

# Случаи из практики

О АИТОВ К.А., МАЛОВ И.В., ЗЛОБИН В.И., ХАБУДАЕВ В.А., БОРИСОВ В.А. -  
УДК 616.062:616.064

## КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ КЛЕЩЕВОГО БОРРЕЛИОЗА В ВОСТОЧНОЙ СИБИРИ

*К.А. Аитов, И.В. Малов, В.И. Злобин, В.А. Хабудаев, В.А. Борисов.*

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор - акад. МТА и АН ВШ д.м.н., проф. А.А. Майборода, кафедра инфекционных болезней, зав. - проф. И.В. Малов, Институт эпидемиологии и микробиологии НЦ МЭ ВСНЦ СО РАМН, дир. - член-корр. РАМН, проф. В.И. Злобин)

**Резюме.** В статье на основе ретроспективного анализа 144 историй болезни больных клещевым боррелиозом изучены клинические признаки различных форм его течения: эритематозной, без эритематозной и диссеминированной. Все три формы встречаются в Восточной Сибири, что вероятно обусловлено различным геновидовым составом возбудителей.

Для клещевого боррелиоза (КБ) характерен полиморфизм клинических проявлений, связанный с генетическим разнообразием состава боррелий [2,3,4,9,10]. Нередко заболевание принимает затяжное и хроническое течение.

В последние два десятилетия, в связи с повсеместным изучением заболевания и введением в клиническую практику новых методов лабораторной диагностики ежегодно отмечается рост заболеваемости КБ.

Целью исследования явилось изучение клинических проявлений КБ с учетом различных его форм в природно-очаговой зоне Иркутской области.

### Материалы и методы

Под наблюдением находилось 144 больных с различными клиническими формами КБ, пролечившихся в городской инфекционной клинической больнице г. Иркутска в 1999-2001 гг. Все больные распределялись на три группы: 1-ая - 44 (31,2%) больных были с эритематозной формой. 2-ая - 32 (23,2%) чел. - безэритематозной и 3-я группа - 68 (47,2%) - с диссеминированной формой инфекции.

Диагноз КБ ставился на основании клинико-эпидемиологических данных и результатов лабораторного исследования, руководствуясь классификацией предложенной Ю.В. Лобзиным [1,5]. Серологическая диагностика основывалась на применении иммуноферментного метода, иммуноблоттинга и полимеразной цепной реакции.

Статистический анализ данных проводился с использованием общепринятых параметрических и непараметрических методов обработки. Производилось вычисление средней арифметической вариационного ряда (M), среднеквадратического отклонения (σ), ошибки средней арифметической (t). Достоверность различий полученных значений учитывали при уровне значимости  $p < 0,05$ .

### Результаты и обсуждение

Первую группу составили 30 (68,2%) мужчин и 14 (31,8%) - женщин в возрасте от 20 до 70 лет и старше. Причем наибольшее число больных

приходилось на возраст 41-50 лет (26,2%), наименьшее (1,6%) - на 70 и старше. Симптомы интоксикации сочетались с катаральными явлениями (першение в горле, гиперемия зева и конъюнктивы).

У 10 (7,1%) больных на 2-3 день болезни отмечено тошнота и рвота. У 20 (14,2%) больных со 2-го дня болезни появились артралгии. Кроме того, 30 (21,3%) больных предъявляли жалобы на появление кратковременных мышечных болей. Такие симптомы как слабость и недомогание были частыми (51,7%) признаками инфекционно-токсического синдрома.

Известно что, мигрирующая кольцевидная эритема (МКЭ) на месте присасывания клеща является патогномоничным признаком КБ. При этом наиболее часто наблюдается МКЭ на коже грудной клетки, живота, подмышечных и паховых областей тела [1,5].

