

КЛЕЩЕВОЙ БОРРЕЛИОЗ У ДЕТЕЙ: КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ АСПЕКТЫ

Грынцевич Р. Г., Манкевич Р. Н.

*Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь
rggrynsevich@mail.ru*

Введение. В настоящее время клещевой боррелиоз (КБ), или болезнь Лайма, – одно из самых распространенных природно-очаговых трансмиссивных заболеваний человека на Европейском континенте [1]. Показатель заболеваемости КБ в Республике Беларусь составляет 10,6 случая на 100 тыс. населения, данный показатель вырос примерно в 15 раз с начала регистрации болезни Лайма на территории нашей страны [1]. За последние 5 лет заболеваемость составила: в 2016 г. – 19,7 случая на 100 тыс. населения, в 2017 г. – 17,2, в 2018 г. – 21,6, 2019 г. – 25,8, 2020 г. – 13,8 случая на 100 тыс. населения [1]. Клинически КБ характеризуется латентным и рецидивирующим течением с преимущественным поражением кожного покрова, нервной системы, сердца, опорно-двигательного аппарата. Наиболее характерным клиническим симптомом для первой стадии КБ считается мигрирующая эритема (МЭ), которая проявляется эритемой чаще на месте укуса клеща, и наблюдается, по данным литературных источников, у 70% пациентов с КБ [2].

Цель исследования: оценить клинико-лабораторные особенности течения клещевого боррелиоза у детей.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 64 «Медицинских карт стационарного пациента» детей (34 девочки и 30 мальчиков) в возрасте 1-17 лет (средний возраст $8,1 \pm 5,1$ года), проходивших

стационарное лечение в УЗ «Городская детская инфекционная клиническая больница» г. Минска (гл. врач Соколова М. В.) в период с 2017 по 2022 гг. с диагнозом «Клещевой боррелиоз». Диагноз подтверждался наличием мигрирующей эритемы, а также методом иммуноферментного анализа (ИФА) крови с качественным и/или количественным обнаружением противоборрелиозных иммуноглобулинов (Ig) класса М и G (IgM, IgG). Полученные данные обработаны статистическими методами с использованием программного комплекса STATISTICA 10.0.

Результаты исследования. КБ характеризуется сезонностью. При оценке результатов исследования установлено, что наиболее часто пациенты госпитализировались летом, при этом пик госпитализаций пришелся на июль (23,4% заболевших) и август (21,9% заболевших), что, согласно литературным данным, соответствует пику активности иксодовых клещей, являющихся переносчиками возбудителей КБ. В период с ноября по февраль КБ регистрировался преимущественно в виде II или III клинической стадии. За исследуемый 5-летний период ни один пациент не был госпитализирован с КБ в марте и апреле.

При оценке анамнестических данных было установлено, что у 58,5% пациентов имели место укус клеща или его присасывание (зафиксирован либо самим ребенком, либо родителем). Среди пациентов, отрицавших укус клеща, 50% имели след от укуса кровососущего членистоногого в виде мелкой точки с гиперемией вокруг. У одного пациента выявлено употребление в пищу свежего козьего молока.

Большинство (75%) пациентов были госпитализированы по поводу I клинической стадии КБ, проявляющейся МЭ. 19% детей получали лечение по поводу II клинической стадии КБ, протекающей преимущественно в виде множественной кольцевидной эритемы, синоаурикулярной блокады, лимфоцитомы. И только у 6% госпитализированных была установлена III стадия заболевания, которая характеризовалась симптоматикой нейроборрелиоза (у 2 пациентов) и рецидивирующего артрита (у 2 пациентов).

У всех детей с I клинической стадией КБ имела место МЭ, которая чаще всего локализовалась в области головы (у 32,2% детей) и нижних конечностей (у 27,1% детей). Время появления МЭ варьировало от 1 до 33 дней (в среднем – 10 ± 8 дней). При этом ее размер составил от 0,5 см до 25 см (в среднем – $8,2 \pm 5,5$ см). У каждого пятого пациента эритема сопровождалась зудом. Для стадии локализованной инфекции была характерна нормотермия ($36,7 \pm 0,6^\circ\text{C}$); регионарная лимфаденопатия встречалась в 31,3% случаев (средний размер лимфатических узлов составил $1,2 \pm 0,6$ см)

По данным гемограммы на момент поступления у обследованных пациентов специфических изменений не выявлено. Лишь у 27% пациентов наблюдался лейкоцитоз. В биохимическом анализе крови также специфических изменений не выявлено. Среднее значение С-реактивного белка у пациентов с МЭ составило $7,4 \pm 2,9$ мг/л, а у 5 пациентов находилось в пределах от 22,4 до 53,8 мг/л.

