

Болезнь Лайма (Искодовый клещевой боррелиоз, Системный клещевой боррелиоз)

- хроническая, природно-очаговая бактериальная инфекция, с преимущественно трансмиссивным механизмом передачи, характеризующаяся поражением кожи, нервной и сердечнососудистой систем.

Возбудителями являются грамотрицательные спирохеты комплекса *Borrelia burgdorferi sensu lato*.





- Распространенность совпадает с географическим ареалом клещевого энцефалита, поэтому возможно развитие микст-инфекции. Восприимчивость высокая, под угрозой все возрастные группы.
- Резервуаром инфекции является животные контактирующие с природой, а источником – иксодовые клещи, которые в последствии и заражают человека. Сезонность – весенне-летняя (с марта по сентябрь).
- Путь передачи – трансмиссивный, т.е через укус клеща.

- Инкубационный период длится от 5 до 30 дней, в это время никакой симптоматики не наблюдается, и только в месте укуса клеща небольшое покраснение (мигрирующая кольцевидная эритема), которое можно не заметить, т.к сам укус клеща почувствовать невозможно из-за того что присосавшийся клещ выделяет анестеткоподобное вещество блокирующее кожную чувствительность.

Кольцевидная мигрирующая эритема





Эритема при болезни Лайма



- По мере размножения возбудителя, он проходит в лимфогенные и гематогенные пути, заражает внутренние органы, суставы, ЦНС, при этом происходит частичная гибель возбудителя с выделением эндотоксина. Выделение эндотоксина даёт начало следующему периоду с клиническими проявлениями.
- Период клинических проявлений неспецифичен, т.к кроме эритемы никаких специфических симптомов нет. Начало острое, и на первый план выступает лихорадочно-интоксикационный синдром: утомляемость, озноб, жар, подъём температуры, головная боль, головокружение, слабость, ломота в мышцах, боль в костях и суставах, нередко катаральные явления (першение в горле, сухость, кашель). Из-за этих неспецифических симптомов, велика вероятность диагностических ошибок. С течением времени, участок эритемы в месте укуса начинает разрастаться во все стороны, поэтому её часто называют «мигрирующей».

- Если начать лечение на этой стадии, то возрастает шанс выздоровления, в противном случае, болезнь может перейти в стадию диссеминирования.
- Стадия диссеминирования развивается через несколько недель или месяцев, после окончания стадии ранней локализованной инфекции. Гематогенный занос чаще происходит в область нервной системы, сердечно – сосудистой, кожи и суставов, но инфицирование других органов и систем не исключается.
- • Поражение нервной системы выражается в развитии невритов черепных нервов, менингите и вытекающих с ним симптомами, радикулоневрите, лимфоцитарного менингордикулоневрита (синдром Баннварта) проявляющийся в виде преимущественно ночных радикулярных болей и лимфоцитарным плеоцитозом в СМЖ.

- Поражение сердца зачастую проявляется в нарушении проводниковой системы и воспалительными образованиями тканей сердца (миокардит, перикардит).
- Поражение суставов проявляются первыми атаками артрита: опухание сустава(ов) и ограничение движения из-за накопления жидкости в полости, болезненности может и не быть. После стихания процесса воспаления, наступают рецидивы в тех же самых суставах которые были поражены. Специфических особенностей Лайм-артрита пока не определили.
- Проявления на коже характеризуются множественными эритематозными высыпаниями. Гораздо реже встречаются поражения глаз (конъюнктивит, ирит, ретинит, панофтальмит), органов дыхания (фарингит, трахеобронхит), мочеполовой системы.

