

**ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ  
ЛУКИ»**

**Кафедра дерматовенерологии**

**СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ  
ЭТИОЛОГИИ, ПАТОГЕНЕЗА,  
ЭПИДЕМИОЛОГИИ И КЛИНИЧЕСКИХ  
ПРОЯВЛЕНИЙ БОЛЕЗНИ ЛАЙМА**



канд. мед. наук, доцент Провизион Л.Н.,  
канд. мед. наук, доцент Шатилов А.В.

Донецк 12.11.2021 г.

- **Лайм-боррелиоз (ЛБ), или иксодовый клещевой боррелиоз (ИКБ), - острое инфекционное заболевание с полисистемными проявлениями, нередко принимающее рецидивирующее или хроническое течение**
- **Относится к природно-очаговым трансмиссивным инфекциям, передающимся преимущественно иксодовыми клещами**

# КЛИНИЧЕСКИ ЗАБОЛЕВАНИЕ ПРОТЕКАЕТ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ

- Поражением кожи
- Нервной системы
- Опорно-двигательного аппарата
- Сердца
- Характеризуется склонностью к хроническому и латентному течению

# Актуальность проблемы иксодовых клещевых боррелиозов (ИКБ)

- Широкое распространение заболевания в мире
- Массовость ежегодных новых случаев заболевания
- Полиморфизм клинических проявлений
- Способность заболевания протекать в латентной форме
- Склонность к хроническому течению с длительной утратой трудоспособности
- Недостаточная изученность эффективности антибиотикотерапии
- Отсутствие мер специфической профилактики

# ЭТИОЛОГИЯ

Возбудитель ЛБ относится к:

- семейству: *Spirochetaceae*
- порядку: *Spirochetales*
- роду: *Borrelia burgdorferi sensu lato*

В настоящее время различают 23 геновида боррелий

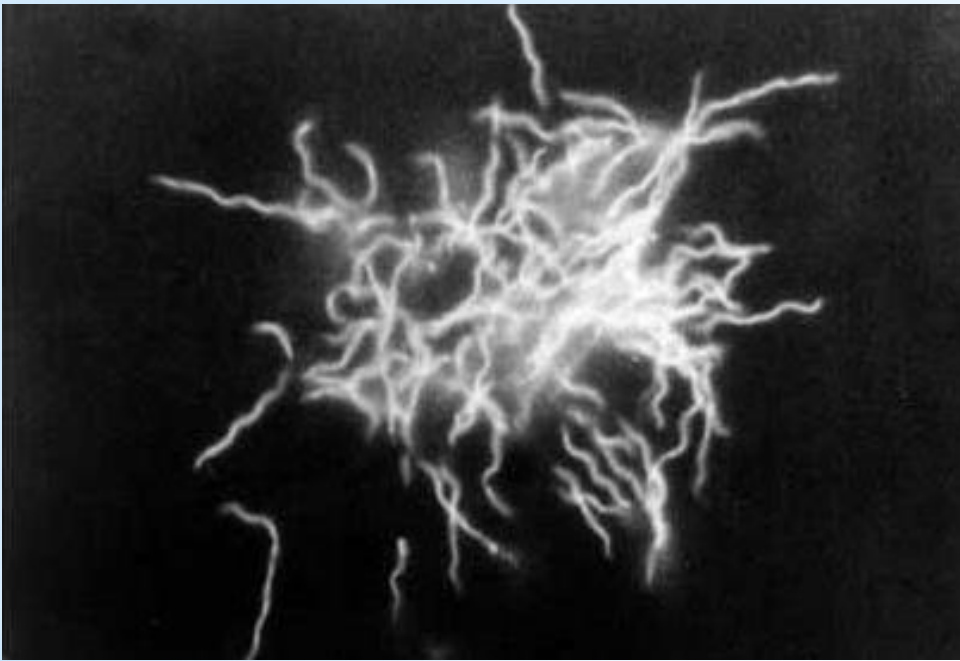
- Доказана патогенность 4 геновидов:  
*Borrelia Burgdorferi sensu stricto*,  
*B. garinii*,  
*B. Afzelii*,  
*B. miyamotoi*

