© *Коллектив авторов, 2006*

А.А. Нафеев[1], И.Б. Виноградова[2]

ХРОНИЧЕСКАЯ ФОРМА БОЛЕЗНИ ЛАЙМА У РЕБЕНКА 15 ЛЕТ

[1]Федеральное государственное учреждение здравоохранения «Центр гигиены и эпидемиологии в Ульяновской области», медицинский факультет Ульяновского государственного университета;
[2]Государственное учреждение здравоохранения «Ульяновская областная клиническая больница», г. Ульяновск, РФ

Болезнь Лайма, или системный клещевой боррелиоз, – инфекционное заболевание, которое может поражать различные органы, но более всего кожу, нервную систему, суставы и сердце. Интересными, на наш взгляд, представляются дерматологические проявления этой инфекции, названной L. Sigal – «великим имитатором» [1]. Среди таких проявлений отмечают изменения, протекающие по типу склеродермии. Отдельные авторы рассматривали распространенную склеродермию как позднее проявление боррелиоза, отмечая у таких больных высокий титр IgG-антител к боррелиям Бургдорфера и поразительно быстрое улучшение после лечения пенициллином.

В нашем случае приводится описание случая хронической формы болезни Лайма с преимущественным поражением кожи по типу склеродермии.

Больной Ш., 15 лет, находился с 31.10.2005 по 09.11.2005 в ревматологическом отделении Государственного учреждения здравоохранения «Ульяновская областная клиническая больница». Поступил с жалобами на боли в суставах. Установлено, что болен с 2000 г., когда на фоне повышения температуры тела появились боли в крупных суставах, головокружение, гиперпигментированные участки кожи, преимущественно в поясничной области, на ногах. Лечился ранее в Государственном учреждении здравоохранения «Ульяновская областная детская клиническая больница» с диагнозом: системная склеродермия. Была проведена биопсия кожи: морфологическая картина не противоречит склеродермическому изменению. Настоящее обострение произошло с сентября 2005 г.: участились боли в суставах, сердце, головокружение. В течение полугода принимал делагил 0,025 1 табл. на ночь, в течение года – L-тироксин по поводу ювенильной струмы II степени, эутиреоза. Госпитализирован для уточнения диагноза и лечения.

Консультация дерматолога: на момент осмотра клинических симптомов склеродермии не определяется. Консультация врача-инфекциониста: обнаружение антител IgG к боррелиям в реакции ИФА в титре 1:400 следует трактовать как проявление иксодового клещевого боррелиоза (ИКБ); рекомендовано провести курс антибиотикотерапии с учетом чувствительности боррелий к препаратам пенициллинового ряда. Диагноз склеродермии снят. Проведенное после курса антибиотикотерапии серологическое обследование выявило снижение титра антител к боррелиям до 1:100.

Кожные изменения при очаговой склеродермии представляют собой начальные проявления хронического атрофического акродерматита и должны рассматриваться как псевдосклеродермия [3].

Таким образом, если клинический диагноз эритемных форм ИКБ в типичных случаях не вызывает затруднений (присасывание клеща на эндемичной по ИКБ территории, наличие на его месте кольцевидной эритемы диаметром 5 см и более), то хронический атрофический акродерматит требует проведения дифференциальной диагностики с ограниченной бляшечной склеродермией. В постановке диагноза неоценимую помощь оказывают, кроме тщательно собранного эпидемиологического анамнеза и патогномоничных симптомов, лабораторные методы исследования (реакция иммунофлюоресценции, метод полимеразной цепной реакции), а в хронической стадии ИКБ – проведение гистологического исследования биоптата кожи.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Самсонов В.А., Олисова М.О., Милонова Т.И.* О взаимосвязи болезни Лайма и очаговой склеродермии. Вест. дерматологии и венерологии. 1996; 1: 8–9.

2. *Bucher S., Flckiger B., Rufli Th.* Hautarzt. 1988; 39: 2: 77–81.

3. *Лобзин Ю.В., Усков А.Н., Козлов С.С.* Лайм-боррелиоз (иксодовые клещевые боррелиозы), СПб: «Фолиант», 2000.