

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ ЮЖНО – АФРИКАНСКОГО КЛЕЩЕВОГО РИККЕТСИОЗА

В Г. МОСКВЕ.

С.П. ПОПОВА, А.К. ТОКМАЛАЕВ, Н.Г. БЕЗБОРОДОВ

Кафедра инфекционных болезней с курсом эпидемиологии РУДН. 117198, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д.8. Медицинский факультет.

Л.В. КОЛОБУХИНА

ГУ НИИ вирусологии им. Д.И.Ивановского РАМН. 123098, Москва, ул. Гамалея 16

Ф. В. РУМО, М. В. БАЗАРОВА

Клиническая инфекционная больница №1. 123367, Москва, Волоколамское шоссе, д.63

Считается доказанной тождественность возбудителей и клинического течения южно-африканского, восточно-африканского клещевых риккетсиозов, индийского клещевого тифа и марсельской лихорадки [1,2,3]. Группа ВОЗ по изучению африканских риккетсиозов в 1950 году решила все африканские риккетсиозы рассматривать как единую группу под названием «клещевой тиф», этиологическим фактором которого является *R. spongi*. [3].

В инфицированных иксодовых клещах риккетсии сохраняют свою жизнеспособность до 18 месяцев. У больных возбудитель может сохраняться длительное время в крови, первичном аффекте и розеолах кожи [3,4]. Риккетсиемия сопровождается лихорадкой, интоксикацией, местным патологическим процессом (первичный аффект, «черное пятно») и регионарным лимфаденитом. Аллергизация, связанная с диссеминацией возбудителя и сенсибилизацией организма, проявляется в виде макулопапулезной сыпи. Болезнь характеризуется доброкачественным течением и пожизненным иммунитетом.

В качестве примера приводится следующее клиническое наблюдение.

Больной Д., 54 лет (и/б № 6118) поступил в I клиническую инфекционную больницу №1 в первый день болезни с диагнозом – лихорадка неясной этиологии.

При поступлении отмечал недомогание, небольшую слабость, головную боль, субфебрильную температуру, сыпь на коже, пятно с четкими краями в области левой голени.

Заболел 4/IV-02г., когда заметил очаг покраснения и уплотнения на левой голени. С 5/IV-02 повысилась температура до 38,2 °С с ознобом, беспокоили небольшое недомогание и слабость.

Из эпиданамнеза выяснено, что больной находился в командировке в ЮАР с 15/III-02г. по 25/III-02г. Посещал зоопарк, кормил с руки львенка. Одновременно с ним заболели еще два человека, находившиеся в той же командировке и госпитализированные в больницу ЦКБ с такими же субъективными и объективными проявлениями. Диагноз риккетсиоза у них позднее был подтвержден серологически.

При поступлении состояние больного средней тяжести. Температура тела не превышала 37,8 - 38°С. Интоксикационный синдром был выражен умеренно: отмечалась общая слабость, недомогание, головная боль, снижение аппетита, неглубокий сон.

На коже лица, конечностей, спины роzeолезно - папулезная сыпь в виде изолированных элементов, округлой формы размером до 2 мм; кожного зуда не было. На нижней трети левой голени по передней поверхности имеется очаг гиперемии с инфильтратом, размером до 4 см и точечным некрозом в центре, окруженный зоной красноты. Инфильтрат выступает над уровнем кожи, безболезненный; от него исходит линейная гиперемия кожи по передней поверхности (лимфангит). Паховые лимфоузлы слева увеличены до 2,5 см, безболезненные; лимфоузлы других групп небольшие.

При аускультации дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, ЧСС 84 уд в мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения; АД - 100/80 мм рт.ст.

Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Дизурических явлений нет. Симптом Постернацкого отрицательный.

Сознание ясное. Менингеальных и очаговых знаков нет.