# ЭТИОЛОГИЯ

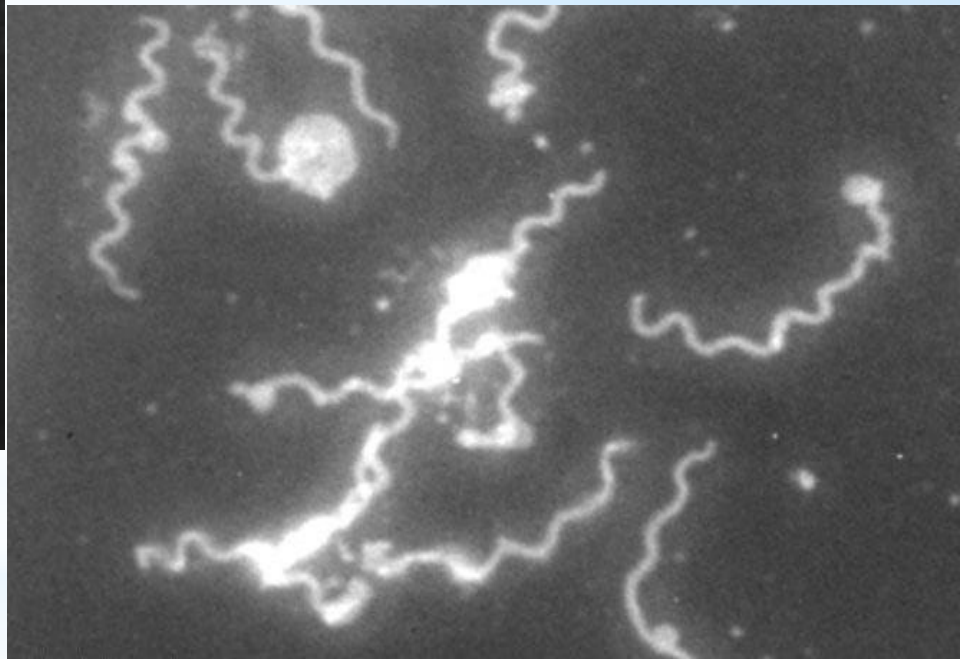
Боррелии – грамотрицательные микроорганизмы, по форме представляют собой извитую, лево- или правовращающуюся спираль, завитки неравномерные, при визуальном наблюдении в тёмном поле совершают медленные вращательные движения

В морфологическом отношении эти спирохеты более сходны с возбудителями сифилиса – бледными трепонемами, однако крупнее их

# МИКРОСКОПИЯ БОРРЕЛИЙ



Увеличение x 500



Увеличение x 800

# ЭТИОЛОГИЯ

- При инфицировании *B. Afzelii* наиболее часто (до 90%) наблюдается мигрирующая эритема (МЭ), тогда как *B. garinii* обуславливает преимущественно поражение нервной системы (до 40%)
- В Северной Америке ЛБ вызывается только *B. Burgdorferi sensu stricto* и обуславливает преимущественное поражение опорно-двигательного аппарата у пациентов
- С *B. miyamotoi* связывают развитие рецидивирующих лихорадочных состояний без наличия МЭ
- В России, как и в Европе, ИКБ при высокой восприимчивости человека к возбудителю вызывается всеми четырьмя видами боррелий



# ЭТИОЛОГИЯ

- Микробная клетка представляет собой протоплазматический цилиндр, окружённый трехслойной клеточной мембраной, содержащей термостабильный липополисахарид, размножается поперечным делением каждые 8-12 часов
- Имеет на поверхности от 7 до 11 жгутиков

## *Антигенная структура боррелий:*

- *Поверхностные белки клеточной мембраны (OspA, OspB, OspC, OspD, OspE, OspF, ВВК 32, Dbp A, Dbp B и др.)*
- *Жгутиковые*
- *Цитоплазматические*

# ЭТИОЛОГИЯ

## Антигенная структура нестабильна

Имеются данные, что основные поверхностные антигенные белки (*OspA* и *OspB*) могут значительно варьировать, что является основой длительной персистенции возбудителя в организме человека

