

© Нафеев А.А., 2007

А.А. Нафеев

## СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЫ РАННЕГО НЕЙРОБОРРЕЛИОЗА У РЕБЕНКА 14 ЛЕТ

ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Ульяновской области»,  
медицинский факультет Ульяновского государственного университета, г. Ульяновск, РФ

**Автор приводит описание случая поздней диагностики иксодового клещевого боррелиоза (ИКБ) с поражением ЦНС у мальчика 14 лет. Подчеркивается роль динамического серологического обследования на боррелиоз в своевременной диагностике ИКБ.**

**Ключевые слова:** иксодовый клещевой боррелиоз, нейроборрелиоз, диагностика.

**Author describe the case of tick borreliosis (TB) with CNS lesion in a boy of 14 years. Importance of serological examination in dynamic for current TB diagnosis is emphasized.**

**Key words:** tick borreliosis, neuroborreliais, diagnosis.

В Ульяновской области инфекции, передающиеся иксодовыми клещами, представлены клещевым весенним энцефалитом (КВЭ) и иксодовыми клещевыми боррелиозами (ИКБ). При этом если КВЭ регистрируется не ежегодно в виде спорадических случаев, то ИКБ имеет постоянную регистрацию практически на всех ее административных территориях.

Острые поражения нервной системы при ИКБ за весь период регистрации этой инфекции в области в нашей практике не встречались. Неврологические проявления у детей встречаются чаще, чем у взрослых (17–46% случаев в Северо-Западном регионе РФ), и наблюдаются, как правило, уже на 1-й неделе заболевания. Типичными неврологическими проявлениями раннего нейроборрелиоза являются синдром Баннаварта (50%) (менингоградикулоневрит), лимфоцитарный менингит (16%) и др. [1]. Синдром энцефалита (энцефаломиелита) при ИКБ возникает, по данным отдельных авторов, достаточно редко, составляя от 0,1 до 1% среди других проявлений [2].

Диссеминированный энцефаломиелит (ДЭМ) боррелиозной этиологии у детей составляет 87,5% всех бактериальных ДЭМ, а в общей структуре этиологических факторов – 33,3%. В 85,7% случаев имеет место острое и подострое начало. Постепенное начало характеризуется последовательным появлением очаговых неврологических нарушений: отмечается непостоянный в течение дня субфебрилитет, общемозговые явления (33,3% слу-

чаев) проявляются в виде угнетения сознания до уровня сомнолентности и сильной головной боли.

Острое начало заболевания характеризуется появлением неврологических нарушений в среднем в течение  $3,7 \pm 1,5$  суток на фоне лихорадки до  $38,5^{\circ}\text{C}$  с развитием общемозговых симптомов в виде угнетения сознания до уровня сомнолентности, сильных головных болей. Менингеальный синдром наблюдается у всех больных. Психические изменения наблюдаются с той же частотой, что и двигательные, в 44,4% наблюдений проявляются распадом сложных видов праксиса и гнозиса [1].

В нашем случае имела место острая форма нейроборрелиоза, не диагностированная на ранних этапах медицинского наблюдения и обследования.

Больной Ю. 14 лет поступил 10.05.07 в ГУЗ Областная детская инфекционная больница (ГУЗ ОДИБ) с диагнозом: клещевой энцефалит. При поступлении: температура тела  $38,2^{\circ}\text{C}$ , следы множественных присасываний клещей (2 на голове, один в области спины) с зудом в месте присасываний, головная боль при перемене положения тела, сонливость, слабость, вялость.

Анамнез настоящего заболевания: заболел остро с появления головной боли, затем присоединилась лихорадка до  $38^{\circ}\text{C}$ .

Эпидемиологический анамнез: больной с 29.04 по 08.05.07 находился в экспедиции (станция юных натуралистов) в одном из сельских районов области. 08.05.07 были удалены клещи: два – с головы, один – со спины.

### Контактная информация:

Нафеев Александр Анатольевич – ФГУЗ Центр гигиены и эпидемиологии в Ульяновской области

Адрес: 432005 г. Ульяновск, ул. Пушкирева, 5

Тел./факс: 40-56-63, E-mail: nva@MV.ru

Статья поступила 25.09.07, принята к печати 23.09.09.

При осмотре ребенок вялый, сонливый за счет интоксикации. Сознание ясное, несколько заторможено. Заднешейные, затылочные, подчелюстные, подмышечные, паховые лимфатические узлы увеличены до 1,5–1,8 см в диаметре, подвижные, болезненные, не спаянные. Зрение: D=S, реакция на свет сохранена, светобоязнь. Со стороны других систем и органов патологии не обнаружено. Предварительный диагноз: клещевой энцефалит.

По ходу лечения и наблюдения больного с лечебной целью 12–16.05.07 введено 25 мл иммуноглобулина против клещевого энцефалита.

За время наблюдения больного (с 15.05 по 20.05.07) ухудшения состояния не отмечено: общее состояние средней тяжести, самочувствие удовлетворительное. Рабочий диагноз: клещевой энцефалит, лихорадочная форма.

