

Мальчик с мигрирующей эритемой



Рис. Мигрирующая эритема на плече у мальчика с жалобами на головную боль, недомогание, артралгии

Мальчик, 9 лет, на приеме с жалобами на головную боль, недомогание, артралгии, сыпь на плече. Симптомы астении появились 3 нед назад, вскоре после окончания летних каникул и возвращения с дачи, расположенной в Подмосковье. Затем стали беспокоить боли в костях и суставах без нарушения их функции. Неделю назад родители заметили покраснение кожи правого плеча, с течением времени элемент увеличивается в диаметре, без зуда, безболезненный при пальпации.

При осмотре: сыпь представляет собой округлый, кольцевидный красный не выступающий над поверхностью кожи элемент диаметром до 20 см: в центре имеется эритема меньшего диаметра, на периферии визуализируется двойное красное кольцо (рис.).

Вероятный диагноз?

1. Иерсиниоз.
2. Клещевой боррелиоз (болезнь Лайма).
3. Рожа.
4. Фибромиалгия.
5. Бляшечная склеродермия.

Правильный ответ: 2. Клещевой боррелиоз (болезнь Лайма).

Основными клиническими проявлениями иерсиниоза являются энтерит, энтероколит, мезаденит. Осложнения иерсиниоза включают реактивный артрит и узловатую эритему. Таким образом, кожные высыпания и артралгии могут быть симптомами иерсиниоза, но ведущие признаки — боли в животе, причем в сочетании с кишечным синдромом. Экзантема при иерсиниозе обычно имеет характер мелкоточечной сыпи, располагающейся в подмышечных впадинах, на груди. У детей раннего возраста сыпь чаще пятнисто-папулезная, кореподобная, вокруг плечевых, локтевых и коленных суставов. Характерна также сыпь с локализацией в виде «перчаток» и «носков».

Рожа — инфекция кожи, обусловленная *Streptococcus pyogenes*; чаще локализуется на лице и конечностях. Характерно острое внезапное начало болезни с лихорадкой, выраженной интоксикацией, которые нередко предшествуют типичным местным проявлениям. Пораженный участок кожи отечен, имеет огненно-красный цвет, края его приподняты, границы четкие. Кожным симптомам сопутствует регионарный лимфаденит. Болезнь у нашего пациента не является острой, медленно прогрессирует, сыпь имеет характер мигрирующей (расширяющейся) кольцевидной эритемы. Кроме того, рожа обычно развивается в младенческом и старческом возрасте.

Фибромиалгия характеризуется выраженной утомляемостью, головной болью, болями в мышцах и суставах, снижением концентрации внимания, нарушениями сна. При фибромиалгии обнаруживаются болезненные точки типичной локализации, скованность в суставах, парестезии. Признаков воспаления суставов нет. Кожные высыпания при этой болезни отсутствуют.

Бляшечной склеродермии свойственны очаги эритемы и индурации кожи на туловище или конечностях. Типичны медленно растущие, одиночные или множественные округлые очаги диаметром от одного до нескольких сантиметров. Ранние очаги представляют собой нечетко ограниченные бледно-эритематозные или сиреневатые бляшки, распространяющиеся по периферии и не вызывающие субъективных жалоб. Центр очагов постепенно светлеет, приобретая оттенок цвета слоновой кости, и все больше затвердевает, так что в итоге очаг окружает только сиреневатый ободок (лиловое кольцо). Процесс склерозирования продолжается, пока не сформируется блестящий атрофический пласт. Бляшки располагаются в основном на туловище, особенно на участках тесно прилегающей одежды, реже встречаются на конечностях. Они разрешаются в течение месяцев, оставляя гиперпигментацию. Симптомы недомогания, артралгии не характерны.

Растущая кольцевидная эритема с яркой внешней границей и просветлением в центре называется хронической мигрирующей эритемой и характерна для первой стадии болезни Лайма (клещевого боррелиоза). Иногда в центре эритемы наблюдаются покраснение, уплотнение, везикулы, некроз. В других случаях растущая эритема остается равномерно ярко-красной, либо образуется несколько концентрических колец, либо центр приобретает синюшный оттенок. Хроническая мигрирующая эритема развивается только у 75% больных. Инкубационный период обычно составляет от 3 до 32 дней от укуса клеща. В дебюте болезни часто отмечаются общие симптомы в виде слабости, утомляемости, головных, мышечных и суставных болей, возможен субфебрилитет.

