

Болезнь Лайма в практике дерматолога

Н.Н.Потекаев^{1,2}, И.М.Корсунская³, С.Д.Гусева², З.А.Невозинская^{1,2}

¹ГБОУ ВПО Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова Минздрава России, Москва;

²ГБУЗ Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы;

³ФГБУН Центр теоретических проблем физико-химической фармакологии РАН, Москва

В последнее время возрастает заболеваемость иксодовым клещевым боррелиозом, который относится к группе облигатно-трансмиссивных природно-очаговых заболеваний [1]. Заболевание вызывается спирохетоподобными микроорганизмами *Borrelia burgdorferi*, переносчиками которых являются иксодовые клещи. Боррелии присутствуют в желудочно-кишечном тракте и слюнных железах клеща, откуда при укусе и/или присасывании они попадают в организм прокормителя. Довольно часто (30–50% случаев) на месте укуса развивается очаг гиперемии – так называемая хроническая мигрирующая эритема Афцеллиуса–Липшютца. Инкубационный период варьирует от нескольких дней до 60 дней. В центре очага длительное время может сохраняться след от укуса. Иногда в центре очага могут отмечаться единичные везикулы, пустулы или геморрагические высыпания. Клиническая картина (рис. 1, 2) представлена единичными или множественными пятнами розового цвета на коже туловища и/или конечностей. Нередко отмечается наличие нескольких кольцевидных элементов один внутри другого. Высыпные элементы склонны к периферическому росту, поэтому с течением времени в центре оча-

га наблюдается разрешение и гиперемия сохраняется только по периферии очага, образуя тем самым кольцевидный элемент, который продолжает расти и может распадаться на несколько частей. С течением времени даже без лечения очаг самостоятельно разрешается. Субъективные ощущения обычно отсутствуют, редко пациенты жалуются на ощущение зуда или жжения в очаге. При этом достаточно часто пациенты сообщают о нарушении общего состояния: головная боль, артралгии, плохое самочувствие, раздражительность, тошнота, субфебрильная температура. С течением времени могут развиваться поражения разных органов и систем – кожных покровов, желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой и нервной систем, опорно-двигательного аппарата.

Иксодовый клещевой боррелиоз следует дифференцировать [2] с простым и аллергическим контактным дерматитом, очаговой склеродермией, кольцевидной центробежной эритемой Дарье, укусами разных насекомых (оса, пчела).

Под нашим наблюдением находился ребенок 8 лет 7 мес с жалобами на высыпания на коже живота, существующие в течение 10 дней (рис. 3). Субъективные

ощущения отсутствовали. Мама связывала появление высыпаний с покупкой новых шорт, которые ребенок надел без стирки. Со слов мамы, она заметила очаг через 3 дня после этого. Мама самостоятельно наносила топический стероид в виде крема на кожу в течение 5 дней, однако очаг продолжал увеличиваться в размере. Мама с ребенком обратилась в филиал «Варшавский» ГБУЗ Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗ г. Москвы, где был поставлен диагноз «иксодовый клещевой боррелиоз(?)» и рекомендована консультация инфекциониста. Однако мама самостоятельно сдала анализ крови на антитела к *B. burgdorferi*, которые оказались отрицательными. В связи с этим мама не стала обращаться к инфекционисту и продолжила смазывать очаг на животе кремом, содержащим топический глюкокортикостероид, еще в течение 10 дней. Однако улучшения не наблюдалось. Мама обратилась к инфекционисту, который подтвердил диагноз болезни Лайма. Ребенку был назначен доксициклин в дозировке 100 мг 1 раз в сутки в течение 21 дня. Через 4 дня после начала приема препарата высыпания на коже живота разрешились. Серологическое исследование, прове-



Рис. 1. Клиническая картина.



Рис. 2. Клиническая картина.

денное через 2 нед после начала приема антибиотиков, показало наличие антител иммуноглобулинов (Ig) класса G на уровне 42,5 Е/мл (менее 10 Е/мл – отрицательный результат; более 20 Е/мл – положительный результат), а также наличие антител класса IgM на уровне 39 RU/мл (менее 16 RU/мл – отрицательный результат; более 22 RU/мл – положительный результат). Очередное серологическое исследование, проведенное через 2 нед после окончания терапии, показало снижение уровня антител IgG и IgM и полное разрешение высыпаний.

Чаще всего пациенты обращаются в осенне-зимний период и, как правило, к дерматологу. Поэтому необходимо проводить тщательное обследование на наличие антител к *Borrelia burgdorferi sensu lato*, чтобы своевременно начать адекватное лечение.



Рис. 3. Иксодовый клещевой боррелиоз.

Литература

1. Коренберг ЭИ, Воробьева НН, Сумливая ОН и др. Инфекции, передающиеся иксодовыми клещами, в Пермском крае (этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение и профилактика). Методические рекомендации для врачей. 2007.

2. Дифференциальная диагностика кожных болезней. Под ред. БАБеренбейна, ААСтудницина. 1989.
3. Кожные болезни и инфекции, передающиеся половым путем. Руководство для врачей. Под ред. Ю.С.Бутова. 2002.



Фотозадача

Л.И.Глебова
ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И.Евдокимова Минздрава России

Пациент 18 лет поступил на обследование для уточнения диагноза по направлению комиссии военкомата.

Семь лет назад на коже верхнего века правого глаза стали появляться высыпания в виде желтоватых мелких узелков размером с мелкую каплю, пшено, приблизительно 2–4 мм, не склонных к разрастанию в бляшки, с гладкой поверхностью, плотноэластической консистенции, безболезненные при пальпации. На других участках кожи и слизистой полости рта высыпания отсутствуют. В течение 7 лет элементов на коже век становилось все больше, но к врачам юноша не обращался. Соматическое состояние вполне удовлетворительное. Жалоб не предъявляет. Клинические анализы крови и мочи без особенностей.

Ваш диагноз? Чем его подтвердить? Какие дополнительные исследования нужно провести? Лечение?

Ответ на с. 27