Лабораторные данные: анализ крови: Hb – 157 г/л, эритроциты - $4,64 \times 10^{12}$; лейкоциты - $4,2 \times 10^9$, нейтрофилы: палочкоядерные - 2%, сегментоядерные - 54%, лимфоциты - 21%, моноциты - 19%, базофилы - 2%, эозинофилы - 1%, плазматические клетки - 1%; тромбоциты - 185 тыс в 1 мкл; СОЭ - 17 мм/час

Биохимический анализ крови: билирубин общий – 9 мкмоль/л; холестерин - 4,4 ммоль/мин/л; мочевины - 3,8 ммоль/мин/л; АСТ – 66 ммоль/мин/л, АЛТ – 58 ммоль/мин/л; тимоловая проба – 3 ед.

Сахар крови 5,1 ммоль/л; кровь на малярию отрицательная.

РНГА с комплексным сальмонеллезным диагностиком отрицательная.

РНГА с антигеном Провачека отрицательная.

Бактериологический анализ кала на кишечную группу отрицательный.

С – реактивный белок 12 мг/л.

Острое начало болезни с повышением температуры, умеренно выраженный интоксикационный синдром, наличие первичного аффекта с лимфангитом и регионарным лимфаденитом, распространенная розеолезно - папулезная сыпь, данные эпиданамнеза о пребывании пациента в эндемичной зоне, возможность передачи инфекции с укусом клеща при контакте с диким животным, групповой характер заболевания послужили основанием для диагностики у больного южно-африканского клещевого риккетсиоза.

Больному проведена этиотропная терапия доксициклином по 0,1х2 раза в день в течение 6 дней, назначали витамины С и группы В, глюконат кальция, антигистаминные препараты.

Состояние больного улучшилось, уже на 2-й день лечения расценивалось как удовлетворительное: снизилась температура тела, исчезли общая слабость и другие признаки интоксикации. На 6-й день пребывания в стационаре исчезли высыпания на теле, оставив пигментированные пятна. Постепенно в области первичного аффекта исчезла гиперемия и инфильтрация. Пятно стало также интенсивно пигментированным (на 8-й день болезни), на месте некроза образовалась корочка; вокруг очага наблюдалось шелушение кожи. Исчез полностью лимфангит, паховые лимфоузлы уменьшились в размере до 0,5 см в диаметре.

Таким образом, южно-африканский клещевой риккетсиоз у наблюдавшегося больного протекал доброкачественно в среднетяжелой форме. Следует отметить высокую эффективность этиотропного лечения доксициклином. Больной выписан в удовлетворительном состоянии на 12-й день болезни

Литература

1. Здродовский П.Ф., Галиневич Е. М. Учение о риккетсиях и риккетсиозах. - М., 1972, 496 с.
2. Лобан К. М. Клиника и диагностика некоторых эндемических риккетсиозов. М., 1977, с. 26-45.
3. Лобан К.М., Лобзин Ю.В., Лукин Е.П. Риккетсиозы человека. Руководство для врачей.- ЭЛБИ-С-Пб, 2002, 476 с.
4. Durand P. et al. Conseli arch Inst. Past. de Tunis, 1931 (цит. по П.Ф. Здродовскому и Е. М. Голинович, 1972)

A CASE OF DIAGNOSIS SOUTH AFRICAN'S, TICK RICKETSIOSIS IN MOSCOW CITY

**S.P. POPOVA, A.K. TOKMALAEV, N.G. BESBORODOV, L.B. KOLOBUKHINA,
F.B. RUMO, M.B. BAZAROVA**

Department of infectious disease with a course of epidemiology of RPFU. 117198, Moscow,
Miklucho-Maklaystr., 8

Municipal infections hospital №1. 123367. Moscow, Volocolamskaya str., 63

Clinic investigations of a patient with South African Tick Rickettsiosis, who was infected during his stay in the South African Republic. Duration of disease was moderate with typical clinical symptoms: primary affection on the left leg, regional lymphadenitis, characterized with rashes on the skin, fever. Treatment with Doxycyline was effective temperature was normalized on the 2nd day, disappearance of eruptions of the skin on the 6th day after using aetiotropical treatment.