

Цель исследования. Изучить клинические проявления заболеваний, вызванных *B. Miyamotoi* и *B. burgdorferi sensu lato* и дать оценку диагностической возможности ПЦР в режиме реального времени для выявления возбудителя.

Методы. Исследовано 195 больных с иксодовым клещевым боррелиозом (ИКБ), среди которых безэритемная форма (БЭФ) верифицирована на основании выявления специфических антител в крови (90), а эритемная форма (ЭФ) на основании появления типичной эритемы после укуса клеща (105 наблюдений). Иммуноферментный анализ и иммуноблот проводились на первой, второй и третьей неделях заболевания. У всех 195 пациентов пробы крови для ПЦР исследования забирались при поступлении больного и не позднее 2-го дня лечения, применена методика ПЦР с гибридизационно-флюоресцентной детекцией в режиме реального времени (ПЦР) для детекции *B. burgdorferi sensu lato* (*B. b sl*) и *B. miyamotoi*. (*B. m*). Изучена сравнительная клиническая картина заболевания ИКБ, вызванная выявленными возбудителями.

Результаты. Сравнительная эффективность методики ПЦР и ИФА составила (44 из 90) 48,9% наблюдений. Метод ПЦР позволил выявить РНК *B. m* и *B. b sl*. у 67 больных, в том числе *B. m* у 46 (I группа) и *B. b sl*. у 21 (II группа) больного. Обе группы сопоставимы по возрасту (средний возраст $54,8 \pm 13,1$ лет) и полу (36 мужчин и 33 женщины). Среди больных с БЭФ ИКБ *B. m* и *B. bsl* выявлены в 42 и 2, а среди больных с ЭФ ИКБ – в 4 и 19 случаях соответственно, что предполагает преимущественную роль *B. m* в возникновении БЭФ ИКБ (95,5%). У больных I группы отмечена тенденция к более продолжительному инкубационному периоду ($14,7 \pm 3,9$ дней) и более ранней госпитализации ($3,1 \pm 1,4$ сутки от начала клинических проявлений). Во всех наблюдениях заболевание характеризовалось острым нача-

лом, общинфекционный синдром преобладал среди пациентов I группы, у которых выявлено статистически достоверное снижение количества лейкоцитов, тромбоцитов, палочкоядерный сдвиг и повышение уровня трансаминаз по сравнению с аналогичными показателями у больных II группы с БЭФ ИКБ ($p < 0,01$). У пациентов I и II групп головная боль имела место в 87,5% и 52%; миалгия – в 54,2% и 33,3%; артралгия - в 25% и 19%; лимфоаденопатия – в 66,7% и 9,5%, Лайм гепатит – в 47,9% и 9,5% соответственно, что свидетельствует о достоверном отличии клинических проявлений заболевания, вызванных разными возбудителями.

Заключение. Безэритемная форма ИКБ в 95,5% случаях вызывается боррелией *miyamotoi*, имеет большую выраженность клинических проявлений по сравнению с БЭФ ИКБ, вызываемой боррелией *burgdorferi sl*. Применение ПЦР методики позволяет в 48,9% получить подтверждение диагноза безэритемной формы ИКБ при первых клинических проявлениях заболевания и своевременно начать антибактериальную терапию, однако не исключает необходимости проведения серологической верификации методом ИФА.

М.К. Туваков², В.А. Борисов²,
И.В. Козлова¹, М.М. Верхозина¹,
К.А. Антонов², Т.М. Бурданова²,
В.И. Злобин², А.К. Тарбеев².

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ ЛАЙМ-БОРРЕЛИОЗА В ВОСТОЧНОЙ СИБИРИ

¹ Учреждение РАМН Научный Центр проблем здоровья семьи и

репродукции человека СО РАМН

² ГОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет»

Введение. В Иркутской области и России спектр возбудителей заболевания несколько

шире, чем в Северной Америке, соответствен-но разнообразнее и клинические проявления.

Цель исследования. В настоящее время отечественные и зарубежные клиницисты используют классификацию клинических форм иксодового клещевого боррелиоза (ИКБ), предложенную E. Asbrink и A. Novmagk (1991), где выделяется ранняя, поздняя инфекция и 3 стадии: локализованная, диссеминированная, хроническая. Заболевание развивается у 40-50 % инфицированных. Начало болезни обычно острое или подострое.

Методы. Использованы клинические (сбор анамнеза и объективный статус) и лабораторные методы исследования.

Результаты. Под наблюдением находились 127 больных с различными формами ИКБ. Инкубационный период заболевания в среднем составлял $23,7 \pm 2,5$ дней. Причем минимальный срок инкубации равнялся 1 дню и максимальный – 60 дням. Наиболее частым и достоверным признаком раннего периода болезни являлось поражение кожи с развитием мигрирующей эритемы (МЭ). Она встречалась в 65,7% случаев. По многолетним данным Иркутской областной инфекционной клинической больницы эритематозная форма была у 80,1% пролеченных больных. Часто у больных наблюдался миалгии и артралгии (78,3%). Нейроборрелиоз в ранний период заболевания чаще проявлялся в виде серозного или асептического менингита, радикулопатии, неврита лицевого нерва (19,5%). В остром периоде поражение нервной системы чаще выявлялся у больных с безэритемной формой болезни. Цитоз носил преимущественно серозный характер. Санация ликвора при боррелиозном менингите наступал в среднем через $32,1 \pm 2,3$ дня. Выделяли три стадии заболевания:

1. Ранняя локализованная стадия характеризовался МЭ и общеинфекционным синдромом (69,4%).

2. Ранняя диссеминированная стадия характеризовалась наибольшим клиническим полиморфизмом. При этом, наблюдался безжелтушный гепатит с увеличением печени и повышением активности трансаминаз (25,3%), миокардит с нарушениями ритма и проводимости, чаще в форме атриовентрикулярной блокады (11,3%), поражения глаз: конъюнктивит, эписклерит, кератит, увеит (2,5%). Встречались вторичные эритемы и доброкачественные лимфоцитомы кожи (1,1%). В первые недели заболевания возникали миалгии, тендовагиниты, бурситы, артралгии, реже — эпизоды артрита крупных суставов (22,7%). Неврологические изменения проявлялись поражением ЦНС (серозный менингит, реже менингоэнцефалит, миелит, энцефалопатия) (6,2%). Менингит проявлялся ригидностью мышц затылка, симптомом Кернига, умеренным клеточно-белковой диссоциацией в цереброспинальной жидкости (65,3%). Часто в патологический процесс вовлекалась периферическая нервная система в виде радикулопатии, множественных мононевритов (22,5%).

3. Стадия поздних проявлений характеризовалась артритами (34,6%), хроническим атрофическим акродерматитом (18,9%), иногда энцефаломиелитом и рецидивирующим синдромом Баннварта (5,4%). Для энцефаломиелита было характерно преимущественно спастические нижние парапарезы (54,3%), нарушение функции тазовых органов (23,1%). На КТ головного мозга отмечались перивентрикулярные очаги пониженной плотности.

Заключение. Таким образом, ИКБ в Приангарье характеризуется развитием неврологических и сердечно-сосудистых осложнений и на позднем этапе заболевания развиваются суставные и другие воспалительные процессы.