Обоснование (перед выпиской 21.05.07) клинического диагноза «ОРВИ, фарингит, нейротоксикоз»: острое начало, синдром интоксикации (головная боль, слабость, сонливость), лихорадка, катаральные явления – гиперемия слизистой оболочки ротоглотки, в общем анализе крови лейкопения, лимфоцитоз, отрицательные результаты обследования на клещевой энцефалит и ИКБ (антитела не обнаружены) в парных сыворотках (от 16.05 и 21.05.07). За время нахождения в ГУЗ ОДИБ были проведены следующие обследования.

Общий анализ мочи 12.05.07: уд. вес 1017, лейкоциты 1–2 в поле зрения, цилиндры 0–1 в поле зрения.

Общий анализ крови от 12.05.07: эр.  $4,4 \cdot 10^{12}/л$ , Нб 133 г/л, тр.  $215 \cdot 10^9/л$ , л.  $3,6 \cdot 10^9/л$ , СОЭ 12 мм/ч; от 14.05.07:  $4,6 \cdot 10^{12}/л$ , Нб 142 г/л, тр.  $216 \cdot 10^9/л$ , л.  $12,8 \cdot 10^9/л$ , СОЭ 9 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок 61,6 г/л, глюкоза 6,6 ммоль/л, креатинин 83,9 мкмоль/л, С-реактивный белок отр., АЛТ 28,3 Е/л, АСТ 46,7 Е/л, билирубин общий 12,08 мкмоль/л, прямой 2,92 мкмоль/л.

Лечение: иммуноглобулин против клещевого энцефалита, циклоферон, супрастин, бификол, мезим форте, витамины В<sub>6</sub>, В<sub>12</sub>, преднизолон, амоксиклав.

28.05.07 ребенок был доставлен родителями по направлению участкового психиатра в ГУЗ Областная клиническая психиатрическая больница им. Н.М. Карамзина с диагнозом: острое психотическое расстройство (галлюцинаторно-бредовое). Из анамнеза следует, что у больного (с 22.05.07 находился в одном из детских санаториев области) 26.05.07 появилась неадекватность поведения: был возбужден, многоречив, подрался со сверстником, говорил не по- существу, вел себя неадекватно. При поступлении в стационар больной возбуж-

ден, не удерживается на месте, речь в форме монолога, экспрессивная, агрессивен, негативистичен.

На момент осмотра 29.05.07 заведующим отделением больной не удерживается на месте, стремится встать и уйти. Рассказывает врачу, что имеет «родовую монету 1794 года». Утверждает, что позвонит немедленно американскому пресс-секретарю. Обещает дать врачу 20 миллионов рублей и т.д. Наблюдаются идеи величия, переустройства мира, непоследовательность суждений, разноплановость, соскальзывание в мышлении, неадекватные ассоциации, возбуждение, многоречивость, экспрессивная речь, полное отсутствие критики к болезни.

Осмотрен неврологом: последствия перенесенного энцефалита в виде легкого гипертензивного синдрома. Осмотрен инфекционистом: последствия перенесенного энцефалита, возможно клещевого. Осмотрен психологом: больной эмоционально неустойчив, фон настроения снижен, интеллект сохранен, выраженная склонность к рассуждательству с явлениями соскальзываний и потерей логики суждений, навязчив, своеобразии мотивов поведения, трудности социальной адаптации.

На фоне проводимой терапии (с 28.05 по 28.06.07) галоперидолом, реланиумом, пантогамом, трифтазином, азалептином, карбамазепином, мексидолом, комплексом витаминов психотическая симптоматика дезактуализировалась, нормализовалось поведение, появилась формальная критика к болезни, нормализовался сон, больной стал спокоен, упорядочен.

Заключительный диагноз: острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении.

Учитывая ранее описанный эпиданамнез настоящего заболевания, а также в целях установления истинной причины наблюдаемой клинической картины и достижения необходимой реабилитации больного, биоматериал (3-я сыворотка, забранная в начале июля 2007 г.) был направлен в ФГУЗ «Центр прикладной микробиологии» г. Оболенск, Московская область. В результате постановки нескольких серологических тестов (ИФА и Western-blot) были обнаружены антитела к боррелиям в диагностических титрах, что явилось прямым подтверждением ИКБ в форме нейроборрелиоза.

Таким образом, редкая регистрация ИКБ среди детей, особенно в форме с поражением нервной системы, при отсутствии «золотого» маркера данного заболевания – мигрирующей эритемы не позволило выставить правильный диагноз на ранних этапах обследования больного. Важное значение в диагностике заболевания имеют современные методы обследования, в частности Western-blot.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Иксодовый клещевой боррелиоз у детей (патогенез, клиника, лечение, прогноз, профилактика). Пособие для врачей. СПб., 2004.

2. Скрипченко Н.В., Иванова Г.П., Трофимова Т.Н. и др. Эпид. и инфекц. бол. 2006; 3: 36–41.