По данным ИФА положительные IgM и IgG к боррелиям были выявлены только у 60% пациентов. При этом из них одновременно положительные IgM и IgG регистрировались в 48,7% случаев, положительные только IgM – в 28,2%, а положительные только IgG – в 23,1% случаев.

Для лечения КБ в стадии МЭ использовались следующие антибактериальные препараты, к которым чувствительна боррелия, в средних терапевтических дозах: амоксициллин получали 29 детей, доксициклин – 14 детей, цефтриаксон – 5 детей, цефуроксим и цефотаксим – по 1 ребенку. В ходе ретроспективного анализа проведенного лечения установлено, что при назначении амоксициллина инволюция МЭ в среднем наблюдалась на $5,5 \pm 1,2$ сутки, при лечении доксициклином – на $5,9 \pm 1,2$ сутки. Наиболее длительное время отмечалось при использовании цефотаксима ($10 \pm 7,1$ суток).

Выводы. Таким образом, клещевой боррелиоз у детей характеризовался сезонностью с подъемом заболеваемости в летние месяцы с пиком в июле. В 75% случаев у детей имела место I клиническая стадия болезни. Укус клеща был зафиксирован только в 58,5% случаев, а среди пациентов, которые отрицали укус клеща, у 50% был обнаружен след от укуса насекомого с гиперемией вокруг него. У 61% пациентов по данным ИФА обнаружены противоборрелиозные антитела. Мигрирующая эритема появлялась в среднем на 10 ± 8 сутки от укуса или присасывания клеща и располагалась преимущественно в области головы (32,2% случаев) и нижней конечности (27,1% случаев). В клинической симптоматике I стадии КБ не характерны зуд, регионарная лимфаденопатия и температурная реакция. В гемограмме у большинства пациентов с КБ не выявлены изменения. Инволюция мигрирующей эритемы отмечалась быстрее при назначении амоксициллина (на $5,5 \pm 1,2$ сутки) или доксициклина (на $5,9 \pm 1,2$ сутки).

Литература

1. Боярский, Е. Д. Клинико-эпидемиологическая характеристика пациентов с лайм-боррелиозом / Е. Д. Боярский, В. С. Боярская // Декабрьские чтения. Инфекции в медицине-2018. – ГомГМУ, 2018. – С. 28-29.

2. Улюкин, И. М. / Особенности клинических проявлений и диагностики клещевого боррелиоза / И. М. Улюкин, С. А. Пережогин, В. Н. Болахан [и др.] // Известия Российской военно-медицинской академии. – 2020. – Т. 39. – № S3-2. – С. 181-185.

CLINICAL AND LABORATORY FEATURES TICK-BORNE BORRELIOSIS IN CHILDREN

Hryntsevich R. H., Mankevich R. N.

Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

rggrynsevich@mail.ru

Clinical and laboratory features of tick-borne borreliosis (TB) in children 1-17 years were revealed. It was found that TB is characterized by seasonality; in 70% of

cases, the 1st clinical stage of TB is observed; in 58,5% of cases, a tick bite was recorded; in 60.9% of patients, antibodies to borrelia were detected according to IEA; migrating erythema is most often located in the head area, appears on 10 ± 8 days from the bite; changes in the hemogram are not specific; migrating erythema disappears faster when treated with amoxicillin and doxycycline.

Министерство здравоохранения Республики Беларусь
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГРОДНЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

**«СОВРЕМЕННЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ МОЛОДЫХ
УЧЁНЫХ В МЕДИЦИНЕ - 2023»**

*Сборник материалов
X Республиканской научно-практической конференции
с международным участием*

30 ноября 2023 г.

Гродно
ГрГМУ
2023