doi: 10.17116/otorino201681159-60

Сочетание пареза гортани у больной с системным клещевым боррелиозом (болезнь Лайма)

Врач В.М. БОБРОВ*, врач Н.И. ИЖБОЛДИНА

Оториноларингологическое отделение (зав. — В.М. Бобров) ГКБ №8 им. И.Б. Однопозова (глав. врач — А.А. Есипов), Ижевск, Россия, 426075

The combination of laryngeal paresis in the patients presenting with systemic tick-borne borreliosis (Lyme disease)

V.M. BOBROV, N.I. IZHBOLDINA

I.B. Odnopozov City Clinical Hospital No 8, Izhevsk, Russia, 426075

Ключевые слова: парез гортани, системный клещевой боррелиоз (болезнь Лайма).

Keywords: laryngeal paresis, systemic tick-borne borreliosis, Lyme disease.

Системный клещевой боррелиоз (болезнь Лайма) — инфекционное трансмиссивное природно-очаговое заболевание, имеющее склонность к хроническому и рецидивирующему течению и преимущественному поражению кожи, нервной системы, опорно-двигательного аппарата и сердца. Впервые изучение заболевания началось в 1975 г. в местечке Лайм (США).

Возбудителями болезни Лайма являются спирохеты рода боррелий. Возбудитель тесно связан с пастбищными (иксодовыми) клещами и их естественными хозяевами. Общность переносчиков для возбудителей иксодового клещевого боррелиоза и вируса клещевого энцефалита определяет наличие у клещей, а следовательно и у больных, случаев смешанной инфекции. Географическое распространение болезни Лайма обширно, она встречается на всех континентах (кроме Антарктиды). По уровню заболеваемости и тяжести клинического течения болезнь Лайма представляет одну из актуальных медицинских проблем для многих европейских стран, включая Россию. В России заболеваемость болезнью Лайма достигает 10—12 человек на 10 000 населения. Удмуртия является высокоэндемичным районом по болезни Лайма, заболеваемость здесь составляет в среднем 35 человек на 10 000 населения, что превышает показатели по другим регионам России в 5—10 раз. Для окружающих больной болезнью Лайма не опасен [1—7].

Заражение происходит при укусе инфицированным клещом. Боррелии со слюной клеща попадают в кожу и в течение нескольких дней размножаются, после чего распространяются на другие участки кожи и внутренние органы (сердце, головной мозг, суставы и др.). Боррелии в течение длительного времени (годы) могут сохраняться в организме человека, обусловливая хроническое и рецидивирующее течение заболевания. Хроническое течение болезни может развиться после длительного периода времени. Процесс развития болезни при боррелиозе сходен с процессом развития сифилиса. Инкубационный период — от 2 до 30 дней, в среднем — 2 нед. Характерным признаком начала заболевания в 70% случаев является появление на месте укуса клещом покраснения кожи. Красное пятно постепенно увеличивается по периферии, достигая 1—10 см в диаметре. Пятно без лечения сохраняется 2—3 нед, затем исчезает. Через 1—1,5 мес развиваются признаки поражения нервной системы, сердца или суставов, в том числе черепных нервов [3—4].

Для подтверждения диагноза производится исследование крови с помощью реакции иммунофлюоресценции (РИФ) и иммуноферментного анализа (ИФА). Метод рассчитан на определение иммуноглобулинов в динамике путем исследования парных сывороток крови: первый забор крови в количестве 5 мл производится на 5—7-й дни болезни, второй — через 10 дней после первого. Диагностическое значение имеет не менее чем 4-кратное нарастание титра антител в сыворотке крови при втором заборе по сравнению с первым.

Возникновение пареза гортани у больной с системным клещевым боррелиозом (болезнь Лайма) в доступной литературе мы не встретили. Представляем наше наблюдение.

Пациентка *Ш.*, 26 лет, поступила в ЛОР-отделение 06.09.14 в экстренном порядке с жалобами на охриплость, поперхивание во время еды, одышку при физической нагрузке. Данные жалобы появились 31.08.14 после того, как, находясь за городом, обнаружила и удалила с кожи предплечья клеща. Укуса клеща не было. 03.09.14 обратилась амбулаторно к ЛОР-врачу. Было назначено лечение по поводу острого ларингита. При поступлении: температура тела 36,9 °С. Пульс 72 уд. в 1 мин, АД 120/80 мм рт.ст.

