

R. A. Ибатуллин, Р.В. Магжанов, В.Ф. Туник

**КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ КЛЕЩЕВОГО
БОРРЕЛИОЗА В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН**

*Республиканская клиническая больница,
Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа*

Реферат. Изучены клинические особенности клещевого боррелиоза в Республике Башкортостан в сравнении с соседними наиболее неблагополучными по данной заболеваемости Удмуртией и Пермской областью. Проанализировано 200 случаев клещевого боррелиоза по документации медицинских учреждений республики. В соседних областях (Удмуртия, Пермь) отмечено более частое боррелиозное поражение нервной системы и сердца. Межрегиональные различия в частоте и спектре клинических проявлений клещевого боррелиоза, описываемые в литературе, могут быть обусловлены включением в анализ разных форм заболевания, разных возрастных групп.

Р.А. Ибатуллин, Р.В. Магжанов, В.Ф. Туник

**БАШКОРТОСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА ТАЛПАН
БОРРЕЛИОЗЫ АВЫРУЫНЫ• КЛИНИК ЯКТАН
БЕЛЕНҮЕ**

Башкортстан Республикасында талпан боррелиозы авыруыны• клиник узенч•лекл•ре •леге чир бел•н авыручылар саны буенча шактый начаррак х•лд• булган күрше Удмуртия h•м Пермь крае бел•н чагыштырып өйр•нелг•н. Республикадагы медицина учреждениел•ренн•н алынган документлар буенча талпан боррелиозы бел•н б•йле булган 200 очрак тикшерелг•н. Күрше Удмуртия h•м Пермь краенда нерв системасыны• h•м йөр•кне• боррелиоз бел•н зарарлануы шактый ешрак булуы ачыкланган. Талпан боррелиозыны• •д•биятта чагылыш тапкан авыру билгел•ре ешлыгындагы h•м спектриндагы төб•кара аерымлыкклар авыруы• төрле формалары, төрле яшь төркемн•ре анализына көртөлүе бел•н а•латылырга мөмкин.

R.A. Ibatullin, R.V. Magzhanov, V.F. Tunik

**CLINICAL MANIFESTATIONS OF MITE BORRELIOSIS
IN THE REPUBLIC OF BASHKORTOSTAN**

Clinical peculiarities of mite borreliosis in the republic of Bashkortostan in comparison with neighbouring regions (Udmurtia, Permskaya oblast) were studied. 200 clinical cases have been studied and analysed. In the neighbouring regions (Udmurtia, Perm) more frequent lesion of nervous system and heart was noted. Regional differences in incidence and form of clinical manifestations can be explained by different forms of the disease (erythemic, non-erythemic and others) of different age groups (children—adults).

Находясь на стыке Европы и Азии, в переходной полосе от Восточно-Европейской равнины к Уральским горам и от северных таежных территорий к южным лесостепным, Башкортостан в своей природе сочетает черты прилегающих обширных разнородных пространств. На севере Республика Башкортостан (РБ) граничит с Пермской и Свердловской областями, на востоке — с Челябинской, на юго-востоке, юге и юго-западе — с Оренбургской областью, на западе — с Республикой Татарстан, на северо-западе — с Удмуртией. Показатели заболеваемости в регионах, примыкающих с севера к РБ (Удмуртия, Свердловская и Пермская области), достигают 15—30 и выше на 100 тысяч населения и являются одними из самых неблагополучных по заболеваемости клещевым боррелиозом (КБ) в Российской Федерации. Заболеваемость к югу, в Оренбургской области, идентична таковой в РБ (в среднем до 1,3 на 100 тысяч населения). Восточнее республики (Челябинская область) указанный показатель составляет в среднем 5—10, а западнее — в Татарстане — 2-3 на 100 тысяч населения. В этой связи представляют определенный интерес некоторые данные о клинике КБ в РБ как на переходной территории от регионов с наиболее неблагополучной эпидемиологической обстановкой к областям с меньшим уровнем заболеваемости, т.е. с севера на юг и с востока на запад.

