

Додає
цінність діагнозу



ЕКСПЕРТ У ЛАБОРАТОРНІЙ
ДІАГНОСТИЦІ

В.С. Копча, д.м.н., професор, кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією, шкірними та венеричними хворобами Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського

Перипетії діагностики бартонельозу

Продовження. Початок у № 2.

Борелії потрапляють в організм годувальника зі слиною інфікованого кліща під час присмокування. Ризик зараження залежить від тривалості присмокування кліща. Сприйнятливості людини до збудника хвороби Лайма дуже висока. Хворіють переважно особи молодого віку, частіше представники груп ризику (мисливці, лісники, грибники тощо). Захворюваність на кліщовий бореліоз має яскраво виражену сезонність, яка зумовлена біологічними особливостями кліщів. В Україні випадки хвороби реєструються з травня по жовтень з піком захворюваності в червні-липні. Імунітет при цьому захворюванні інфекційний (нестерильний), можлива реінфекція з повторним розвитком хвороби.

Інкубаційний період триває від 1 до 45 діб (у середньому 7-14 діб). Розрізняють ранній період хвороби, який охоплює стадії локальної інфекції та дисемінації, та пізній період — стадія персистуючої інфекції.

Стадія локальної інфекції клінічно характеризується розвитком мігруючої еритеми на місці присмокування кліща (це патогномонічна ознака хвороби Лайма, що реєструється у 70-80% хворих). Безеритемні форми хвороби спостерігаються у 20-30% пацієнтів із маніфестним перебігом і зазвичай вчасно не діагностуються, що може призвести до подальшого прогресування і хронізації захворювання [8-11].

Клінічний випадок

Хвора Н.Б., 20 років, студентка медичного університету. Звернулася по медичну допомогу 19.11.2015 р. зі скаргами на дуже болючі утворення в обох пахових ділянках, які ускладнювали рухи ногами, та підвищення температури тіла до 38,2 °С.

Анамнез хвороби. Три дні тому виникла загальна слабкість, вечірня температура тіла підвищилася до субфебрильних цифр, відмічалася болючість у паху. У наступні дні симптоматика стала більш вираженою.

Пацієнтка пов'язувала хворобу з мікротравмою пальця правої нижньої кінцівки, отриманою при роботі з граблями за тиждень до нездужання.

Об'єктивно: шкірні покриви помірно гіперемовані, вологі, без висипань та ознак поранень. Дихання везикулярне, хрипи відсутні. Частота дихання — 20/хв; частота серцевих скорочень — 98 уд./хв. Серцеві тони чисті, голосні. Живіт м'який, не болючий. Нижній край печінки пальпується на рівні правої реберної дуги, селезінка не пальпується. У ділянці обох пахових ділянок помітні та пальпуються дуже болючі пакети лімфатичних вузлів (справа — до 50×30 мм, зліва — до 50×20 мм), помірно рухливі, не спаяні з прилеглими тканинами. Шкіра над ними не змінена. Ознак ураження інших органів немає.

Діагностика. Загальний аналіз крові виконували двічі.

20.11.2015 р.: еритроцити — $4,47 \times 10^{12}/л$, гемоглобін — 131 г/л, лейкоцити — $7,89 \times 10^9/л$ (еозинофіли — 1,8%, нейтрофіли — 55%, лімфоцити — 34,1%, моноцити — 8,6%, базофіли — 0,5%), тромбоцити — $273 \times 10^9/л$, швидкість осідання еритроцитів — 43 мм/год.

30.11.2015 р.: еритроцити — $4,21 \times 10^{12}/л$, гемоглобін — 128 г/л, лейкоцити — $5,92 \times 10^9/л$

(еозинофіли — 1,9%, нейтрофіли — 33,1%, лімфоцити — 55,1%, моноцити — 9,1%, базофіли — 0,8%), тромбоцити — $341 \times 10^9/л$, швидкість осідання еритроцитів — 26 мм/год.

Загальний аналіз сечі, біохімічний аналіз крові, коагулограма — без особливостей.

Обстеження на TORCH-інфекції (IgM до цитомегаловірусу (CMV), вірусу простого герпесу 1 та 2 типів (HSV 1/2), IgG до HSV 6, IgM та IgG до капсидного антигену вірусу Епштейна-Барр (EBV), IgG до нуклеарного та ранніх антигенів EBV, IgM та IgG до Toxoplasma gondii) та урогенітальні інфекції (IgM та IgG до Chlamydia trachomatis, IgA та IgG до Mycoplasma hominis та Ureaplasma urealyticum, сумарні антитіла до Treponema pallidum), виконане у лабораторії «Сінево», продемонструвало негативні результати.

IgG до Borrelia burgdorferi (імуноферментний аналіз від 25.11.2015 р.) — 0,55 (негативний результат).

