

ПРИ ИКСОДОВЫХ КЛЕЩЕВЫХ БОРРЕЛИОЗАХ

А.А. Нафеев¹, А.В. Васильчев², А.Е. Федотова³

¹ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Ульяновской области», ²Ульяновский государственный университет, медицинский факультет, ³МУЗ «Центральная городская клиническая больница»

Регистрация иксовых клещевых боррелиозов (ИКБ) в Ульяновской области началась, как и во всей РФ, с введения официальной статистической отчетности по данному заболеванию с 1992 г. Всего за 1992—2007 гг. было зарегистрировано 889 больных, из них дети составили 44 человека (4,9 % от всей зарегистрированной заболеваемости). Случаи ИКБ имели место в 22 административных территориях

(n = 23). Относительные показатели заболеваемости за эти годы варьировали от 0,6 на 100 тыс. населения в 1992 г. (год начала регистрации ИКБ в Ульяновской области) до 8,2 на 100 тыс. населения в 1998 г. (максимальное количество зарегистрированных случаев в течение года составило 132 чел.). В среднем по области в последние годы регистрируется около 35—50 больных, в дальнейшем лишь у 1—2 %

инфицированных заболевание протекает в виде нейроборрелиоза, в отличие от Северо-Западного региона, где нейроборрелиоз встречается у 30—43 % [2].

Результаты проведенных исследований показали, что ИКБ чаще болеет население в возрасте старше 30 лет (55,7 %), что связано с возрастной структурой области и более частым пребыванием их в природных очагах инфекции (лесозаготовки, сбор грибов, ягод и т. д.), а также проживанием на эндемичных территориях. В Ульяновской области заболевания населения регистрируются с мая (в отдельные годы с апреля, при ранней и теплой весне) по сентябрь с максимумом в мае-июне (57,4 %), что связано с активностью *I. persulcatus* и *I. ricinus*. Второй пик активности, меньший по значению, регистрируется в сентябре-октябре (31,9 %) и обусловлен активностью *I. ricinus*. Показатель зараженности иксодовых клещей боррелиями в различных административных районах области варьирует от $(14,4 \pm 3,8)$ % (Ульяновский район, правобережная часть области — лесная подзона) до $(37,5 \pm 12,1)$ % (Ст. Майнский район, левобережная часть области — лесостепная подзона).

ИКБ — мультисистемное заболевание со сложным патогенезом. Оно отличается выраженным полиморфизмом и требует дифференциальной диагностики с рядом заболеваний самого различного профиля.

При болезни Лайма (БЛ) могут поражаться многие органы и системы организма: кожа, нервная система, опорно-двигательный аппарат, сердечно-сосудистая система, глаза, печень, селезенка и др.

Неврологические нарушения при БЛ отличаются на разных ее стадиях по степени выраженности, тяжести и клиническому синдрому. Наиболее часто они наблюдаются во второй (диссеминация возбудителя в организме) и третьей (хронизация заболевания) стадиях болезни, а в первой, как правило, отсутствуют или проявляются в виде умеренных мигрирующих болей в шейном, грудном, поясничном отделах позвоночника и по ходу нервных стволов. *Borrelia burgdorferi s.l.* могут поражать все отделы нервной системы, что проявляется широким спектром клинических симптомов и синдромов: моно(поли)невропатия, лимфоцитарный менингит, хориоретинит, менингоградикулоневропатия, миелическая параплегия, миелорадикулоневропатия, очаговый или распространенный энцефалит с такими проявлениями, как экстрапирамидные, мозжечковые, пи-

рамидные, психотические нарушения, пароксизмальные расстройства сознания, эпилептические приступы, церебральный васкулит с инфарктами мозга, прогрессирующий энцефаломиелит. Все эти синдромы могут наблюдаться как изолированно, так и в различных сочетаниях. Однако наличие лишь одного синдрома по описаниям специальной литературы встречается достаточно редко.

Церебральная менингоградикулоневропатия — ведущий синдром боррелиозного поражения нервной системы у взрослых и детей. Считается, что боррелиозная инфекция может быть причиной до 30 % одно- или двухстороннего поражения лицевого нерва у детей и от 1 до 10 % взрослых. У мужчин он развивается чаще, чем у женщин. Сочетанные одновременные поражения черепных нервов довольно редки. Сопутствующая мигрирующая эритема обнаруживается примерно у 20 % пациентов. Исследование сыворотки крови на наличие антител в начальном периоде может быть в половине случаев негативным [1].

В своей практике мы наблюдали редкий случай ИКБ с поражением лицевого нерва. При этом имели место определённые трудности в своевременности постановки заключительного диагноза.

Больной Б., в возрасте 56 лет, был направлен 26.07.07 территориальной поликлиникой г. Ульяновска в инфекционное отделение городской клинической больницы с диагнозом «Клещевой боррелиоз» с жалобами при поступлении на асимметрию лица.

В анамнезе настоящего заболевания имело место присасывание клеща, которое произошло 01.07.07 в эндемичном по клещевым инфекциям районе области. Клещ удален 06.07.07. Больной обратился к врачу-инфекционисту территориальной поликлиники 13.07.07 по поводу возникшей красноты правой ушной раковины. С 14.07.07 по назначению инфекциониста (антибиотикопрофилактика ИКБ) начат прием доксициклина и цетрина продолжительностью 13 дней. На фоне проводимого лечения по поводу клещевого боррелиоза 25.07.07 появилась гиперемия, отечность, асимметрия лица, слабость. При объективном осмотре отмечено: неяркая гиперемия в правой половине лица; увеличенные заднешейные лимфатические узлы до 2 см справа; асимметрия носогубных складок, девиация языка влево; частичный птоз верхнего века справа.

