Медико-диагностична лаборатория ЦибаЛаб ЕООД
София 1330, бул."Акад. И. Е. Гешов" 2Е (Бизнес Център Сердика), тел. 0700 112 42,
www.cibalab.com, e-mail: office@cibalab.com

ЛАБОРАТОРИЯ CibaLab

ИЗСЛЕДВАНИЯ ЗА ДОКАЗВАНЕ НА МАРСИЛСКА ТРЕСКА
Д-р Десислава Велчева, МДЛ "Цибалаб" ЕООД

1. Същност

Марсилската треска (известна още като Средиземноморска треска или Boutonneuse fever) е остро инфекциозно заболяване с причинител Rickettsia conorii. Рикетсиите са облигатни, интрацелуларни Грам-отрицателни кокобацили, които се развиват в цитоплазмата, и по-рядко в ядрата на еукариотнине клетки. Източник и преносител на инфекцията е кучешкия кърлеж-Rhipicephalus sanguineus, и по-рядко иксодови кърлежи от род Hyalomma.

Марсилската треска е широко разпространена в Южна Европа (около Средиземно море), Африка, Централна Азия, Индия и Каспийско море. У нас ендемични огнища има в Източните Родопи и по Черноморското крайбрежие. R. conorii се подразделя на 6 подвида, всеки с определено географско разпространение, което обуславя и различното клинично протичане на заболяването в различните региони на света.

2. Методи за изследване

В лаборатория „Цибалаб" са въведени тестове за доказване на специфични антитела от клас IgM и IgG срещу Rickettsia conorii, с прилагане на индиректен хемилуминисцентен метод (CLIA) .

3.Информативно съдържание и клинично значение

Заразяването става посредством ухапване от кърлеж, и по-рядко през конюнктивата при попадане на инфекциозен материал от смачкан кърлеж. След като проникне през раната от ухапването, R. conorii инвазира и пролиферира в ендотелните клетки на малките кръвоносни съдове, причинявайки тъканна некроза, която се проявява като tache noire (черно петно) на мястото на ухапването. Въпреки че тромбозата не е основен патогенетичен механизъм при това заболяване, често се развива дълбока венозна тромбоза в хода на инфекцията.

Инкубационният период е 5-7 дни след ухапване от инфектиран кърлеж. Около 90% от случаите на Марсилска треска се диагностицират между м.юни и м.септември, което е резултат от репродуктивния цикъл на Rhipicephalus. Безсимптомното прекарване на инфекцията е често срещано, тъй като при масови изследвания е установено, че антитела от клас IgG срещу R conorii се доказват при около 7-13% от здравото население. В повечето случаи заболяването протича леко, като леталитета е от 2 до5% (основно при малигнените форми на инфекцията). Фатално протичащите форми са при пациенти с късно поставена диагноза (>5 дни), забавено лечение (>10дни) или с подлежащо тежко основно заболяване (хронични чернодробни увреждания, диабет,G6PD, адвансирала бъбречна недостатъчност и др.).

Около 37% от пациентите имат анамнеза за ухапване от кърлеж, а около 89% от тях съобщават за контакт с куче или посещение в ендемичен зазаболяването район.

Тъй като специфичните лабораторни тестове не могат да потвърдят диагнозата в първите дни на заболяването, диагностицирането първоначално се поставя на базата на клиничните симптоми и епидемиологичната анамнеза.

Основните клинични симптоми при Марсилската треска са:

- Фебрилитет- 39-41°C;
- Екзантем -кожен обрив без сърбеж, появяващ се 2-6 дни след покачване на температурата, задържа се около 10 дни, като преминава за около 10-14 дни. На мястото на кожните обриви след оздравяване остават кафеникави пигментации;
- кранио-фарингеален синдром, главоболие и регионален лимфаденит;
- *Tache noire* **–** първичен афект, характерно черно петно на мястото на ухапване;

Клиничното протичане се характеризира с отчетлива стадийност на болестта, като острият стадий преминава за около 10-14 дни.

Въпреки че Марсилската треска е леко протичащо заболяване, тежки усложнения със засягане на нервната система се срещат при 6-10% от случаите, настъпващи най-често в резултат на ненавременно диагностициране на заболяването и прилагането на бета-лактамни антибиотици като емпирична терапия. При т.нар. малигнени форми на Марсилска треска може да се развие иктер, хеморагии от гастроинтестиналния тракт, пневмония, ступор, кома, орхит, менингизъм, ретинопатия, невро-сензорна загуба на слуха или миалгичен артрит.

За да се класифицира като малигнена форма, в дадения случай трябва да се наблюдават 2 или повече от специфичните клинични симптоми, в комбинация с промени в 2 или повече от следните лабораторните показатели: тромбоцитопения, повишен креатинин, хипонатриемия, хипокалциемия или хипоксемия.

4. Лабораторни изследвания

Препоръчителен е следния панел от лабораторни изследвания, като той зависи от стадия на заболяването, тежестта на клиничното протичане и съпътстващата патология:

- ПКК с ДКК – нормохромна анемия, левкопения с лимфопения, тромбоцитопения (35% от пациентите);
- Увеличени чернодробни ензими (при 60% от случаите);
- Креатинин – повишени нива (30% от пациентите);
- Уринен анализ – хематурия и протеинурия (55 % от пациентите);
- Фибриноген – повишени стойности се наблюдават през острата фаза на заболяването;

Етиологичната диагноза се поставя чрез използването на култивиращи и имунологични методи. Изолацията на R. conorii и индиректната имунофлуоресценция са референтни методи за поставяне на диагнозата, но в рутинната практика се прилагат основно серологични методи за доказване на специфични антитела. IgM антителата се доказват в края на втората седмица след инфектирането и достигат своя пик през четвъртата седмица,след което спадат, докато IgG се задържат във високи нива в продължение на месеци след преболедуването. Поради това, използваните тестове за детекция на IgM антитела трябва да са с висока чувствителност, с цел ранно поставяне на етиологична диагноза. CLIA методиката, използвана в лаборатория „Цибалаб“ се доближава максимално по чувствителност и специфичност до референтния IIF.

При интерпретацията на тестовете трябва да се има предвид по-късната поява на IgM антителата, задържането им във високи стойности и след преминаване на острата фаза на болестта, както и безсимптомните и напарентни форми на инфекцията, които се доказват само с детекция на специфични антитела.

5. Материал за серологично изследване

Взема се венозна или капилярна кръв. Препоръчително е изследването на серум, но е възможно използването и на плазма с EDTA.

Използвана литература:

1.Brouqui P, Parola P, Fournier PE, Raoult D. Spotted fever rickettsioses in southern and eastern Europe. *FEMS Immunol Med Microbiol*. 2007 Feb. 49(1):2-12.

2.Palau LA, Pankey GA. Mediterranean Spotted Fever in Travelers from the United States. *J Travel Med*. 1997 Dec 1. 4(4):179-182.

07.07.2016г. С пожелания за ползотворна съвместна дейност: (Д-р Д. Петкова – управител)