

СОЧЕТАННОЕ ПОРАЖЕНИЕ КОЖИ И НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТА С ЛАЙМ-БОРРЕЛИОЗОМ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Совкич А.Л., Цыркунов В.М., Островская О.В.

*Гродненский государственный медицинский университет
Гродненская областная клиническая инфекционная больница*

Актуальность. В последнее десятилетие отмечается значительный рост заболеваемости Лайм-боррелиозом в РБ. В клинической картине заболевания преобладают изолированные поражения кожи, ЦНС, суставов и др. Но имеют место и сочетанные поражения нескольких органов.

Пациент Р. 32 лет поступил в ГОИКБ 17.07.12 года с жалобами на повышение температуры тела до 37.4 0С, головную боль, боль в пояснице, эритему на передней поверхности живота. Из анамнеза заболевания установлено, что пациент считает себя больным около 2 недель, когда появилась выраженная боль в пояснице. Эритема на коже живота наблюдалась в течение 3-4 недель, субъективного беспокойства не вызывала, и пациент по поводу эритемы не обращался за медицинской помощью. Пациент был направлен терапевтом в неврологическое отделение 3Горбольницы, где лечился с диагнозом «Люмбаишалгия слева, умеренно выраженный болевой синдром». В период лечения (с 9.07 по 17.07.2012) у пациента улучшения не отмечалось, появилась выраженная головная боль, повышение температуры тела до 37.40С. Пациент консультирован инфекционистом и с диагнозом «Лайм-боррелиоз» пациент направлен и госпитализирован в ГОИКБ.

Эпидемиологический анамнез. Пациент отмечает присасывание клеща около 2 месяцев назад в область живота. Клещ удален самостоятельно, не обследован на наличие возбудителя КБ (клещевого боррелиоза), профилактического приема антибактериальных препаратов не было. За медпомощью до появления жалоб не обращался. В течение лета пациент многократно посещал лес, но другие укусы клещей отрицает. В семье все здоровы.

Наследственный анамнез: наличие наследственно обусловленных заболеваний не выявлено.

Общий осмотр: общее состояние средней степени тяжести. Нормотермия. Пациент в сознании, на вопросы отвечает, команды выполняет, ориентирован в пространстве и времени. Настроение спокойное. Лицо симметрично, реакция зрачков сохранена, зрачки равные, глазные щели равновеликие. Менингеальные знаки сомнительные (ригидность мышц затылка слабо положительная, симптомы Кернига и Брудзинского отрицательные). Кожные покровы бледно-розовые, влажные. На коже живота неяркая единичная типичная эритема (в месте укуса клеща) диаметром 20 см., безболезненная при пальпации, зуда нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Изменений со стороны сердечно-легочной системы не обнаружено. У пациента на третьи сутки пребывания в инфекционном стационаре появились жалобы на невозможность закрыть правый глаз, правостороннее слезотечение, асимметричность лица, затруднение при глотании. На фоне лечения парез лицевого нерва

полностью восстановился в течение 7 дней.

Пациенту выполнена люмбальная пункция 17.07.12 (при поступлении в ГОИКБ), получен прозрачный бесцветный ликвор с общим цитозом 540 клеток (95 % лимфоциты, 5% нейтрофилы). Белок -1,38 г/л, глюкоза -2,0. Повторная пункция 2,08,12, получен бесцветный, прозрачный ликвор, цитоз 46 клеток (92% лимфоциты, 8 % нейтрофилы), белок 0,66 г/л, глюкоза 3,7 ммоль/л.

ОАК 17.07.12: лейкоциты $10,2 \cdot 10^9$, эритроциты $5,12 \cdot 10^{12}$, гемоглобин 151 г/л, тромбоциты $199 \cdot 10^9$, СОЭ 4 мм/час. Лейкоцитарная формула: сегментоядерные нейтрофилы 56%, эозинофилы 2%, лимфоциты 37 %, моноциты 5%.

ОАМ, ЭКГ, УЗИ внутренних органов, биохимический анализ крови в пределах нормы.

ИФА крови 18.07.12 (2 неделя заболевания) выявлены Ig M к возбудителю Лайм-боррелиоза.

Пациент получал следующее лечение: цефтриаксон 2,0 г*2 раза в день внутримышечно (24 дня), дезинтоксикационная и десенсебилизирующая терапия, витаминотерапия – витамины группы B1 и B6, с противовоспалительной целью получал дексаметазон 16 мг в сутки коротким курсом с постепенной отменой. В результате проведенного комплексного лечения состояние пациента при выписке отмечается как удовлетворительное, жалоб нет, последствий после перенесенного заболевания нет. Функция лицевого нерва полностью восстановилась.

Выводы. Данный клинический случай показателен тем, что на фоне еще не исчезнувшей эритемы (была у пациента в течение 3-4 недель) появились типичные признаки поражения центральной и периферической нервной системы. Отсутствие должного внимания к эпидемиологическому анамнезу пациента привели к затянувшейся первичной диагностике заболевания. Но комплексное лечение (этиотропное, патогенетическое, симптоматическое) помогли полностью восстановить здоровье пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Girschick, H.J., H. Morbach, and D. Tappe. Treatment of Lyme borreliosis / H.J.Girschick // Arthritis Res Ther. - 2009. -11(6). - P. 258.
2. Mygland, A., et al. EFNS guidelines on the diagnosis and management of European Lyme neuroborreliosis / A. Mygland // Eur J Neurol. - 2010. - 17(1) - P. 8-16.
3. Flisiak, R., et al., Diagnostics and treatment of Lyme borreliosis. Recommendations of Polish Society of Epidemiology and Infectious Diseases / R. Flisiak // Przegl Epidemiol. - 2008. - 62(1). - P.193-9.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЕ

¹Солодовникова Н.Г., ¹Ильина С.Н., ¹Кринец Ж.М., ²Карпович Н.В.,
²Логош С.М.

¹Гродненский государственный медицинский университет

²Гродненская областная клиническая больница

Актуальность. В настоящее время число людей, страдающих глаукомой, возросло в мире до 105 млн. человек, из них 9,1 млн. имеют