По нашим наблюдениям первичная эритема у большинства (68,6%) больных имеет кольцевидную форму и распространяется эксцентрично от места присасывания клеща. Эритема имеет цвет, либо гомогенной яркой гиперемии (38%), либо (51,4%) бледной гиперемии с четкой границей по периферии. В 2,3% случаев - эритема имела фиолетовый оттенок. Размеры эритемы колебались от 5-10 мм до 70-75 мм в диаметре. У части (1,6%) больных, в области эритемы отмечались везикулезные элементы, а в 6,7% - петехии. В 32,8% случаях на месте эритемы отмечались умеренно выраженное чувство жжения, зуда и болезненности. У 12 больных зарегистрировано появление вторичных эритем. Они отличались меньшими размерами, чем первичная и более бледной окраской. После начала антибиотикотерапии в течение 3-7 дней эритема бледнела, часто оставляя после себя еле заметную пигментацию (35,6%), реже отмечалось мелкопластинчатое шелушение (14,2%). При эритематозной форме КБ у 23 (52,3%) больных находили увеличение регионарных лимфатических узлов. Они характеризовались плотновато-эластичной консистенцией, были безбо-

лезненны при пальпации и по размерам не превышали 0,5-1,0 см в диаметре.

Во вторую группу вошли 32 (22,2%) больных. Диагноз был выставлен на основании клинико-эпидемиологических данных и результатов серологических исследований сыворотки крови в динамике заболевания. Группа состояла из 20 (62,5%) мужчин и 12 (37,5%) - женщин в возрасте от 15 до 77 лет.

Инкубационный период был в диапазоне от 1 до 45 дней и в среднем составил 11,9±1,8 дня. У 24 (75%) наблюдаемых больных зарегистрировано острое начало болезни. В 34,4% случаев в начале заболевания были жалобы на озноб. У половины больных (50%) зафиксировано повышение температуры тела до 37,5-39,7°C, которая в среднем составила 38,4±1,2°C. При этом длительность лихорадочной реакции наблюдалась от 2 до 14 (8,4±2,3 дня) дней. У 10 (31,3%) больных температура тела оставалась в пределах субфебрильных цифр.

Подавляющее большинство (84,4%) больных предъявляли жалобы на головную боль, о слабости и недомогании свидетельствовали 22 (68,7%) больных. У 4 (12,5%) больных наблюдалась гиперемия лица и шеи. Рвота, тошнота и головокружение были в 9,4% случаев. Катаральные явления отмечены лишь в 1 случае. При осмотре кожных покровов и видимых слизистых у 9 (28,1%) больных выявлена инъекция сосудов склер и конъюнктив. У 3 (9,4%) заболевших наблюдался артралгический синдром. Боли в суставах появлялись на 2-3 день болезни. Чаще обнаруживалась полиартралгия. В патологический процесс более часто вовлекались лучезапястные, локтевые, коленные, плечевые суставы и поясничный отдел позвоночника. Боли носили умеренный и непродолжительный характер с длительностью до 4-7 дней. У 5 (15,6%) больных зафиксировано умеренное повышение артериального давления (до 130-150 мм. рт. ст.), и неприятные ощущения (6,3%) в области сердца. Указанные нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы носили преходящий характер и купировались без медикаментозной коррекции. На боли в мышцах предъявляли жалобы 10 (31,3%) больных. У 2 (6,3%) больных заболевание сопровождалось явлениями умеренно выраженного менингизма (ригидность затылочных мышц).

В третьей группе наблюдаемых больных было мужчин 46 (67,7%) и женщин - 22 (32,3%). Острое начало болезни отмечено у 45 (66,2%) больных, а постепенное - у 21 (30,8%). Начало заболевания с выраженного озноба зарегистрировано у 15 (22%) больных. При этом у 25 (36,8%) инфицированных лихорадка не превышала субфебрильных цифр, а у 29 (42,6%) - была до 38,5-40°C. В остальных случаях (20,6%) заболевание протекало при нормальной температуре тела. Лихорадочный период длился от 2 до 14 суток.

