

Р.Г. Грынцевич
**ХАРАКТЕРИСТИКА МИГРИРУЮЩЕЙ ЭРИТЕМЫ У ДЕТЕЙ
С БОЛЕЗНЬЮ ЛАЙМА**

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Р.Н. Манкевич
Кафедра детских инфекционных болезней
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

R.G. Hryntsevich
**LABORATORY AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF MIGRATING
ERYTHEMA IN CHILDREN WITH LYME DISEASE**

Tutor: associate professor R.N. Mankevich
Department of Pediatric Infectious Diseases
Belarusian State Medical University, Minsk

Резюме. Выявлены лабораторные и клинические особенности болезни Лайма (БЛ) у детей в возрасте 1-17 лет. Установлено, что БЛ характеризуется сезонностью; в 75% случаев наблюдается I клиническая стадия БЛ, проявляющаяся мигрирующей эритемой, которая появляется в среднем на 10 сутки от укуса и чаще всего располагается в области головы. По данным ИФА антитела к боррелиям обнаруживаются у 61% пациентов, а изменения в гемограмме не специфичны. Мигрирующая эритема быстрее исчезает при лечении амоксициллином и доксициклином.

Ключевые слова: болезнь Лайма, мигрирующая эритема, антибактериальная терапия.

Resume. Laboratory and clinical features of Lyme disease (LD) in children aged 1-17 years old were revealed. It was found that LD is characterized by seasonality; in 75% of cases, the first clinical stage of BL is observed, manifested by migrating erythema, which appears on average 10 days after the bite and is most often located in the head area. According to IEA, antibodies to borrelia are detected in 61% of patients, and changes in the hemogram are nonspecific. Migrating erythema disappears faster when treated with amoxicillin and doxycycline.

Keywords: Lyme-disease, migrating erythema, antibacterial therapy.

Актуальность. Болезнь Лайма (БЛ) – одно из самых распространённых природно-очаговых трансмиссивных заболеваний человека в Европейском регионе [1,2]. Заболеваемость БЛ в Беларуси составляет около 10,6 случаев на 100 тыс. населения Республики. В 2016 году этот показатель составил 19,7, в 2017 году – 17,2, в 2018 году – 21,6, в 2019 году – 25,8, в 2020 году – 13,8 [2,3]. С момента начала регистрации случаев БЛ на территории Республики Беларусь заболеваемость выросла примерно в 15 раз [2]. Клинически инфекция протекает с преимущественным поражением кожи, нервной системы, сердца, опорно-двигательного аппарата. Болезнь Лайма в большинстве случаев характеризуется латентным и рецидивирующим течением. Мигрирующая эритема (МЭ) считается патогномоничной для раннего периода БЛ. Стадия локализованной инфекции проявляется эритемой на месте укуса клеща, которая, по данным литературных источников, наблюдается у 70% больных БЛ [1,4,5].

Цель: оценить лабораторные и клинические особенности течения болезни Лайма у детей на современном этапе.

Задачи:

1. Изучить анамнестические особенности болезни Лайма у детей.

2. Оценить клинико-лабораторные показатели при болезни Лайма у детей.

3. Проанализировать эффект антибактериальной терапии у детей с мигрирующей эритемой.

Материалы и методы. Ретроспективно проведён анализ 64 медицинских карт стационарного пациента детей в возрасте 1-17 лет (средний возраст детей – $8,1 \pm 5,1$ лет), проходивших стационарное лечение в УЗ «Городская детская инфекционная клиническая больница» г. Минска в период с 1.01.2017 по 31.10.2022 гг. с диагнозом «Болезнь Лайма», среди них были 34 девочки и 30 мальчиков. Диагноз верифицировался на основании наличия мигрирующей эритемы и методом иммуноферментного анализа (ИФА) крови с качественным и/или количественным обнаружением иммуноглобулинов (Ig) класса М и G к боррелиям. Полученные данные обработаны методами математической статистически с использованием программного пакета STATISTICA 10.0.

Результаты и их обсуждение. При анализе медицинских карт стационарного пациента установлено, что за последние 5 лет наблюдался рост численности заболевших детей БЛ примерно в 4 раза: в 2017 году – 6,3%, а в 2022 году – 25%), со снижением числа заболевших в период пандемии COVID-19 (2020-2021 гг.).

