

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГРАНУЛОЦИТАРНОГО АНАПЛАЗМОЗА ЧЕЛОВЕКА НА ТЕРРИТОРИИ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

К.А. Куликова¹, О.Ю. Леонтьева¹, Т.М. Веселова², Л.В. Вепрева²

¹ Северный государственный медицинский университет, Архангельск

² Центр инфекционных болезней Областной клинической больницы, Архангельск

Clinical case of a human granulocytic anaplasmosis in Arkhangelsk region

K.A. Kulikova¹, O.Yu. Leonteva¹, T.M. Veselova², L.V. Vepreva²

¹ Northern State Medical University, Arkhangelsk

² The Center of infectious diseases of a Regional clinical hospital, Arkhangelsk

Введение

На сегодняшний день группа трансмиссивных клещевых инфекций является одной из наиболее актуальных тем инфектологии. Ввиду глобальной смены климатических зон и, вместе с тем, расширения ареала обитания клещей актуальность проблемы становится очевидной для северных регионов России, к которым относится Архангельская область [2]. С 1990 г. отмечается подъём заболеваемости клещевым энцефалитом в южных районах области, и к 2011 г. она превышает таковой по РФ [1, 2]. Кроме того, с 2009 г. стали регистрироваться редкие формы клещевых инфекций, такие как гранулоцитарный анаплазмоз человека (ГАЧ) [1].

Известно, что в 1991 г. первые эпизоды ГАЧ описаны на территории США [6]. В России о новой инфекции впервые сообщили из Пермской области в 1998 г. [3]. ГАЧ является классическим природно-очаговым, облигатно-трансмиссивным риккетсиозом. Переносчиками инфекции служат клещи рода *Ixodes* [4, 7, 8]. В организме человека возбудитель имеет тропность к гранулоцитам, ввиду чего заболевание протекает по типу вторичного иммунодефицита. Клиническая картина ГАЧ крайне полиморфна [4–6, 8]. Развивается острое лихорадочное заболевание с преобладанием тромбгеморрагического синдрома, симптомов поражения печени, почек, периферической нервной системы и присоединением оппортунистических инфекций [3–6, 7, 9].

Клинический случай

Больной К., 18 лет, находился в инфекционном отделении Центра инфекционных болезней Областной клинической больницы г. Архангельска. Поступил в стационар с жалобами на субфебрильную лихорадку, слабость, головную боль, гиперемию кожи в месте присасывания клеща.

Из анамнеза. За 15 дней до развития заболевания работал в лесу, где отмечался покус клеща. Извлекал клеща самостоятельно. В местном ФАП выполнена однократная инъекция иммуноглобулина против

клещевого энцефалита, принял одну дозу йодантипирина. Вирусформность клеща не определялась. На момент госпитализации болен 6-й день

При поступлении в стационар. Состояние среднетяжелое по совокупности симптомов, лихорадки и катаральных явлений в носоглотке нет. На коже передней брюшной стенки, слева, в месте укуса клеща, отмечается кольцевидная эритема с фестончатыми краями до 15 см в диаметре, сопровождается зудом. Пальпируются все периферические лимфоузлы, до 0,7 см в диаметре, плотно-эластические. Со стороны респираторного тракта и сердечно-сосудистой системы без патологических изменений. Нижний печеночный край на 1–1,5 см выступает из-под ребра. Селезенка не увеличена. Умеренно положительные менингеальные симптомы. В общеклинических тестах было выявлено умеренное повышение уровня печеночных трансаминаз (АСТ до 100 и АЛТ до 200 МЕ), лейкопения до $3,9 \times 10^9/\text{л}$ с палочкоядерным сдвигом нейтрофильной формулы до 32%. Общий анализ ликвора соответствовал физиологическому. По результатам ультразвукового исследования органов брюшной полости, почек и сердца, магнитно-резонансной томографии мозга патологических изменений выявлено не было.

Проведено комплексное обследование различных биотопов на предмет обнаружения возможных возбудителей клещевых инфекций и уточнения этиологии заболевания. Иммуноферментный анализ (ИФА) крови на антитела к вирусному клещевому энцефалиту, боррелиозу, моноцитарному эрлихиозу человека и гранулоцитарному анаплазмозу человека на 25-й день от момента присасывания клеща выявил IgM к *Anaplasma phagocytophilum* с коэффициентом позитивности 1,4. К 45-м суткам были выявлены IgM и IgG к *Borrelia burgdorferi sensu lato* с коэффициентом позитивности 3,5 и 1,9 соответственно. При очередном ИФА крови на 60-е сутки от момента присасывания клеща отмечено нарастание коэффициента позитивности

IgM и IgG к возбудителю ГАЧ свыше 13,0 и 2,2 соответственно, а IgM и IgG — к боррелиям до 4,2 и 3,0 соответственно. Следует отметить, что при проведении первого ИФА крови на спектр клещевых инфекций, кроме антител к вышеозначенным возбудителям, были выявлены IgM к вирусу клещевого энцефалита с коэффициентом позитивности 1,5, но при контрольном исследовании антитела не обнаружены, что расценено как перекрёстная иммунологическая реакция в пробе. По результатам объективного осмотра и серологических тестов была констатирована клещевая микст-инфекция гранулоцитарного анаплазмоза с боррелиозом.

