обследования и лечения был заподозрен клещевой боррелиоз, по поводу чего назначен пенициллин в суточной дозе 6 млн ед. Однако назначенная антибиотикотерапия в сочетании с противовоспалительными средствами эффекта не оказала. У больного усилились головные боли, боли в шейно-затылочной области, сохранялась фебрильная лихорадка. 16.08.2007 г. госпитализирован в клинику инфекционных болезней ВМедА.

Из эпидемиологического анамнеза было установлено, что в июле 2007 г. находился на даче под поселком Пушкинские Горы Псковской области. 25.07.2007 г. заметил присосавшегося клеща в правой подвздошной области. В районной больнице г. Пушкинские Горы клещ был удален и назначен йодантипирин с целью профилактики клещевого энцефалита. Курс приема йодантипирина прошел полностью.

При поступлении в клинику состояние больного было оценено как удовлетворительное. Температура тела 37,5°C. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки были обычной окраски. В правой подвздошной области наблюдался первичный аффект до 2 мм (место присасывания клеща). Ожирение II степени. Выявлялось увеличение до

II степени умеренно гиперемированных, рубцово измененных, спаянных с дужками небных миндалин. Пальпировались плотно-эластичные безболезненные углочелюстные до 1,0 см лимфатические узлы. Пульс 70 в 1 мин., ритмичный, удовлетворительных качеств. Тоны сердца звучные, шумы не выслушивались. При аускультации легких — везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 12×9×8 см, нижний край выступал из-под реберной дуги на 1 см, при пальпации мягко-эластичный, безболезненный. Поколачивание по поясничной области безболезненно с обеих сторон. При исследовании нервной системы было выявлено: выраженный ладонно-подбородочный рефлекс больше справа; расстройство кожной чувствительности по полиневротическому типу на верхних и нижних конечностях; умеренно выраженная ригидность затылочных мышц, сомнительный симптом Кернига.

Учитывая жалобы на головную боль, боли в шейно-затылочной области, лихорадку в течение 11 дней, данные эпидемиологического анамнеза, наличие нарушения тактильной, болевой чувствительности на руках и ногах, выраженного патологического ладонно-подбородочного рефлекса, ригидности затылочных мышц, симптома Кернига был поставлен предварительный диагноз: иксовый клещевой боррелиоз, безэритменная форма с преимущественным поражением периферической нервной системы (шейный полирадикулоневрит). Сопутствующие заболевания: ИБС. Стенокардия напряжения, стабильная, II функциональный класс. Нормосистолическая форма мерцания предсердий. Язвенная болезнь желудка. Ожирение II степени.

В ходе обследования была выявлена анемия (эритроциты — $3,6 \times 10^{12}/л$, гемоглобин — 106 г/л), ускоренная СОЭ (52 мм/ч). В биохимических показателях отмечалось повышение: АЛТ (192,7 ЕД/л), фибриногена (10 г/л), сиаловых кислот (3,9 ммоль/л). Показатели щелочной фосфатазы, АСТ, КФК, амилазы, глюкозы, билирубина, ЦИК были в норме. Выполнена диагностическая спинномозговая пункция, которая показала нормальные показатели ликвора. По результатам лабораторных исследований были исключены вирусные гепатиты В и С, тифо-паратифозное заболевание, сифилис и ВИЧ-инфекция. На 13-й и 26-й дни болезни в сыворотках крови IgM и IgG к клещевому боррелиозу и клещевому энцефалиту были отрицательными (ИФА). Методом ПЦР в ликворе РНК клещевого энцефалита и ДНК клещевого боррелиоза не выявили. Посевы ликвора, крови на питательные среды роста микроорганизмов не дали.

Были выполнены исследования: рентгенография органов грудной клетки (без патологических изменений), УЗИ щитовидной железы, органов

брюшной полости и предстательной железы (узел до 6 мм в диаметре левой доли щитовидной железы; умеренное увеличение печени и селезенки, диффузные изменения в поджелудочной железе; доброкачественная гиперплазия простаты II степени); КТ головы, шейного отдела позвоночника (умеренные атрофические изменения ткани головного мозга, картина церебрального атеросклероза, выраженные дегенеративные изменения шейного отдела позвоночника, остеохондроз, спондилоартроз, спондилез); ФГДС (опухолевидное образование верхней трети желудка и кардии, катаральный рефлюкс-эзофагит, очаговый атрофический гастрит, катаральный бульбит); исследование гастробиоптата — низкодифференцированная аденокарцинома с инфильтративным типом роста.