- *Osp A* имеет ряд серотипов, которые в целом соответствуют идентифицированным геновидам
- *Osp B* является родоспецифическим белком и соответствует флагеллину
- *Osp C* способен связывать плазмин, что препятствует активации системы комплемента
- *BBK 32*, *Dbp A* и *Dbp B* обеспечивают фиксацию микроорганизма на поверхности клеток хозяина и дальнейшую миграцию в ткани

# ПУТИ ЗАРАЖЕНИЯ

Основной – **трансмиссивный путь** после укуса инфицированного клеща (со слюной при присасывании клеща либо посредством контаминации - с экскрементами при расчёсывании, с содержимым кишечника при раздавливании клеща)

При наличии у клещей генерализованной инфекции заражение возможно с 1 дня кровососания, так как возбудитель уже находится в слюне

Основное эпидемическое значение в качестве переносчиков на территории России имеют клещи *Ixodes persulcatus* и *I. ricinus*

# ПУТИ ЗАРАЖЕНИЯ

В природных очагах возбудители ЛБ циркулируют между клещами и дикими животными, среди которых насчитывается более 200 видов диких позвоночных (млекопитающих и птиц)

Во время кровососания боррелии попадают в кишечник, где размножаются и выделяются с фекалиями клеща

С момента наползания клеща на одежду человека кровососание начинается через 1-2 часа, что часто остаётся незамеченным, так как в состав его слюны входят анестезирующие, сосудорасширяющие и антикоагулирующие вещества



# ПУТИ ЗАРАЖЕНИЯ

- Инфицирование через укус реализуется не всегда, так как обычно боррелии содержатся в слюнных железах в небольшом количестве или вообще отсутствуют, однако у 30-35% голодных клещей в природе развивается генерализованная инфекция и тогда возможно заражение
- Вероятность инфицирования человека возрастет пропорционально времени его присасывания и к 3-му дню риск заражения приближается к 100%

# ПУТИ ЗАРАЖЕНИЯ

Процесс насыщения кровью самок иксодовых клещей может продолжаться 6-8 дней, а самцы иксодовых клещей могут присасываться многократно, в том числе со сменой хозяев



# ПУТИ ЗАРАЖЕНИЯ

- Из других кровососущих насекомых, согласно современным данным, боррелии могут передавать оленьи кровососки, слепни и длинноусые (комары)
- Другим путём передачи боррелиоза человеку является **алиментарный** вследствие употребления сырого молока (как правило – козьего) от инфицированного животного или других молочных продуктов без термической обработки
- Возможна **трансплацентарная** передача инфекции с развитием врождённой патологии и внутриутробной гибелью плода



# ПУТИ ЗАРАЖЕНИЯ

- Принципиально новым путём заражения боррелиозом, может быть **половой путь** передачи инфекции, что сближает БЛ с другим спирохетозом - сифилисом

В литературе последних лет накопилось достаточно фактов существования такого пути передачи, в том числе на основании экспериментальных работ, проведенных на животных, а также выявления антигенов боррелий в вагинальном секрете у женщин и отделяемом уретры у мужчин методом ПЦР

Недавно была опубликована обзорная работа по данному вопросу с подробным анализом проведенных исследований и обсуждением их результатов

(N.Rudenko, M.Golovchenko, 24 May 2021)

# ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Годовая динамика заболеваемости Лайм-боррелиозом характеризуется выраженной сезонностью, связанной с периодом активности переносчиков: максимум заболеваемости в нашем регионе, с учётом цикла жизнедеятельности клеща, представленного *I. ricinus*, приходится на май-июнь, а затем – на август-сентябрь

Наличие в одном переносчике сразу двух, а иногда и трёх разновидностей боррелий приводит к одновременному заражению ими

# ПАТОГЕНЕЗ

- После проникновения в организм человека боррелии адсорбируются на клетках, взаимодействуя с мембранными гликолипидами хозяина
- Инвазивная активность микроорганизмов достаточно высока, и через 12 часов после экспериментального заражения они проникают гематогенно в различные органы и ткани, а также - через гематоэнцефалический барьер, вызывая развитие патологических процессов в ЦНС
- При попадании возбудителя в различные органы и ткани происходит активная стимуляция иммунной системы, что приводит к генерализованному и местному гуморальному и клеточному гипериммунному ответу

