О. М. Нємцова, В. А. Бутко

ВИПАДОК ХРОНІЧНОЇ ФОРМИ ІКСОДОВОГО КЛІЩОВОГО БОРЕЛІОЗУ

Сумська обласна інфекційна клінічна лікарня імені З. Й. Красовицького, м. Суми

Діагностика хронічного бореліозу становить певні труднощі. Іноді проблематично співставити симптоми кон'юнктивіту, головний біль, головокружіння, міалгію, парестезії, зниження мнестичних функцій, артралгії, аритмії, озноб і навіть проблеми із сечовим міхуром з укусом кліща, особливо при відсутності в анамнезі гострого маніфестного перебігу бореліозу.

В 2012 році в СОІКЛ був один випадок захворювання на системний кліщовий бореліоз, середньої тяжкості, стадія III, з переважним ураженням нервової системи по типу поліорадикулоневропатії.

Хворий В. звернувся до СОІКЛ із скаргами на виражену слабкість, ниючий біль, парестезії у м'язах верхніх та нижніх кінцівок, головний біль, дискомфорт в епігастральній ділянці, зниження маси тіла, пітливість, порушення сну. З анамнезу - хворіє близько 1 місяця, коли з'явилися міалгії, парестезії, пройшов курс амбулаторного лікування у невролога з приводу розповсюдженого остеохондрозу поперекового відділу хребта. Із епідеміологічного анамнезу – мешкає в сільській місцевості, в травні місяці було присмоктування кліща, без хіміопрофілактики.

Про госпіталізації стан середньої тяжкості, шкіра звичайного кольору, без висипки. Над легенями жорстке дихання, серцеві тони ритмічні, ослаблені. Живіт м'який, печінка збільшена на 2 см. Неврологічний статус – горизонтальний ністагм, асиметрія носогубних складок, сухожильні та періостальні рефлекси D=S, знижені. Патологічних вогнищевих та менінгеальних знаків не має. Гіперістезія на кінцівках по типу «рукавичок» та «високих шкарпеток».

Беручи до уваги вище викладене, був обстежений на бореліоз - в аналізі крові методом ІФА Ig G до Borrelia burgdoferi – 6,64 (вище 1,1 позитивний), Ig M до Borrelia burgdoferi – 3,53 (вище 1,1 позитивний). Пацієнту В. встановлено діагноз системного кліщового бореліозу III стадія з ураженням нервової системи та проведено курс антибіотикотерапії цефтріаксоном 1,0 х 2 р/д в/м – 3 тижні, а потім, враховуючи неврологічну симптоматику, юнідоксом 0,1 х 1 р/д – 10 днів.

Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції і пленуму Асоціації інфекціоністів Сумщини, м. Суми, 19-20 червня 2013 р. / Редкол.: М.Д. Чемич, Г.М. Дубинська, К.І. Бодня, Н.І. Ільїна, В.В. Захлєбаєва. — Суми : СумДУ, 2013. — С. 74-75.