Больной был консультирован неврологом, кардиологом, хирургом, офтальмологом, отоларингологом.

В ходе комплексного обследования был исключен клещевой энцефалит и поставлен окончательный диагноз: иксовый клещевой боррелиоз, безэритменная форма, с преимущественным поражением периферической нервной системы (шейный полирадикулоневрит), среднетяжелое течение (клинически, эпидемиологически).

Сопутствующие заболевания: низкодифференцированная аденокарцинома желудка. Катаральный рефлюкс-эзофагит. Очаговый атрофический гастрит, катаральный бульбит. Общий и церебральный атеросклероз. Дисциркуляторная энцефалопатия. ИБС. Стенокардия напряжения стабильная II функциональный класс. Атеросклеротический кардиосклероз. Нормосистолическая форма мерцания предсердий. ХСН I стадии. Ожирение II степени. Искривление перегородки носа. Вазомоторная синусопатия. Хронический тонзиллит вне обострения.

Проведен 14-дневный курс антибактериальной терапии цефтриаксоном в суточной дозе 4,0, проводилась противовоспалительная терапия (диклофенак, мовалис), получал патогенетическую и симптоматическую терапию: ингибитор протонной помпы (омепразол), антацид (альмагель), антиагрегантное средство (пентоксифиллин), эубиотик (бактисубтил), релаксант скелетной мускулатуры (сирдалуд), эспа-липон, супрастин, панангин, кардикет при болях в сердце, внутримышечно вводились витамины В1 и В12.

На фоне комплексного этиопатогенетического лечения купировались боли в шейно-затылочной области и астенический синдром, нормализовалась температура тела.

Больной выписан в удовлетворительном состоянии на 16-е сутки стационарного лечения под наблюдением врача-инфекциониста, невролога, хирурга (плановая операция по поводу опухоли

желудка). Через месяц после выписки из клиники при повторном исследовании крови были обнаружены IgM к клещевому боррелиозу. В сентябре 2007 г. пациент был успешно прооперирован по поводу опухоли желудка.

Данный случай свидетельствует о том, что в эпидемический сезон в эндемичных по клещевому боррелиозу регионах диагноз безэритемной формы иксодового клещевого боррелиоза может быть поставлен на основании клинико-эпидемиологических данных без лабораторного подтверждения. Больные, находящиеся на лечении в инфекционном стационаре, нуждаются в полноценном обследовании для исключения тяжелой сопутствующей соматической патологии.

Литература

1. Лобзин, Ю.В. Лайм-боррелиоз (иксодовые клещевые боррелиозы) / Ю.В. Лобзин, А.Н. Усков, С.С. Козлов. — СПб: «Фолиант», 2000. — 160 с.
2. Руководство по инфекционным болезням / под ред. чл.-корр. РАМН, проф. Ю.В. Лобзина. — СПб: «Фолиант», 2003. — 1040 с.
3. Усков, А.Н. Иксодовые клещевые боррелиозы в Северо-Западном регионе России / А.Н. Усков, Ю.В. Лобзин // Мед. академ. журн. — 2002. — № 3. — С. 104–114.
4. Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28 сентября 2009 г. № 57 г. Москва «Об усилении надзора за клещевым боррелиозом (болезнь Лайма) и мерах по его профилактике».
5. Oschmann, P. Clinical symptoms / P. Oschmann, R. Kaiser // In. Lyme borreliosis and Tick-Borne Encephalitis. — I. Auflage-Bremen: UNI-MED, 1999. P. 57–66

Авторский коллектив:

Усков Александр Николаевич — д.м.н., доцент кафедры инфекционных болезней Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, тел.: 8(812)292-33-57, aouskov@gmail.ru;

Крумгольц Вячеслав Францискович — к.м.н., ассистент кафедры инфекционных болезней Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, тел.: 8(812)292-33-57;

Яременко Михаил Васильевич — к.м.н., преподаватель кафедры инфекционных болезней Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, тел.: 8(812)292-33-57.