Состояние в динамике. Жалобы на головную боль сохранялись в течение 11 дней от начала заболевания. Умеренный диспепсический синдром в виде тошноты, дискомфорта в эпигастриальной области, кашицеобразного стула отмечался в течение 9 дней. Кольцевидная эритема полностью разрешилась на 10-й день от начала терапии, оставив после себя слабую пигментацию, которая исчезла на 16-й день пребывания в стационаре. Лимфоаденопатия сохранялась длительно и несколько увеличивалась во время эпизодов интеркуррентных респираторных инфекций, но к моменту выписки нивелировалась. Сомнительные менингеальные симптомы, выявленные при первичном осмотре в отделении, несколько усилились после проведения диагностической люмбальной пункции и сохранялись до 20-х суток от момента госпитализации. В это же время отмечались периодические подъёмы температуры тела до субфебрильных значений. На 21-й и 43-й дни лечения в стационаре было присоединение острой респираторной инфекции в виде ринофарингита. Кроме того, за весь период госпитализации регистрировались неоднократные пики температурной реакции без видимой на то причины. Нормализация уровня печёночных трансаминаз произошла к 30-м суткам госпитализации. В показателях общего анализа крови в динамике не было существенных изменений, уровень лейкоцитов достиг физиологических значений к 7-м суткам лечения и составил $8,0 \times 10^9/\text{л}$. К моменту выписки (60-й день от начала заболевания) самочувствие полностью нормализовалось, выписан здоровым под наблюдение участкового терапевта по месту жительства. В лечении применялись: противовирусные препараты, индукторы интерферонов, препараты α -интерферона, антибиотики широкого спектра действия (всего 3

курса), гепатопротектор, симптоматические средства по острым респираторным заболеваниям.

Заключение

Нами представлен клинический случай ранее не зарегистрированной на территории Архангельской области клещевой инфекции. Следует отметить, что мы столкнулись с наиболее распространённым вариантом обнаружения анаплазмоза — микст-инфекцией. Учитывая данный факт, нужно обратить внимание на слабовыраженную, полиморфную симптоматику гранулоцитарного анаплазмоза и преобладание клинической картины эритемной формы боррелиоза. Установить диагноз было возможно только при проведении соответствующих серологических реакций, так как по многочисленным наблюдениям, опубликованным в литературе, не описано патогномичных признаков ГАЧ [6 — 9].

Литература

1. ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Архангельской области», доклад «Об эпидемиологической обстановке по клещевому энцефалиту в Архангельской области на 31.05.2012 г». — <http://29.rospotrebnadzor.ru>
2. Токаревич, Н.К. Влияние изменения климата на расширение зоны обитания *Ixodes persulcatus* в Архангельской области / Н.К. Токаревич, А.А. Тронин, Р.В. Бузинов // *Материалы международной конференции*. — СПб., 2010. — С. 37—38.
3. Афанасьева, М.В. Гранулоцитарный анаплазмоз человека на территории России: автореф. дисс. ... канд. мед. наук / М.В. Афанасьева. — Пермь: ПГМА, 2006. — 129 с.
4. Тропические болезни : учебник / под ред. Е.П. Шуваловой. — 5-е изд. — М. : ЭЛБИ-СПб, 2004. — С. 234—238.
5. Сорокина, М.Н. Бактериальные менингиты у детей / М.Н. Сорокина, В.В. Иванова, Н.В. Скрипченко. — М. : Медицина, 2003. — С. 261—263.
6. Dumler, J.S. Ehrlichial diseases of humans: emerging tick-borne infections / J.S. Dumler, J.S. Bakken // *Clin. Infect. Dis.* — 1995. — V. 20. — P. 1102—1110.
7. Parola, P. Tick-borne rickettsioses around the world: emerging diseases challenging old concepts / P. Parola, C.D. Paddock, D. Raoult // *Clin. Microbiol. Rev.* — 2005. — № 18. — P. 719—756.
8. Chapman, A.S. Diagnosis and management of tickborne rickettsial diseases: Rocky Mountain spotted fever, ehrlichioses, and anaplasmosis / A.S. Chapman [et al.] // *United States: a practical guide for physicians and other health-care and public health professionals*. — *MMWR Recomm. Rep.* — Mar 31 2006. — № 55. — P. 1—27.
9. Everett, E.D. Human ehrlichiosis in adults after tick exposure. Diagnosis using polymerase chain reaction / E.D. Everett [et al.] // *Ann Intern Med.* — May 1 1994. — № 120(9). — P. 730—735.

Авторский коллектив:

Куликова Кристина Александровна — клинический ординатор и старший лаборант кафедры инфекционных болезней Северного государственного медицинского университета; тел.: 8-902-507-52-62, e-mail: christina_kulik@mail.ru;

Леонтьева Ольга Юрьевна — доцент кафедры инфекционных болезней Северного государственного медицинского университета, к.м.н.; тел.: (8182)22-95-27;

Веселова Татьяна Михайловна — заведующая 1-м инфекционным отделением Центра инфекционных болезней Архангельской областной клинической больницы; тел.: (8182)24-79-48;

Вепрева Людмила Васильевна — врач-инфекционист 1-го инфекционного отделения Центра инфекционных болезней Архангельской областной клинической больницы; тел.: (8182)24-79-48.