Общетоксический синдром характеризовался головной болью (73,5%), слабостью и недомоганием (67,6%), миалгиями (42,6%), артралгиями

(23,5%), тошнотой и рвотой (11,8%), катаральными явлениями (35,3%). Артралгия у данной группы больных имела более выраженный и стойкий характер, чем при других формах инфекции. Они купировались лишь спустя 6-10 дней. У 11 (16,2%) больных находили гиперемия лица и шеи, которая держалась от 1 до 3 дней. В 38,2 % случаев установлены признаки регионарного лимфаденита.

Вследствие диссеминации возбудителя, кроме кожных поражений и токсико-инфекционных проявлений, наблюдались также нарушения и со стороны внутренних органов. В начальный период заболевания КБ у больных наблюдалось умеренное увеличение размеров печени (63,2%) и селезенки (11,8%). При этом нижний край печени пальпировался на 1-2,5 см ниже края реберной дуги по правой срединно-ключичной линии. Край печени был ровным, безболезненным и имел плотновато-эластическую консистенцию. Исследование функциональных проб печени показало умеренное повышение активности АЛТ (0,8-2,5 ммоль/л). Показатели билирубина сыворотки крови оставались в пределах нормы. Выявленные нарушения со стороны гепатобилиарной системы при КБ исчезали в процессе лечения на 7-12 день со дня заболевания.

У 21 (30,9%) больного диссеминированным КБ наблюдалась генерализованная лимфоаденопатия. Причем они оставались мягкими безболезненными при пальпации и имели плотно-эластичную консистенцию. Размеры их не превышали 0,5-1,0 см в диаметре. Со стороны сердечно-сосудистой системы у данной группы была зафиксирована незначительная кардиалгия и неприятные ощущения в области сердца (17,6%). Артериальное давление оставалось в пределах 130-150 мм. рт. ст. (13,2%). У 1 больного на основании ЭКГ установлено нарушение внутрижелудочковой проводимости. У 8 (11,8%) больных зафиксирована блокада ножек пучка Гисса. Распространенные множественные первичные эритемы наблюдали у 6 (8,8 %) больных. У 1 больного установлен острый плечелопаточный периартрит и у других - тендовагинит кисти.

О поражении центральной нервной системы судили по развитию общемозговой симптоматики. Кроме головной боли, головокружения, тошноты и рвоты при неврологическом обследовании у 5 (7,4%) больных - выявлен неврит лицевого нерва, у 3 (4,4%) - парез нижних конечностей с нарушением чувствительности по периферическому типу. Положительные менингеальные симптомы (ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига и Брудзинского) наблюдались у 13 (19,1%) больных. У 5 (7,4%) из них при исследовании ликвора был обнаружен лимфоцитарный плеоцитоз (от 100 до 224 клеток в мкл).

Таким образом, проведенные нами исследования по анализу клинических проявлений различных форм КБ показали, что на территории Иркутской области регистрируется различные клинические формы заболевания. Так достоверно чаще на

территории Иркутской области регистрируется диссеминированная форма инфекции (47,2%) [4, 6]. Относительно реже регистрируются эритематозная (30,6%) и безэритемная (22,2%) формы болезни. Обращает на себя внимание многообразие клинической симптоматики при изучаемой инфекции. Наличие в Восточно-Сибирском нозоа-

реале различных клинических форм заболевания возможно обусловлено различным геновидовым составом возбудителей [9,10,11,12]. Это прежде всего относится к *B. garinii* и *B. Afzelii*, которые доминируют в природно-очаговой зоне Иркутской области. [7,8].

### TICK BORRELIOSIS IN EAST SIBERIA

K.A. Aitov, I.V. Malov, V.T. Zlobin, V.A. Khabudaev, V.A. Borisov

(Irkutsk State Medical University,

Scientific Research institute of Epidemiology and Microbiology SC ME ESSC SB RAMS)

The carried out researches have shown, that various clinical forms of tick borreliosis are registered on the territory of Irkutsk area. The disseminated form of the infection is registered authentically more often. The erythemathous and nonerythemathous forms of the disease are registered less often.

The presence in East-Siberian nosoareal of the various clinical forms of tick borreliosis is probably caused by various kinds of genes of originators.