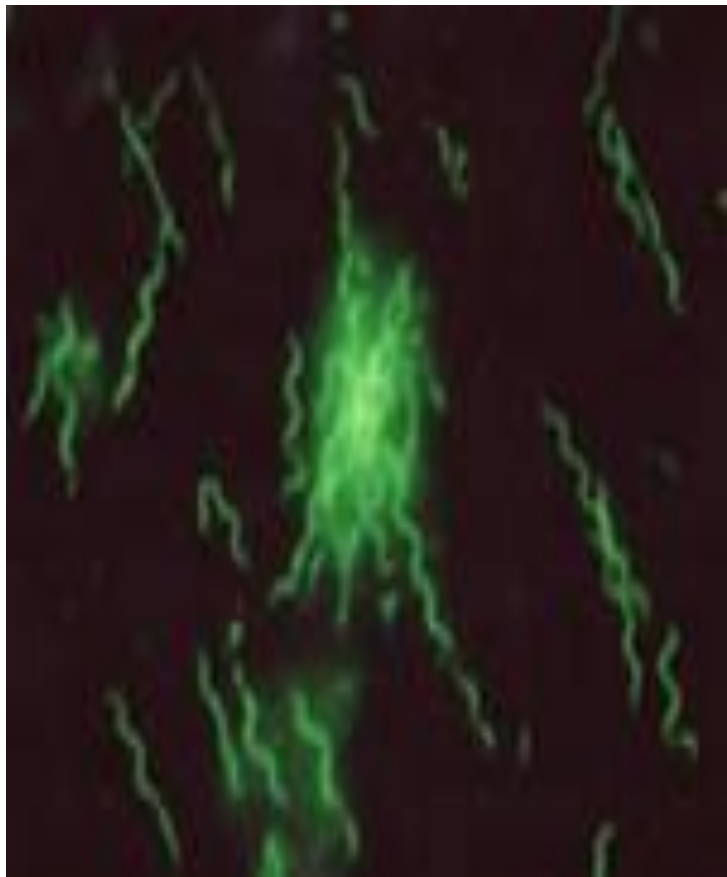
- При заражении болезнью Лайма, иммунный ответ довольно слабый и есть одна особенность – боррелии стимулируют выработку различных медиаторов воспаления (ИЛ-1, ИЛ-6, ФНО), участвующих в развитии лайм-артритов и аутоиммунных реакций. На момент развития болезни, формируются циркулирующие иммунные комплексы, которые в последствии оседают в синовиальной оболочке сустава, дерме, почках, миокарде.
- Часто заболевание принимает хроническое течение, которое характеризуется полиартритом, лимфоцитами кожи в виде узелковых элементов на коже, атрофическим макродерматитом, проявляющимся атрофией кожи. Хронизация со стороны нервной системы проявляется в виде энцефаломиеелита, полинейропатии, спастического парапареза, атаксии, хронической аксональной радикулопатией, наблюдается деменция или более лёгкое расстройство памяти.

Лечение иксодового клещевого боррелиоза

- Соблюдение режима и диеты, которые определяются тяжестью состояния. Медикаментозная терапия, которая заключается в назначении следующих антибиотиков: доксициклин или цефтриаксон (в зависимости от тяжести течения) – как основные препараты, к ним уже в комплексе присоединяют препараты выбора (амоксициклин, цефиксим, азитромицин, амоксиклав, пенициллин, цефатоксим). Главное не применять бактерицидные и бактериостатические препараты одновременно, иначе можно вызвать сильнейший токсикоз, т.к.будет происходить действие эндотоксина при гибели возбудителя, и препараты будут действовать антагонистически без работы в полную силу. В случае микст-инфекции, наряду с препаратами, применяют и иммуноглобулин клещевого энцефалита в расчётных дозах. Дезинтоксикационную терапию проводят по общим правилам.

Диагностика

- ИФА,
- ПЦР,



Профилактика

- Специфической профилактики не разработано. Неспецифическая заключается в предупреждении заражения: акарцидная обработка лесопарковых зон, ношение защитной одежды, индивидуальное применение репеллентов. Для экстренно профилактики применяют антибиотики различных групп: доксициклин, бицилин-3, амоксициллин, клавулановая кислота.