Заключение врача инфекциониста при поступлении в приемное отделение: учитывая

своевременность обращения за медицинской помощью и правильностью антибиотикотерапии по клещевому боррелиозу, данные за осложнение боррелиоза вызывают сомнение. Диагноз: неврит лицевого нерва? В приемном отделении больной был осмотрен неврологом (объективно: менингеальных знаков нет; периферический парез мимической мускулатуры справа; не морщит лоб, бровь; справа лагофтальм, гиперестезия на правой половине лица с гиперпатией, диагноз — невропатия правого лицевого нерва, как ответная реакция на укус клеща); окулистом (жалобы на отсутствие движения справа верхнего века, объективно: ОД — глазная щель открыта, глазные яблоки подвижные, мягкие безболезненные, среды прозрачные; диск зрительного нерва ОУ — розовый, четкий, артерии сужены, склерозированы, вены не изменены, периферия не изменена; диагноз — невропатия лицевого нерва справа, ангиосклероз сетчатки ОУ), стоматологом — в полости рта воспалительных очагов нет, слюноотделение умеренное, при пальпации подчелюстные слюнные железы в размере не увеличены, болезненности нет, но выводимые протоки жесткие, при наружной пальпации — правая околоушная слюнная железа несколько увеличена (данное проявление можно расценить как осложнение, возникшее при удалении клеща врачом-хирургом в поликлинике по месту жительства больного), болезненная, подчелюстные лимфатические узлы не увеличены (диагноз — острый сиалоаденит правой околоушной слюнной железы). Заключение инфекциониста: учитывая сопутствующую патологию (сиалоаденит), тропность которой не характерна для боррелиоза, и наличие невропатии лицевого нерва, определяющую клинику и тяжесть больного, диагноз «клещевой боррелиоз» снят. Больной госпитализирован в неврологическое отделение, учитывая неврологические нарушения.

Первичные результаты специфического лабораторного обследования на ИКБ от 30.07.07 не выявили антитела к боррелиям, что позволило ещё больше усомниться в боррелиозной этиологии имеющихся симптомов. В связи с чем 31.07.07 был обоснован клинический диагноз «невропатия правого лицевого нерва»: неврологический статус — сознание ясное, оболочечных знаков нет, глазные щели, зрачки D>=S, лагофтальм справа, симптом Белла (+) справа, движения ОУ в полном объёме, снижение силы мимических мышц правой половины лица, парезов конечностей нет, тонус

мышц не изменен, глубокие рефлексы оживлены, D=S, патологических стопных знаков нет, в пробе Ромберга устойчив, координаторные пробы выполняет уверенно, походка обычная, функции тазовых органов не нарушены.

Данные лабораторного обследования. Общий анализ крови: Нв 142 г/л, эритроц. $4,4 \times 10^{12}/\text{мл}$, Лейк. $8,0 \times 10^9/\text{мл}$, э-6 6-2 п-3с-64 л-19 м-6, СОЭ 21 мм/ч. Биохимическое исследование крови — показатели креатинина, билирубина, холестерина, АСТ, АЛТ, сахара крови — в норме. Общ. анализ мочи: уд. вес 1010, белок, сахар, ацетон — отрицат., эпителий 0—1 в п/зр, лейкоц. 2—1 в п/зр, эритроц. 1—2 в п/зр.

При серологическом обследовании на ИКБ, которое проводилось в динамике, во 2-й сыворотке крови от 01.08.07 обнаружены антитела: Ig M в титре 1 : 800, IgG в титре 1 : 400, что дало основание врачу-инфекционисту выставить 09.08.07 заключительный диагноз «клещевой боррелиоз, стадия реконвалесценции». Курс лечения выполнен в полном объеме. Симптоматика пареза лицевого нерва регрессировала на 90 %. Пациент был выписан на амбулаторное долечивание.

В данном случае мы наблюдали ИКБ с редким поражением нервной системы в виде невропатии правого лицевого нерва, осложнённого острым сиалоаденитом правой околоушной слюнной железы, явившегося результатом хирургического вмешательства на удаление присосавшегося клеща. Сложности по ведению данного больного инфекционистом были обусловлены сомнениями в истинном диагнозе ИКБ, хотя в этом случае имели место данные всех методов, используемых при постановке инфекционного диагноза: эпидемиологического (эпидемиологический анамнез — факт присасывания клеща и эндемичность территории, где это произошло), клинического (наличие гиперемии правой ушной раковины), лабораторного (результаты серологического обследования в динамике). Клинические симптомы нейроборрелиоза в данном случае манифестировали в остром периоде ИКБ, заболевание при этом носило непрерывный характер.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Лобзин Ю.В., Усков А.И., Козлов С.С. Лайм-боррелиоз (иксодовые клещевые боррелиозы). СПб.: Фолиант, 2000. 155 с.
2. Поляков И.А. Поздние формы нейроборрелиоза в Северо-Западном регионе России /Автореф. дисс. СПб., 1997.