© В.М. Бобров, Н.И. Ижболдина, 2016

*e-mail: bobrovvm@mail.ru

ЛОР-органы: нос, глотка, уши без патологии. Гортань — осиплость, слизистая оболочка умеренно гиперемирована. Голосовые складки розовые, при фонации правая голосовая складка неподвижная. Голосовая щель — 5 мм. Анализ крови 06.09.14: эр. $5{,}22 \cdot 10^{12}$/л; Hb 156 г/л; л. $4{,}9 \cdot 10^{6}$/л, э. 1, п. 6, с. 59, мон. 4; СОЭ 5 мм/ч. Диагноз: острый ларингит, парез голосовой складки справа. Назначено лечение: амписид 1500 мг 2 раза в день внутримышечно, хлористый кальций 1% — 100,0 внутривенно, внутригортанное вливание эмульсии гидрокортизона, раствор димедрола 1% — 1,0 внутримышечно, голосовой режим. 09.09.14 жалобы на выраженную головную боль в височно-лобной области, тошноту и рвоту, не приносящей облегчения. Чувство давления на глазные яблоки и светобоязнь. Заключение невролога: очаговой неврологической симптоматики нет. Выявлен гипертензионный синдром. Не исключается нейроинфекция. Рекомендована консультация инфекциониста. 09.09.14 после консультации инфекциониста с диагнозом «серозный менингит» переведена в инфекционное отделение. Находилась на лечении в инфекционном отделении с 09.09.14 по 03.10.14 Повторная консультация невролога 10.09.14: стволовой энцефалит (герпес?) в виде альтернирующего синдрома (парез IX—X пар черепно-мозговых нервов слева и пирамидной недостаточности справа.

11.09.14 исследование ликвора методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) на энтеровирусы, вирус простого герпеса (HSV), иксодовый клещевой боррелиоз (ИКБ), клещевой энцефалит (КЭ) — результаты отрицательны.

Данные ИФА на клещевой энцефалит: IgM — 0, IgG — 0; данные ИФА на иксодовый клещевой боррелиоз (ИКБ) от 10.09.14: IgM — 0, IgG — 0. Исследование от 18.09.14: IgM — 1,5 (положительный), IgG — 0.

ИФА на лептоспироз от 15.09.14 — отр. Исследование спинномозговой жидкости 11.09.14: бесцветная, прозрачная, белок 376 мг/л; цитоз $414 \cdot 10^{6}$/л; лимф. 89%; мон. 11%, глюкоза 2,5 мм/л, хлориды — 114 мм/л.

Биохимическое исследование от 10.09.14: глюкоза 5,1 мм/л; АСТ 74,5; АЛТ 74,2; γ-глютамин транспептидаза (ГГТП) — 74,9; от 18.09.14: АСТ 21,3; АЛТ 25,0; ГГТП 45,9. Мочевина 7,2; креатинин 83; калий 4,1; натрий 137,7; СРБ 0,1.

На основании этих данных выставлен диагноз: иксодовый клещевой боррелиоз, ранняя диссеминация инфекции с поражением нервной системы в виде серозного менингита и поражения IX—X пар черепно-мозговых нервов средней степени интенсивности.

Проведенное лечение: дексаметазон 4 мг внутривенно на физрастворе, раствор анальгина 50% — 2,0 мл внутримышечно, церукал 10 мг 2 раза в день, раствор но-шпа 2% — 2,0 мл внутривенно, раствор магния сульфата 25% — 10,0 мл внутривенно, раствор кеторола 1,0 мл внутримышечно, феназепам 1 мг 2 раза в день, ацикловир-АКОС по 1 таблетке 2 раза в день, омез 10 мг 2 раза в день, глицин по 1 таблетке 2 раза в день, цефепим 1 г внутривенно 3 раза в день, витамин B_1 и витамин B_6 по 1,0 мл внутримышечно.

Выписана из инфекционного отделения 03.10.14 в удовлетворительном состоянии. Рекомендовано: 1) наблюдение неврологом, 2) вакцинация от клещевого энцефалита в феврале—марте 2015 г.

Отдаленное наблюдение от 04.03.15: жалоб нет, голос чистый. При непрямой ларингоскопии голосовые складки серые, при фонации подвижные, плотно смыкаются.

Таким образом, у пациентки с болезнью Лайма первые признаки заболевания системным клещевым боррелиозом проявились парезом гортани.

Конфликт интересов отсутствует.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Болезнь Лайма*: Методические рекомендации для врачей. Под общ. ред. Н.Д. Ющука, И.В. Малова и др. М. 1999.
2. Бондаренко А.Л., Тихомолова Е.Г., Любезнова О.Н. Особенности течения хронического Лайм-боррелиоза. *Эпидемиология и инфекционные болезни*. 2005;2:25-28.
3. Лобзин Ю.В., Ускова А.Р., Ющук Н.Д. и др. *Иксодовые клещевые боррелиозы (этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение и профилактика)*. Методические рекомендации для врачей. М.: ФГОУ ВУНМЦ РОСЗДРАВ; 2007.
4. Лобзин Ю.В., Усков А.Н., Козлов С.С. *Лайм-боррелиоз (иксодовые клещевые боррелиозы)*. СПб.: Фолиант; 2006.
5. Рябов В.И., Осетров А.С., Шинский Г.Э. и др. *Системный клещевой боррелиоз (болезнь Лайма)*. Сборник методических материалов по природно-очаговым и острым кишечным инфекциям в Удмуртской республике. Ижевск. 1996.
6. Depietropaolo DL, Powers JH. Diagnosis of lyme diseases. *Am Fam Physician*. 2005;72:2:734.
7. Jacobs RA, Tierney LM, Papadakis MA. *Infectious diseases: spirochetal*. Current Medical Diagnosis and Treatment. 42 nd ed. NY: McGraw-Hill. 2003.