# ПАТОГЕНЕЗ

- Согласно данным последнего отчёта (июнь 2021 г.) подкомитета по патогенезу и патфизиологии болезни Лайма рабочей группы по клещевым болезням (США) установлена:
  - способность боррелий определять, находится ли она у клеща или млекопитающего, и адаптировать свою реакцию на сигналы окружающей среды
  - способность уклонения от клеточного и гуморального иммунитета макроорганизма, и в первую очередь – блокирования системы комплемента, ингибирования фагоцитоза боррелий макрофагами и создание «щита» от антител за счёт экспрессии химерного белка VlsE

# ПАТОГЕНЕЗ

- Причины хронизации заболевания:
  - замедленный иммунный ответ
  - возможность внутриклеточного паразитирования возбудителя
  - развитие аутоиммунных реакций
- **Важным звеном в патогенезе ЛБ является** *нарушение иммунной толерантности к собственной ткани у инфицированных лиц и стимуляция выработки аутоантител к синовиальной ткани и тканям стенки кровеносных сосудов при хроническом течении ЛБ*

# КЛАССИФИКАЦИЯ ЛБ

(Ю.В. Лобзин и др., 1996)

- **Форма болезни:** латентная, манифестная
- **Течение:** острое (до 3 мес), подострое (от 3 до 6 мес), хроническое (более 6 мес)
- **По клиническим признакам:**
  - **острое и подострое течение:** эритемная и безэритемная форма (с преимущественным поражением нервной системы, суставов, сердечно-сосудистой системы)
  - **хроническое течение:** непрерывное или рецидивирующее течение с преимущественным поражением нервной системы, суставов, сердечно-сосудистой системы, кожи
- **По тяжести:** лёгкое, средней тяжести, тяжёлое

# КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ЛБ

(Н.Н. Воробьева, 1998)

Период заболевания	Стадия	Форма	Доминирующая органная патология
Ранний	1. Локализованная 2. Диссеминированная	1. Манифестная с МЭ А. С МЭ Б. Безэритемная	Поражение кожи Поражение сердечно-сосудистой системы
Поздний	3. Персистирующая (хроническая)		Поражение нервной системы Поражение печени Поражение опорно-двигательного аппарата Смешанные поражения
Резидуальный		2. Латентная (субклиническая)	

# КЛАССИФИКАЦИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ СТАДИЙ ЛБ

Стадии	Клинические проявления
<b>Ранняя локализованная</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Мигрирующая эритема</li><li>- Интоксикационный синдром</li></ul>
<b>Ранняя диссеминированная</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Атриовентрикулярная блокада</li><li>- Множественные эритемы</li><li>- Артралгии, миалгии</li><li>- Серозный менингит</li><li>- Неврит лицевого нерва</li><li>- Энцефалит</li></ul>
<b>Поздняя</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Артрит</li><li>- Энцефаломиелит</li><li>- Периферическая нейропатия</li><li>- Атрофические и дегенеративные изменения кожи</li></ul>



# КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Клиническая картина имеет общие характерные черты стадий инфекционного заболевания

Для каждой стадии характерен свой симптомокомплекс

**Выделяется 3 периода заболевания:**

- *Ранняя локализованная стадия*
- *Ранняя диссеминированная стадия*
- *Стадия поздних проявлений, или хроническая стадия с персистенцией возбудителя*

Однако не у каждого больного наблюдаются все периоды болезни

# КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

## Ранний период ЛБ (*локализованная форма*):

- Инкубационный период – 1-50 дней
- Острое или подострое начало
- Интоксикационный «гриппоподобный» синдром (может отсутствовать)
- Нередко - скованность мышц шеи
- Возможны регионарная лимфаденопатия, гепатоспленомегалия, менингиты, менингизм
- Мигрирующая кольцевидная эритема (МЭ) - основной патогномоничный признак (у 60-80% больных)
- Могут встречаться уртикарные высыпания (часто – на лице), небольшие красные точечные или кольцевидные пятна

# КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

## Мигрирующая кольцевидная эритема

- Локализуется на ногах, реже - животе, пояснице, в подмышечных и паховых областях, на шее; через 3-35 дней пятно или папула на месте укуса клеща постепенно расширяется в диаметре
- В центре пятна эритема бледнеет и очаг принимает кольцевидную форму с возвышающимся краем
- Характерен зуд, умеренная болезненность в области пятна
- После исчезновения эритемы – шелушение, слабая пигментация, атрофические изменения кожи в виде «папиросной бумаги»
- Нередко в центре очага появляется новая эритема с аналогичной динамикой развития и формируется клиническая картина эритемы в виде «кольцо в кольце»

# МИГРИРУЮЩАЯ КОЛЬЦЕВИДНАЯ ЭРИТЕМА



# МИГРИРУЮЩАЯ КОЛЬЦЕВИДНАЯ ЭРИТЕМА



# МИГРИРУЮЩАЯ КОЛЬЦЕВИДНАЯ ЭРИТЕМА

## *Атипичные формы МЭ:*

- Гомогенная
- Множественная
- Ложно-кольцевидная



# РАННЯЯ ДИССЕМНИРОВАННАЯ СТАДИЯ ЛБ

- Возникает у 10-15% больных через месяц от начала заболевания
- Характеризуется поражением:
  - *нервной системы*
  - *сердечно-сосудистой системы*
  - *вторичными изменениями кожи, в том числе доброкачественной лимфоцитомой*
  - *могут быть артралгии без признаков воспаления*

# РАННЯЯ ДИССЕМНИРОВАННАЯ СТАДИЯ ЛЬ

## Поражение ЦНС и периферической нервной системы:

- длительно- и вялотекущий *энцефалит* с поражением полушарий и ствола мозга
- серозный *менингит*, *энцефаломиелит* с сегментарными радикулоневритическими расстройствами
- *мононевриты*, чаще – одностороннее поражение лицевого нерва, которое может протекать без нарушений чувствительности, слуха и слезотечения
- *сенсорно-алгические синдромы* (миалгии, невралгии, плексалгии, амиотрофический синдром)



# РАННЯЯ ДИССЕМНИРОВАННАЯ СТАДИЯ ЛБ

Одно из типичных неврологических расстройств – **синдром Банн – Варта**, который включает серозный менингит с поражением корешков спинальных нервов с преимущественной локализацией в шейно – грудном отделе позвоночника

Неврологические нарушения обычно полностью исчезают через месяц, но могут рецидивировать и приобретать хроническое течение

Поражение нервной системы может быть единственным проявлением ЛБ

# РАННЯЯ ДИССЕМНИРОВАННАЯ СТАДИЯ ЛБ

*У 4 -10% больных наблюдаются поражения сердечно-сосудистой системы в виде:*

- Сердцебиения
- Артериальной гипертензии
- Нарушений проводимости вплоть до полной атриовентрикулярной блокады - редкое, но типичное проявление ЛБ
- Кардиалгии
- Может развиваться миокардит и перикардит

Кроме того, в этом периоде возможны мигрирующие боли в костях, мышцах и суставах

# РАННЯЯ ДИССЕМНИРОВАННАЯ СТАДИЯ ЛБ

## *Вторичные поражения кожи:*

- Вторичные кольцевидные элементы
- Капилляриты
- Уртикарная сыпь
- Доброкачественные лимфоцитомы (типичное поражение кожи для этого периода)

# РАННЯЯ ДИССЕМНИРОВАННАЯ СТАДИЯ ЛБ

- **Лимфоцитома кожи** развивается через несколько недель после укуса клеща, излюбленной локализацией является мочка уха и область в соска молочной железы
- Клинически - синюшно-красного цвета узелки или бляшки, болезненные при пальпации, с появлением регионарного лимфаденита
- Характерной особенностью этих образований является их безболезненность, больного беспокоит лишь наличие косметического дефекта