Оскільки чутливість та специфічність імуноферментного аналізу <100%, було використано метод вестерн-блоттингу, який дає можливість визначити наявність специфічних до Borrelia burgdorferi антитіл, виключивши вплив перехресних реакцій на неспецифічні антигени (лабораторія «Сінево»):

- IgM до білка p41 (флагеліну) B. burgdorferi (дослідження від 30.11.2015 р.) — пограничний результат;
- IgG до білка p41 (флагеліну) B. burgdorferi — виявлені;
- IgG до антигену OspC B. afzelii — пограничний результат;
- IgG до інших антигенів (p18, p58, Lipid Ba, VlsE B. afzelii; VlsE B. garinii; p19, p20, p21, p39, p83, Lipid Bb, VlsE B. burgdorferi) — не виявлені.

Обстеження на ВІЛ-інфекцію: результат негативний.

Ультразвукове дослідження (23.11.2015 р.): візуалізуються множинні лімфатичні вузли зниженої ехогенності та однорідної структури у правій (розміром 8,9×5,7-54,4×30,6 мм) та лівій (розміром 12,2×8,0-53,1×18,3 мм) пахових ділянках, їх контури чіткі, рівні.

Дуплексне сканування вен обох кінцівок: патологічних змін кровотоку не виявлено.

Електрокардіографія: тахікардія (вираженість відповідає ступеню підвищення температури тіла), інші параметри у межах вікової норми.

Консультації гінеколога, гематолога, хірурга: патологічних змін не виявлено.

Ураховуючи той факт, що для неспецифічного регіонарного лімфаденіту бактеріальної етіології типовим є однобічне ураження, версія пацієнтки, згідно з якою хвороба була спричинена подряпиною, отриманою під час роботи з городнім інструментом, виглядала малоймовірною (крім того, жодних патологічних змін на пальцях ноги — первинного афекту — не було виявлено). Під час повторного збору анамнезу було з'ясовано, що дівчина має 2 домашніх кошенят, які регулярно спричиняють пошкодження нижніх кінцівок у вигляді мікроподряпин і укусів. У клініцистів виникла підозра щодо гострого періоду ХКП. Для підтвердження діагнозу в одній із медичних лабораторій європейської мережі «Сінево» 20.11.2015 р. було проведено реакцію непрямой імунофлуоресценції для якісного визначення IgM до Bartonella henselae, результат виявився позитивним.

Ураховуючи наявність аденопатії, часті епізоди укусів і подряпин домашніми кішками та відсутність інших причин аденопатії, було встановлено діагноз: «Бартонельоз, типова ХКП середньої тяжкості, паховий лімфаденіт». Супутній діагноз — «Хвороба Лайма, безеритемна форма, субклінічний перебіг» (однак пацієнтка категорично заперечувала очевидний напад кліщів).

Лікування. Парентеральна дезінтоксикаційна терапія, цефтріаксон 1,0 г 2 р/добу внутрішньом'язово протягом 5 діб з переходом на азитроміцин 0,5 г (у 1-й день) та 0,25 г (у наступні 8 днів) перорально. З протизапальною, анагетичною та жарознижувальною метою у перші дні пацієнтка отримувала диклофенак 75 мг/добу парентерально. Терапія забезпечила повне клінічне одужання, досягнення суттєвого зменшення розмірів пахового лімфаденіту (справа — 2,5×1,5 см, зліва — 3,5×2,0 см) та усунення болючості. 03.12.2015 р. пацієнтка була виписана додому.

Як видно з вищенаведеного прикладу, перебіг ХКП далеко не завжди відповідає класичній клінічній картині з наявністю первинного афекту у місці вхідних воріт (папула, нагноєння на тлі почервоніння шкіри, лущення тощо) та однобічної регіональної лімфаденопатії.

Ураження лімфатичних вузлів може бути одним із небагатьох проявів хвороби, мати двобічний характер і супроводжуватися значною болючістю, що імітує венеричну лімфогранульому; типові та атипові інфекції, викликані мікобактеріями; туляремію; бруцельоз; мононуклеоз; сифіліс; інвазивні мікози; саркоїдоз; системні захворювання сполучної тканини та ін. У деяких пацієнтів ХКП поєднується з іншими інфекційними захворюваннями, які нерідко стають випадковою знахідкою.

За таких обставин украй важливими є достовірність і відтворюваність лабораторних результатів, які гарантовано забезпечує «Сінево» — європейська мережа медичних лабораторій в Україні.