По данным Федерального центра Госсанэпиднадзора МЗ РФ, зараженность клещей, отловленных в разных областях Приволжского Федерального округа в 2003 г., боррелиями, на территории РБ составила 20,0%, в соседнем Татарстане — 20,6%, севернее РБ, в Удмуртии, Пермской и Свердловской областях — соответственно 44%, 34,5% и 37% [2, 8, 14]. Инфицированность клещей в некоторых районах

Челябинской области, непосредственно граничащих с РБ, колеблется от 6,1 до 21,8 % [13]. По Оренбургской области сведений нет.

Нами проанализировано 200 случаев КБ по документации медицинских учреждений республики — историям болезни центральных районных больниц (78%), Республиканской клинической больницы (9%), городских клинических больниц (10%). Амбулаторно лечились 6 (3%) больных. Мужчины составляли 61%, женщины — 39%. Больные были в возрасте от 3 до 79 лет.

Таблица
Клинические проявления КБ

Клинические проявления	Частота признаков, %		
	1-я группа	2-я группа	Всего
Инкубационный период, дни	9,3±2	8,6±1,2	8,8±1
Койко-дни	12,7±1,3	12±0,7	12±0,6
Жалобы:			
изменения в месте укуса	56,4	64,1	62,0
головные боли	47,3	51,0	50,0
слабость, недомогание	36,4	40,0	39,0
головокружение	18,2	10,4	12,5
боли в суставах	25,5	35,2	32,5
Клиника:			
легкое течение	49,1*	66,2*	61,5
средней тяжести	50,9*	33,8*	38,5
Температура:			
фебрильная	49,1*	13,1*	23,0
субфебрильная	45,5	42,7	43,5
не повышалась	54,5	67,3	33,5
Менингеальные знаки	14,6*	2,5*	6,5
Поражение периферической нервной системы (всего)	9,1	3,5	5,0
Неврит VII пары ЧМН	1,8	1,4	1,5
Лимфаденит	21,8	25,5	24,5
Гепатит	18,1	17,5	18,0
Боли в сердце	5,5	1,4	2,5
Изменения в моче	16,7	16,4	16,6

* p<0,05.

Пациентов распределили по 2 группам. В 1-ю вошли 55 больных КБ. У всех диагноз КБ был установлен по наличию эритемы в месте укуса диаметром более 5 см (у 49) либо подтвержден лабораторно с помощью иммуноферментного анализа (ИФА). ИФА обнаружил четырехкратную инверсию Ig G или Ig M. У всех больных этой группы лабораторно исключен клещевой энцефалит (КЭ). Во 2-ю группу вошли 115 больных, пролеченных с диагнозами КБ, болезнью Лайма, либо по поводу укуса клеща или КЭ, при условии наличия характерной эритемы (более 5 см в диаметре). Сравнение двух групп по обследуемым признакам представлено в таблице.

Длительность инкубационного периода составляла в среднем $8,8\pm1,0$ дня, что согласуется с литературными данными (7—14 дней). В единичных случаях пациенты заболевали менее чем через сутки или через месяц после укуса клеща. Указания на значительное увеличение сроков инкубации (более 1 месяца) возможны и по причине стертого начала инфекции, в результате которого больные могут неточно указывать дату заболевания.

Среди субъективных симптомов у больных доминировали жалобы на покраснение, отек, боль, зуд или жжение в месте укуса клеща (62%). В остальных случаях больные не акцентировали внимание на место внедрения клеща, в том числе по причине отсутствия там каких-либо воспалительных изменений — безэрitemные случаи (3%). Частота безэрitemных форм КБ в ближайших северных регионах Поволжья составляет 14—24 % [3, 14]. В таких случаях особенно важно знать «опорные» диагностические симптомокомплексы раннего периода: артромиалгического, гриппоподобного, регионарного лимфаденита, гепатита, неврологического, сердечно-сосудистого и смешанного [5].