#### Литература

1. Болезнь Лайма в Северо-западном регионе России / Ю.В. Лобзин, В.С. Антонов, С.С. Козлов, В.Ф. Крумгольц // Журн. инфекцион. патологии, - Иркутск, 1996. -Т.3, №4. -С.32-34.
2. Коренберг Э.И. Болезнь Лайма // Мед. паразитология и паразитарные болезни. - 1993. - №1. - С.48-51.
3. Коренберг Э.И., Крючечников В.И. Иксодовые клещевые боррелиозы - новая группа заболеваний человека // Журн. микробиол. - 1996. - №4. - С.104-108.
4. Косых Н.Г. Эпидемиологические и клинико-патогенетические аспекты иксодового клещевого боррелиоза в Восточной Сибири: Автореф. дис ... канд. мед. наук. - Иркутск, 2001. - 19 с.
5. Руководство по инфекционным болезням / Под ред. проф. Ю.В. Лобзина и проф. А.П. Казанцева, - СПб: "Комета", 1996. - 720 с.
6. Хабудаев В.А. Клинико-патогенетические аспекты Лайм-боррелиоза: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Москва, 2001. - 23 с.
7. Черногор Л.И. Эпидемиологические особенности клещевого боррелиоза в Предбайкалье: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Иркутск, 1999. - 24 с.
8. Черногор Л.И., Горин О.З., Сунцова О.В. и соавт. Эпидемиологические особенности клещевого боррелиоза в Предбайкалье // Журн. инфекцион. патологии, 1999. -Т.6, №4. -С.14-20.
9. Assous M.V., Postic D., Paul G et al. Western blot analysis of sera from Lyme borreliosis patients according to the species of *Borrelia* strains used as antigen // Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis. - 1993. - Vol.12, №4. - P.261-268.
10. Baranton G., Postic D., Saint Girons I. Et al. Delineation of *Borrelia burgdorferi sensu stricto*, *Borrelia garinii* sp. nov., and Group VS 641 associated with Lyme Borreliosis // Int. J. System. Bacter. - 1992. - Vol.42, №3. - P.378-383.
11. Pachner A.R. *Borrelia burgdorferi* in the nervous system: The New "Great Imitator" // Lyme disease and related disorders. Edited by Jorge L. Benach and E.M. Bosler. New York, 1988. - Vol.539. -P.56-61.
12. Steere A C., Bartenhagen N.H., Craft J.E. et al. The early clinical manifestations of Lyme disease // Ann. Inter. Med. - 1983. - Vol.99. - P.76-82.

© ГРУШКОВСКАЯ Е.А., БАЙФА А.А., ВОРОНКОВ В.К., КАРПОВА Л.В. -  
УДК 616.31-002.2-089

## ПЕРВИЧНЫЕ КОСТНЫЕ КИСТЫ ЧЕЛЮСТЕЙ (Редкие случаи из клинической практики)

*Е.А. Грушковская, А.А. Байфа, В.К. Воронков, Л.В. Карпова.*

(Муниципальное учреждение здравоохранения - Клиническая больница №1, г. Иркутск, гл. врач - засл. врач РФ, к.м.н. - Л.А. Павлюк, отделение челюстно-лицевой хирургии, зав. - Г.В. Мунгалов)

**Резюме.** Описаны клинические примеры больных с редко встречающимися первичными костными кистами челюстей. Представлены результаты клинического, рентгенологического, гистологического исследований и оперативного лечения.

Дистрофическая и аневризальная кисты кости - самостоятельные костные заболевания, выделяемые в настоящее время как отдельные нозологические формы и встречающиеся довольно редко. В основе заболеваний лежат процессы, связанные с нарушением нормального кровообра-

щения в некоторых отделах кости. В патогенезе этих нарушений могут отмечаться повреждения, опухольные процессы и другие причины, ведущие к скоплению крови в определенных участках костномозгового канала с сообщением и без сообщения с общим кровотоком. Клиническая рентгено-