Болезнь Лайма вызывает спирохета *Borrelia burgdorferi*, а переносчиками ее являются иксодовые клещи — довольно мелкие представители класса паукообразных. Многие люди не замечают их укуса: обычно не более 1/3 больных при обращении сообщают, что симптомы возникли после укуса клеща. Именно в месте укуса и возникает красное пятно (или папула), которое постепенно растет и превращается в мигрирующую эритему.

Географическая распространенность болезни Лайма совпадает с весьма широким ареалом распространения иксодовых клещей. Во многих районах инфицировано не менее 20% клещей, поэтому вероятность развития клещевого боррелиоза при укусе клеща высока. Московская область, где проводил каникулы наш пациент, также является эндемичным районом по клещевому боррелиозу. Пик заболеваемости приходится на летние месяцы, но следует помнить, что в средней полосе клещи активны с мая по сентябрь. Заболеть клещевым боррелиозом может любой человек независимо от возраста и пола.

Если диагноз клещевого боррелиоза не был поставлен на I стадии болезни, то спустя несколько дней или недель происходит гематогенная диссеминация возбудителя из первичного очага инфекции. На II стадии возможны дочерние эритемы, менингит, невриты черепных и спинномозговых нервов, атриовентрикулярная блокада; сохраняются артралгии и миалгии. При дальнейшем прогрессировании болезни через несколько месяцев или лет (обычно это бывает после некоторого бессимптомного периода) развиваются артрит, хроническая энцефалопатия, полинейропатия, хронический атрофический акродерматит (стадия III). Иногда болезнь Лайма бессимптомно течет вплоть до II или III стадии.

Диагноз болезни Лайма обычно ставят на основании клинической картины и подтверждают результатами серологического исследования. В первые недели болезни антител может еще не быть, но потом они появляются у большинства больных. Сероконверсия может происходить и у людей с бессимптомным боррелиозом. Принято проводить серологическую диагностику боррелиоза в два этапа, используя сначала иммуноферментный анализ, а затем иммуноблоттинг. При проведении исследования в первый месяц болезни, в частности как у нашего пациента, определяют антитела IgM и IgG, желательнее в парных сыворотках. В более поздние сроки определяют только IgG. В последние годы активно развивается диагностика клещевого боррелиоза методом полимеразной цепной реакции.

Выбор терапевтической тактики при клещевом боррелиозе определяется стадией болезни и возрастом болезни, но в любом случае речь идет о проведении длительного курса антибактериальной терапии. При наличии неврологической симптоматики и атриовентрикулярной блокады антибиотики назначаются внутривенно, во всех остальных случаях — внутрь. Препаратом первого выбора у пациентов старше 8 лет является доксициклин, у детей до 8 лет — амоксициллин в дозе 50 мг/кг в сут. Препаратами резерва для взрослых являются амоксициллин, цефуроксим аксетил, эритромицин; для детей — цефуроксим аксетил и эритромицин. Продолжительность лечения при ранней диагностике на стадии хронической мигрирующей эритемы — от 14 до 21 дня, на более поздних стадиях курс антибактериальной терапии продолжается не менее 4 нед.

Прогноз болезни определяется сроками начала антибактериальной терапии: чем раньше начато лечение, тем оно эффективнее. На фоне 21-дневного приема доксициклина симптомы болезни у нашего пациента полностью купировались.

Т. В. Куличенко, А. Е. Малахова, Ю. С. Лашкова

Научный центр здоровья детей, Москва, Российская Федерация

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Feder H.M. Jr. Lyme disease in children. *Infect Dis Clin North Am.* 2008 Jun; 22 (2): 315–26.
2. Stanek G., Strle F. Lyme disease: European perspective. *Infect Dis Clin North Am.* 2008 Jun; 22 (2): 327–39.
3. Dandache P., Nadelman R.B. Erythema migrans. *Infect Dis Clin North Am.* 2008 Jun; 22 (2): 235–60.
4. Wormser G.P., Dattwyler R.J., Shapiro E.D., Halperin J.J., Steere A.C., Klemperer M.S. et al. The clinical assessment,

treatment, and prevention of lyme disease, human granulocytic anaplasmosis, and babesiosis; clinical practice guidelines by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis.* 2006 Nov 1; 43 (9): 1089–134.

5. Centers for Disease Control and Prevention. Lyme Disease Data. URL: http://www.cdc.gov/lyme/stats/index.htmls_cid=cs_281. Accessed June 19, 2014.