В остром периоде больные также жаловались на головные боли (50%), слабость и недомогание (39%), головокружение (12,5%). Указаний на повышение температуры не было в 33,5% случаев, до субфебрильных значений температура повышалась в 43,5%, до фебрильного уровня — в 23%. Болльшая выраженность общеинфекционного синдрома, сопровождающегося более часто головной болью (до 88%), астенией (до 100%), головокружением (до 36%) отмечалась при безэрitemной форме заболевания [5, 14].

Боли в суставах не были редкостью и встречались в среднем в 32,5% случаев. Артриты при КБ являются менее выраженным субклиническим отражением того же процесса воспаления, что и артриты. Их встречаемость в разных регионах страны колеблется от 1,8% до 46—49% [1, 10, 12].

Наиболее частый легкий (61,5%) либо среднетяжелый (38,5%) варианты течения инфекции обусловливали и недолгое пребывание больных в стационаре (в среднем $12\pm0,6$ дня). Иногда пациенты попросту самовольно покидали

стационары (на 3-4-й день). В 2 случаях в связи с наличием у больных менингеальных знаков планировалось проведение ломбальной пункции, от которой они отказались. Лишь у одного больного исследовалась спинномозговая жидкость, в которой обнаружился умеренный лимфоцитарный плеоцитоз (70 в 1 мкл) при нормальном содержании белка (0,33 г/л). В целом менингеальные знаки выявлялись у 6,5% больных. По данным литературы, удельный вес боррелиозных менингитов может достигать 30%. Серозный менингит у детей является одним из самых распространенных форм КБ, в отличие от взрослых [11].

Превалирование частоты лихорадочного синдрома, менингеальных знаков и среднетяжелого течения среди пациентов 1-й группы (табл.1) отчасти объясняется тем, что именно в эту группу вошли все пациенты с безэрitemной формой заболевания (у 6). Кроме менингита, наиболее частыми синдромами нейроборрелиоза являются радикулоневриты и невриты черепных нервов [6]. Поражение периферической нервной системы, отмеченное у 5% заболевших, проявлялось в виде сенсорной полинейропатии у 2 больных, шейной, поясничной или межреберной монорадикулопатии у 3, локтевой нейропатии у одного, невритов лицевого нерва у 3. У одного больного наблюдалась картина поражения тройничного нерва, протекающая в виде невралгии I ветви. На соседних с РБ территориях — Удмуртии и Пермской области вовлечение периферической нервной системы (соответственно в 23% и 13,3% случаев) отмечалось главным образом при безэрitemных формах заболевания [12, 14].

Регионарная лимфаденопатия наблюдалась у 24,5% больных. В среднем по стране этот синдром составляет около 50%. По одним данным, этот синдром выявляется в 100% случаев, по другим — крайне редко (в 1%) [10, 12.]. Реакция регионарных лимфоузлов чаще встречается у детей (72%), нежели у взрослых [7].

Безжелтушные гепатиты на фоне КБ, проявляющиеся умеренным повышением уровня трансаминаз, билирубина или увеличением размеров печени, в обеих группах составили около 18%. Указанные симптомы непродолжительны

и хорошо разрешаются на фоне проводимой антибиотикотерапии.

Боли в сердце — редкое явление (у 5). У 3 из них проводилось углубленное обследование с эхокардиографией, повторной записью электрокардиограммы и консультацией терапевта, в результате которых данных за миокардит не было выявлено. При этом в одном случае, мужчине 44 лет, был поставлен диагноз ишемической болезни сердца, в другом, женщине 53 лет, — миокардиодистрофии. Частота кардиальных расстройств может варьировать от 1 до 10% [9]. При более тщательном кардиологическом обследовании пациентов указанные нарушения обнаруживались в 91,7% случаев [3].

Изменения в общем анализе мочи регистрировались в 16,6% случаев и включали главным образом лейкоцитурию (до 13—15 в поле зрения), реже легкую протеинурию (до 0,198 г/л) и микрогематурию. Отклонения были кратковременными и не расценивались как признаки заболевания почек. Лишь в одном случае безэрitemной формы КБ нефрологом была назначена терапия по поводу обострения хронического пиелонефрита.