Література

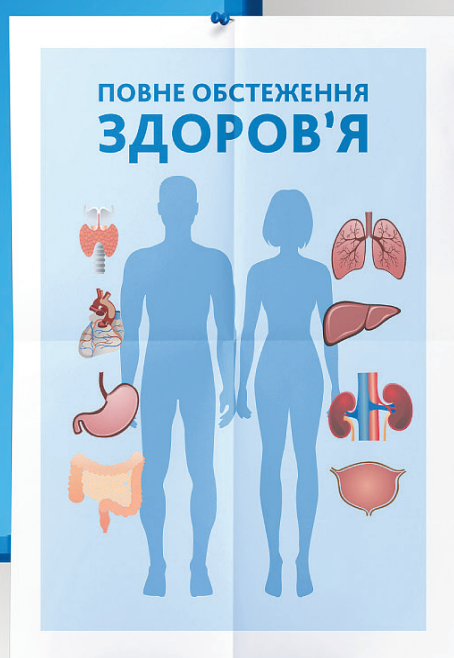
1. Бондаренко А.В. Особенности морфологической диагностики бацилярного ангиоматоза и болезни кошачьих царапин / А.В. Бондаренко, В.В. Гаргин, В.Н. Козько // Патология. — 2011. — Т. 8, № 3. — С. 78-81.
2. Бартонеллы и бартонеллезы — новые и возвращающиеся. Эпидемиология, клиника, диагностика / О.Ю. Медяников, Л.Я. Лиходед, Г.А. Пенкина и др. // Журн. микробиол. — 2008. — № 1. — С. 83-89.
3. Вспышка Q лихорадки и болезни кошачьей царапины в Московской области / И.В. Тарасевич, Т.Н. Демидова, А.Н. Пантюхина и др. // Журн. микробиол. — 2012. — № 6. — С. 120-121.
4. Florin T.A. Beyond cat scratch disease: widening spectrum of Bartonella henselae infection / T.A. Florin, T.E. Zaoutis, L.B. Zaoutis // Pediatrics. — 2008. — Vol. 121, № 5. — P. 1413-1425.
5. Recommendations for treatment of human infections caused by Bartonella species / J.M. Rolain, P. Brouqui, J.E. Koehler et al. // Antimicrob. Agents Chemother. — 2004. — № 48. — P. 1921-1933.
6. Emerging Bartonella in humans and animals in Asia and Australia / W. Saisongkroh, J.M. Rolain, Y. Suputtamongkol, D. Raoult // J. Med. Assoc. Thai. — 2009. — Vol. 92, № 5. — P. 707-731.
7. Lupi O. Tropical dermatology: Bacterial tropical diseases / O. Lupi, V. Madkan, S.K. Tyring // J. Am. Acad. Dermatol. — 2006. — № 54. — P. 559-578.
8. Малый В.П. Системный клещевой боррелиоз / В.П. Малый, И.С. Кратенко. — Харьков, 2006. — 128 с.
9. Лобзин Ю.В. Лайм-боррелиоз (иксодовые клещевые боррелиозы) / Ю.В. Лобзин, А.Н. Усков, С.С. Козлов. — СПб: Фолиант, 2000. — 156 с.
10. Steere A.C. The emergence of Lyme disease / A.C. Steere, J. Coburn, L. Glickstein // J. Clin. Invest. — 2004. — Vol. 113. — P. 1093-1101.
11. The Clinical Assessment, Treatment, and Prevention of Lyme Disease, Human Granulocytic Anaplasmosis, and Babesiosis: Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America / G.P. Wormser, R.J. Dattwyler, E.D. Shapiro et al. // Clin. Infect. Dis. — 2006. — V. 43. — P. 1089-1134.



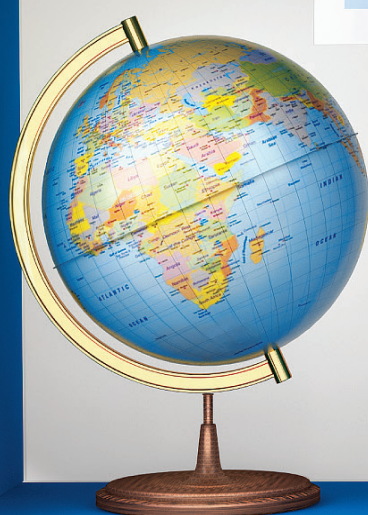
СІНЕВО
медична лабораторія

СПІВПРАЦЯ З «СІНЕВО» — СУЦІЛЬНИЙ ПЛЮС ДЛЯ ЛІКАРЯ

Повний спектр
досліджень
на кращому
світовому
обладнанні



Міжнародний контроль
якості досліджень
і довіра понад 20 тисяч
лікарів в Україні



72 медичні
лабораторії
у 16 країнах Європи



Інформаційна підтримка
та зручні онлайн сервіси
для лікарів і пацієнтів

0 800 50 70 30 безкоштовно зі стаціонарних телефонів по території України

044 20 500 20

www.synevo.ua



[synevolab](https://www.facebook.com/synevolab)