# ЛИМФОЦИТОМЫ КОЖИ ПРИ ДИССЕМИНИРОВАННОЙ СТАДИИ ЛБ



# РАННЯЯ ДИССЕМНИРОВАННАЯ СТАДИЯ ЛЬ

## *Изменения других органов и систем:*

- *Безжелтушные нетяжёлые гепатиты*
- *Поражения органа зрения (острый конъюнктивит, передний или средний увеит, хориоидит, ирит и иридоциклит)*
- *Ангины и бронхиты*
- *Орхит*
- *Почечная патология (микрогематурия и протеинурия)*
- *Астенический синдром*

# ПОЗДНИЙ ПЕРИОД ЛБ

Наступает через 6 месяцев – 2 года у 10% больных ЛБ

Характеризуется:

- *Астеническим синдромом*
- *Поражением опорно-двигательного аппарата* (артралгии, артриты, периартриты, тендиниты, бурситы, миалгии, миозит, люмбалгии)
- *Нарушением нервной системы* (хронический энцефаломиелит, парапарезы, множественный мононеврит, расстройства памяти)
- *Поражением кожи* ( атрофический акродерматит, очаговая склеродермия)

# ПОЗДНИЙ ПЕРИОД ЛБ

*Хронический атрофический акродерматит ХААД* – цианотично – красные пятна на разгибательных поверхностях одной или обеих конечностей, имеющие тенденцию к периферическому росту и слиянию, процесс развивается в течение нескольких месяцев и лет

Стадии ХААД:

- *Эритематозная*
- *Инфильтративно-отёчная*
- *Атрофическая* ( симптом Пospelова) - постепенно кожа атрофируется и приобретает вид папиросной бумаги



# ПОЗДНИЙ ПЕРИОД ЛБ ХААД



**ПОЗДНИЙ ПЕРИОД ЛБ  
ХААД**



# ПОЗДНИЙ ПЕРИОД ЛБ

## *Поражение суставов (Лайм-артрит):*

- Артралгии
- Доброкачественный рецидивирующий артрит
- Хронический прогрессирующий артрит

## ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

- Поражение сердечно-сосудистой системы, особенно в поздний период ЛБ, изучено недостаточно
- Рядом исследователей было отмечено, что симптомы поражения сердца выявляются у большинства больных с манифестным течением заболевания и даже у лиц с латентно текущей инфекцией
- Наиболее частыми диагнозами - «масками» в этих случаях выступают: нейроциркуляторная дистония, гипертоническая болезнь и начальные проявления ишемической болезни сердца
- У больных с диагнозами миокардит и миокардитический кардиосклероз боррелиозная этиология заболевания выявляется до 9,5% случаев

## ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Клинические симптомы поражения сердца сочетаются с:

- *генерализованной лимфаденопатией*
- *симптомами инфекционной интоксикации* (длительная периодическая лихорадка, слабость, головные боли)
- *поражением периферической и центральной нервной системы* (радикулоневриты, гиперестезии, парестезии, раздражительность, сонливость, снижение памяти)
- *поражением опорно-двигательного аппарата* (артрит, миозит, артралгия, и оссеалгия)
- *специфическими кожными проявлениями* (очаговая склеродермия, доброкачественная лимфоцитома кожи, хронический атрофический акродерматит)

# ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Такой полиморфизм клинических проявлений в различных сочетаниях с поражением сердечно-сосудистой системы **свидетельствует о системном характере боррелиозного поражения организма в целом**

Поражение сердца, хотя и является одним из проявлений ЛБ, часто протекает бессимптомно или малосимптомно

Вместе с тем, в литературе последнего десятилетия появились сообщения о возможности развития у больных ЛБ в позднем периоде заболевания аневризмы аорты, однако причины её формирования до настоящего времени окончательно не установлены, предполагается аутоиммунный механизм повреждения её стенки

# АНЕВРИЗМА АОРТЫ У БОЛЬНОЙ ЛБ (клинический случай)

В контексте вышеизложенного представляем наблюдавшийся нами клинический случай

Больная Р., 66 лет, в апреле 2012 года поступила в неврологическое отделение городской больницы с диагнозом: лакунарный инфаркт головного мозга, выраженный вестибуло-атактический синдром на фоне гипертонической болезни II, малые аневризмы внутренних сонных артерий, гипертоническая энцефалопатия, выраженный астено-вегетативный синдром, распространённый остеохондроз позвоночника, цервикалгия и люмбалгия.