Переход заболевания в хроническую форму (до 8%) чаще отмечался при отсутствии лечения [4, 14]. В настоящее время под нашим наблюдением находится женщина 53 лет, перенесшая острую форму КБ 3,5 года назад. Клинически ведущим является синдром энцефалопатии с двусторонней пирамидной недостаточностью и упорной хронической цефалгией. Анализ спинномозговой жидкости не выявил отклонений от нормы. Методом ИФА в крови обнаружены специфические к боррелиям антитела класса G и M при отсутствии их в ликворе.

Таким образом, анализ показал некоторые особенности частоты отдельных клинических признаков КБ в РБ, в частности более частое, нежели в Башкортостане, поражение нервной системы и сердца в соседних с севера областях. Описываемые в литературе межрегиональные различия в частоте и спектре клинических проявлений КБ могут быть обусловлены включением в анализ разных форм заболевания (эритемная-безэрitemная, микст-форма чаще с КЭ),

разных возрастных групп (дети—взрослые). Сравнение наиболее однородных групп больных позволило бы констатировать различия или сходство клиники КБ на разных территориях более однозначно и, безусловно, при широком применении и совершенствовании методов диагностики клещевых нейроинфекций. Полагаем, что представленные нами сведения помогут дополнить общую картину клинических проявлений КБ в Уральском и Поволжском регионах России.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ананьева Л. П., Насонова В. А. Клиническая характеристика суставного синдрома при иксодовых клещевых боррелиозах // Клещевые боррелиозы. — Ижевск, 2002. — С.49—52.
2. Беляева М. Л. Результаты исследования инфицированности клещей боррелиями в Свердловской области / Актуальные проблемы природно-очаговых инфекций. — Ижевск, 1998. — С.166—167.
3. Бондаренко А. Л., Аббасова С. В., Тихомолова Е. Г. и др. // Эпидемиол. и инфекц. бол. — 2003.— №2. — С. 47—50.
4. Бондаренко А. Л., Тихомолова Е. Г., Любенкова О. Н. и др. // Эпидемиол. и инфекц. бол. — 2005. — №2. — С. 25—28.
5. Воробьева Н. Н., Сумливая О. Н. Особенности клинических проявлений иксодовых клещевых боррелиозов в России в остром периоде заболевания / Клещевые боррелиозы. Ижевск, 2002. — С.92—94.
6. Деконенко Е. П. // Росс. мед. журн. — 2005. — №1. — С. 52—55.
7. Егорова Т. В., Дроздов В. Н., Раздьяконова Н. М. Клинико-иммунологическая характеристика и лечение иксодовых клещевых боррелиозов у детей / Клещевые боррелиозы. — Ижевск, 2002. — С.138—140.
8. Информационное письмо «Болезнь Лайма в Приволжском Федеральном округе» №21ФЦ/48 от 12.01.2004г.
9. Лобзин Ю. В., Усков А. Н., Козлов С. С. Серия: Актуальные инфекции. Лайм-боррелиоз (иксодовые клещевые боррелиозы). — СПб, 2000.
10. Оберт А. С., Дроздов В. Н., Рудакова С. А. Иксодовые клещевые боррелиозы: нозогеографические и медико-экологические аспекты. — Новосибирск, 2001.
11. Субботин А. В., Попонникова Т. В., Дементьев А. В. Возрастные особенности клинической манифестации иксодового клещевого боррелиоза / Клещевые боррелиозы.— Ижевск, 2002. — С.274—277.
12. Сумливая О. Н. // Казанский мед. ж. — 2000. — Т. 81. — №5. — С. 400—404.
13. Тарасов В. Н., Ульянченко Э. В., Кондрашова О. Н. и др. // Мед. паразитол. — 2000. — №4. — С. 48.
14. Шадрин С. Г., Ромоданова Т. В., Рябов В. И. и др. // Эпидемиол. и инфекц. бол. — 2004. — №5. — С. 10—14.

Поступила 04.03.07.