БЛ характеризуется сезонностью. В ходе исследования было установлено, что пик заболеваемости приходится на июль и август (23,4% и 21,9% заболевших соответственно), что, по данным литературы, соответствует пику активности иксодовых клещей, являющихся переносчиком возбудителей БЛ. За исследуемый пятилетний период не было госпитализировано ни одного пациента с БЛ в марте и апреле. В период с ноября по февраль отмечалось уменьшение количества случаев заболеваемости БЛ, госпитализировались в этот период пациенты преимущественно со второй или третьей клинической стадиями болезни.

По данным исследования, 75% пациентов поступали в стационар с I клинической стадией болезни Лайма – стадией локализованной инфекции, 19% – со II (стадия ранней диссеминации), проявляющейся в виде множественной кольцевидной эритемы, синоатриальной блокады, лимфоцитомы; и только 6% госпитализированных имели III стадию БЛ, которая проявлялась в виде нейроборрелиоза (2 пациента) и рецидивирующего артрита (2 пациента).

При уточнении анамнеза установлено, что в 59% случаев имели место укус клеща или его присасывание. Среди пациентов, которые отрицали укус клеща, у половины из них был обнаружен след от укуса кровососущего членистоногого с гиперемией вокруг. У одного пациента установлено употребление в пищу свежего козьего молока.

У всех пациентов с I клинической стадией БЛ имела место МЭ, которая чаще всего локализовалась в области головы (у 32% детей) и нижних конечностей (у 27% детей). Время появления МЭ варьировало от 1 до 33 дней (в среднем 10 ± 8 дней). При этом размер МЭ составил в среднем – $8,2 \pm 5,5$ см, а 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 только у трети пациентов (31%), при этом средний размер лимфатических узлов

составил $1,2 \pm 0,6$ см.

По данным гемограммы на момент поступления у обследованных пациентов специфических изменений выявлено не было. Лишь у 27% пациентов наблюдался лейкоцитоз. А уровень С-реактивного белка не превышал $7,4 \pm 2,9$ мг/л, и только у 5 пациентов находился в диапазоне от 22,4 до 53,8 мг/л.

По данным ИФА положительные IgM и IgG к боррелиям были выявлены только у 61% 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 БЛ в стадии локализованной инфекции использовались следующие антибактериальные препараты в средних терапевтических дозах: амоксициллин назначался 29 детям, доксициклин – 14 детям, цефтриаксон – 5 детям, цефуроксим и цефотаксим – 2 детям. При оценке проведенного лечения было установлено, что при назначении амоксициллина МЭ в среднем исчезала на $5,5 \pm 1,2$ сутки, при лечении доксициклином – на $5,9 \pm 1,2$ сутки. Наиболее длительное время наблюдалось при назначении пациентам цефотаксима ($10 \pm 7,1$ суток).

Выводы:

1. Болезнь Лайма характеризуется сезонностью с подъемами заболеваемости в летние месяцы (пик приходится на июль).

2. В 75% случаев у детей встречается I клиническая стадия болезни Лайма – стадия мигрирующей эритемы.

3. Укус клеща регистрируется в 59% случаев. Среди пациентов, отрицающих укус клеща, у 50% обнаруживается след от укуса кровососущего членистоногого с гиперемией вокруг него.

4. У большинства (61%) пациентов по данным ИФА выявляются антитела к боррелиям.

5. Мигрирующая эритема появляется в среднем на 10 ± 8 сутки от укуса или присасывания клеща и располагается преимущественно в области головы (32% случаев) и нижних конечностей (27% случаев).

6. В клинической симптоматике I стадии болезни Лайма не характерны зуд, регионарная лимфаденопатия и температурная реакция.

7. Для большинства обследованных пациентов с болезнью Лайма не характерны изменения в общем анализе крови и повышение уровня С-реактивного белка.

8. У пациентов с болезнью Лайма мигрирующая эритема исчезает быстрее при назначении амоксициллина ($5,5 \pm 1,2$ дней) и доксициклина ($5,9 \pm 1,2$ дней).

Литература

1. Банадыга, Н. В. Болезнь Лайма у детей: современное состояние проблемы / Н. В. Банадыга // Педиатрия. Восточная Европа. – 2019. – Т. 7. – №2. – С. 374-384.

2. 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.

3. Красавцев, Е. Л. Частота выявления антител к боррелиям в различных регионах Республики Беларусь / Е. Л. Красавцев, М. В. Яценко // Клиническая инфектология и паразитология. – 2021. – С. 6-10.

4. Косовская, Т. М. Случай Лайм-боррелиоза у ребенка / Т. М. Косовская, В. О. Косовская // Актуальная инфектология. – 2019. – Т. 7. – №1. – С. 42-45.

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