

ID: 2018-10-3881-A-18471

Клинический случай

Белякина Ю.Е.

Болезнь Лайма. Описание клинического случая

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра дерматовенерологии и косметологии

Научный руководитель: к.м.н. Шерстнева В.Н.

Резюме

В настоящее время проблема Болезни Лайма становится актуальной в связи с повсеместным распространением иксодовых клещей, регистрируются новые случаи инфицирования, в том числе в не эндемичных районах. Боррелиоз может протекать изолированно в виде поражений кожного покрова или носить системный характер. Приводится описание клинического случая Болезни Лайма у мужчины 53 лет.

Ключевые слова: болезнь Лайма, иксодовые клещи, пациент**Введение**

В настоящее время проблема клещевого боррелиоза становится актуальной в связи с повсеместным распространением иксодовых клещей, регистрируются новые случаи инфицирования, в том числе в неэндемичных районах.

Возбудителем Лайм-боррелиоза является *Borrelia burgdorferi*, это спирохета из рода *Borrelia*, которая была выделена в 1982 году американским биологом В. Бургдорфером. Переносчиками боррелий являются иксодовые клещи (*Ixodes damini*), содержащие большое количество возбудителя в крови и кишечнике. Оптимальная среда обитания для них – кустарниковые и лиственные леса. Резервуаром для насекомых могут служить птицы, грызуны, домашние животные. Для Болезни Лайма характерна весенне-летняя сезонность, что обусловлено высокой активностью клещей в теплое время года [1].

Инфицированный клещ при безболезненном для человека укусе передает большое количество возбудителя со слюной. Эта способность сохраняется у насекомого всю жизнь, с возможностью передачи боррелий потомству. Восприимчивость людей к возбудителю очень высокая. После укуса спирохеты, преодолев кожный барьер, распространяются в организме гематогенным, лимфогенным путем, а также по нервным окончаниям и стволам. Инкубационный период продолжается в среднем около 3 недель, но может укорачиваться до 3 дней или удлиняться до 5 месяцев.

Для Болезни Лайма, как для любой инфекции типичным является стадийность течения патологического процесса. При чем каждая стадия определяется различными клиническими признаками поражения той или иной системы [2].

Начало боррелиоза (I стадия) отличается нарушением общего состояния больного, которое проявляется субфебрильной температурой, ознобом, явлениями диспепсии, сонливостью, лимфаденитом. На месте внедрения возбудителя – эритема Афцелиуса-Липшютца, диаметром 15-20 см., в центре которой может сохраняться след от укуса. Иногда вокруг основного очага наблюдаются пятнистые высыпания меньшего диаметра, так называемые дочерние эритемы. Субъективные ощущения отсутствуют. Эритема разрешается самостоятельно в среднем через 2,5 месяца, не оставляя следов.

Для II стадии специфично поражение нервной системы (невриты и менингиты) и сердечно-сосудистой (перикардиты и миокардиты). Нередко возникает гриппоподобный синдром. На коже имеют место уртикарные высыпания, кольцевидная эритема, единичные лимфоцитомы в виде папул и бляшек, безболезненные при пальпации. На месте регресса элементов остаются участки гипопигментации или слегка шелушащиеся пятна.

В III стадии, возникающей примерно через год после инфицирования, отмечаются тяжелые поражения опорно-двигательного аппарата (моно- и полиартриты), энцефалиты и энцефаломиелиты. На коже отмечаются атрофические изменения, по клиническому оформлению напоминающие склеродермию или идиопатическую прогрессирующую атрофию Пospelова. Измененная кожа становится сухой, истончается, покрывается телеангиоэктазиями и чешуйками, происходит чередование участков гипо и гиперпигментации. Очаги поражения напоминают смятую папиросную бумагу (симптом Пospelова). Поражение ногтевых пластин проявляется их утолщением (онихогрифоз), либо напротив истончением. Субъективные жалобы могут отсутствовать, иногда пациентов беспокоят парестезии, зуд, боль. Классическая клиническая картина может дополняться склероподобными изменениями и фиброзными узлами [3].

Лабораторная диагностика Болезни Лайма основывается на ИФА и РИФ, при которых обнаруживаются антитела к *B. Burgdorferi*. Целесообразно исследовать присосавшихся насекомых на наличие возбудителя боррелиоза.

Дифференциальную диагностику в первую очередь необходимо проводить с различными эритемами, склеродермией, укусами других насекомых и ревматизмом.

В терапии больных используют антибактериальные препараты, преимущественно тетрациклинового ряда, применение ряда других средств зависит от клинических проявлений и степени их тяжести.

Цель работы: показать этиологию, патогенетические механизмы и пути распространения Болезни Лайма, описать клинический случай.

Описание клинического случая

Мы наблюдали случай Болезни Лайма у мужчины 53 лет. Из анамнеза заболевания известно, что осенью после охоты в лиственном лесу через несколько дней заметил на левой щеке красное пятно. Высыпание не сопровождалось субъективными ощущениями. Пациент отмечал слабость и сонливость. Самостоятельно не лечился. При осмотре: на левой щеке пятно, диаметром до 10 см, красного цвета, округлой формы, с четкими, не возвышающимися над уровнем здоровой кожи краями. Поверхность пятна – гладкая, консистенция мягкая. Общий и биохимический анализы крови без отклонений от нормы. Больному проведено

лечение доксициклином в дозе 100 мг. 2 раза в сутки в течение 5 дней. После проведенной терапии кожные проявления полностью разрешились. В течение последующего года больной не отмечал никаких изменений.

Выводы

В связи с тем, что повсеместно увеличивается число иксодовых клещей и отсутствует должная антикарицидная обработка лесных массивов, Болезнь Лайма сохраняет свою актуальность. Важно информировать население о профилактических мерах для предупреждения инфицирования боррелиозом: посещать лес в закрытой одежде и обуви, использовать репелленты на основе диэтилтолуамида, дома проводить тщательный осмотр кожи и как можно быстрее удалить присосавшееся насекомое, при возможности обратиться в службы СЭС. Только своевременно начатая антибактериальная терапия исключает возможность развития тяжелых системных осложнений.

Литература

1. Кацамбас А.Д. Европейское руководство по лечению дерматологических заболеваний/ А. Д. Кацамбас, Т.М. Лотти. - М.: Изд-во МЕДпресс-информ, 2008. -С. 276-279
2. Иванов О.Л. Кожные и венерические болезни. Справочник/О.Л.Иванов. -М.: Медицина,1997. – С. 42-43.
3. Гаджимурадов М. Н. Случай болезни Лайма/ М. Н. Гаджимурадов, Л.Н. Кажлаева, С. У. Салманов, К. Д. Ганиев// Клиническая дерматология и венерология. – 2009. - №2 (12). - С.12-15.