# АНЕВРИЗМА АОРТЫ У БОЛЬНОЙ ЛБ

## (клинический случай)

Предъявляет **жалобы** на длительно существующие боли мышечного и суставного характера в правой верхней конечности и нижних конечностях, онемение, скованность движений, шаткость походки, боли в поясничном отделе позвоночника, слабость, повышенную утомляемость, головные боли, чувство озноба, нарушение сна, снижение концентрации внимания, нарушение памяти, депрессивное состояние, периодические давящие боли в области сердца, одышку при умеренной физической нагрузке.

Передвигается с помощью посторонних лиц и предметов.



# АНЕВРИЗМА АОРТЫ У БОЛЬНОЙ ЛБ

## (клинический случай)

Считает себе больной в течение 15 лет, когда впервые появились боли в области сердца, периодическое повышение артериального давления с максимумом 160/100 мм. рт. ст., при рабочем давлении 130/100 мм. рт. ст.

Находилась под наблюдением кардиолога, получала стационарное и амбулаторное лечение. За этот период отмечала головные боли, мигрирующие боли в мышцах, костях и суставах, слабость, повышенную утомляемость, боли в пояснице, которые с течением времени постоянно прогрессировали с кратковременной ремиссией после проведенного лечения.

# АНЕВРИЗМА АОРТЫ У БОЛЬНОЙ ЛБ (клинический случай)

Обследована:

**ЭКГ** от 12 .04.12 – ЭОС отклонена влево, ритм синусовый, ЧСС – 66 – 70 ударов в минуту, блокада передней верхней левой ветки пучка Гиса. Повышение электрической активности ЛЖ, элементы его перегрузки, депрессия сегмента ST в AVL, может быть обусловлено ишемией субэндокардиального слоя задней стенки?

**Повторное ЭКГ** от 29.05.12 – Вольтаж QPS – достаточный, электрическая ось сердца отклонена влево, ритм синусовый, ЧСС – 65. Гипертрофия левого желудочка.

**РЭГ** от **20.04.12** – умеренное снижение уровня церебрального кровенаполнения справа. Затруднение венозного оттока.

Слева – на нижней границе нормы. Затруднение венозного оттока D=S.

# АНЕВРИЗМА АОРТЫ У БОЛЬНОЙ ЛБ

## (клинический случай)

**МРТ** головного мозга от 23.04.12 – МР – признаки ангиоэнцефалопатии, малых аневризм внутренней сонной и средней мозговой артерии.

**Электронейромиограмма** от 22.05. 12 - При стимуляции м/берцового, б/берцового нервов с двух сторон, бедренного нерва выявлены умеренные признаки поражения сенсорных волокон периферических нервов нижних конечностей полиневропатологического типа, имеются лёгкие признаки аксонального поражения моторных волокон дистальных отделов правого м/берцового нерва в виде лёгкого снижения амплитуды мышечного ответа с данного нерва в области стопы.

При стимуляции длинных нервов верхних конечностей (срединного, локтевого) выявлены умеренные признаки нарушения сенсорной проводимости в дистальных отделах правого срединного нерва.

# АНЕВРИЗМА АОРТЫ У БОЛЬНОЙ ЛБ (клинический случай)

**Неврологический статус** – резко астенизирована. Глазные щели  $D>S$ , зрачки  $D=S$ , реакция на свет – ослаблена, нистагма нет, движения и пальпация глазных яблок болезненны. Положительный симптом Манна–Гуревича (усиление головной боли, иногда головокружение, шум в ушах при открывании глаз и движениях взора), сухожильные рефлексы торпидного типа. В позе Ромберга – атаксия, координация сохранена, тремор пальцев рук, гипестезия правой половины лица, правой руки, правой ноги до уровня стопы. При обследовании со стороны клинических анализов патологии не выявлено.

# АНЕВРИЗМА АОРТЫ У БОЛЬНОЙ ЛБ (клинический случай)

**Консультирована психиатром** – пролонгированная депрессивная реакция.

После проведенного стационарного лечение улучшение незначительное, невропатологом рекомендована консультация дерматовенеролога для исключения специфической этиологии.

**Дерматовенерологом** назначено обследование на сифилис и боррелиоз: КСР – отрицательный результат, ИФА Ig G к *B. Burgdorferi* - положительный.

На основании анамнеза, клинических проявлений, данных инструментальных обследований, положительного Ig G к *B. Burgdorferi* больной установлен диагноз : болезнь Лайма (нейроборрелиоз)

# АНЕВРИЗМА АОРТЫ У БОЛЬНОЙ ЛБ

## (клинический случай)

Проведено специфическое лечение: 1 курс инъекций бензилпенициллина (внутримышечно по 500 000 ЕД 8 раз в сутки - 28 дней) и 2 курса инъекций цефтриаксона ( по 2 г в сутки – 21 день). В начале лечения наблюдалась выраженная реакция обострения клинических проявлений неврологической симптоматики и повышение температуры тела до субфебрильных цифр (37,8).

На второй неделе антибиотикотерапии у больной наступило уменьшение проявлений неврологической симптоматики, она начала самостоятельно передвигаться без посторонней помощи.

По окончании курса лечения состояние больной значительно улучшилось, движениями в суставах восстановились в полном объёме, выписана в удовлетворительном состоянии.

# АНЕВРИЗМА АОРТЫ У БОЛЬНОЙ ЛБ (клинический случай)

Спустя несколько месяцев после проведенного лечения (26.12.12) с интенсивными болями в грудной клетке больная госпитализирована в кардиологическое отделение с предварительным диагнозом: Инфаркт миокарда? ИБС, прогрессирующая стенокардия, ФК Ш, диффузный кардиосклероз, гипертоническая болезнь II ст., желудочковая экстрасистолия, СН I ст. Левосторонняя субсегментарная S7пневмония? ЛН I. Болезнь Лайма.

# АНЕВРИЗМА АОРТЫ У БОЛЬНОЙ ЛБ

## (клинический случай)

**Рентгенологическое исследование** от 27.12.12 г.:

На обзорной рентгенограмме ОГК лёгочные поля без патологических теней. Лёгочной рисунок усилен, деформирован по ячеистому типу. Корни лёгких малоструктурны. Куполы диафрагмы ровные, чёткие. Наружные синусы свободны. Тень сердца расширена влево. Аорта интенсивна, удлинена.

*Заключение:* рентгенологические признаки кардиомегалии, атеросклеротического аортокардиосклероза; гипотензивного сердца II ст.; пневмофиброза.

**Эхокардиографическое обследование** от 08.01.13 г.:

*Заключение:* Аорта развёрнута. Аортосклероз с расширением восходящего отдела аорты до 4,3 - 4,4 см, грудного отдела до 3,1 см с незначительной ЖНД. Дилатация ЛЖ, гипертрофия стенок ЛЖ. Вторичная ЛГ ( $\Delta P=42$  мм. рт. ст.). Незначительное снижение систолической функции ЛЖ.



# АНЕВРИЗМА АОРТЫ У БОЛЬНОЙ ЛБ

## (клинический случай)

МСКТ – аортография от 08.01.13 г. *Заключение:* КТ - признаки аневризмы восходящего отдела грудной аорты; внутригрудной лимфаденопатии; остеохондроза, спондилёза грудного отдела позвоночника. Аневризма восходящего отдела аорты с наличием пристеночного тромба

В стационаре на фоне проводимого лечения улучшение не наступало, загрудинные боли нарастали, и больная в экстренном порядке была госпитализирована в Национальный институт сердечно-сосудистой хирургии имени М.М. Амосова АМН Украины, где был установлен диагноз: острая расслаивающаяся аневризма восходящей аорты, гемоперикард. Произведено протезирование аорты. Пациентка находится под диспансерным наблюдением.

# **АНЕВРИЗМА АОРТЫ У БОЛЬНОЙ ЛБ**

## **(клинический случай)**

**Таким образом, представленный случай подтверждает возможность тяжёлого комбинированного поражения ряда органов и систем у больных поздней стадией ЛБ с развитием патологии, представляющей угрозу для жизни пациентов**

