

СЛУЧАЙ СОЧЕТАННОЙ ЭТИОЛОГИИ СУСТАВНОГО СИНДРОМА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ: ИКСОДОВЫЙ КЛЕЩЕВОЙ БОРРЕЛИОЗ, СЕРОНЕГАТИВНЫЙ СПОНДИЛОАРТРИТ

А.Б. Конькова-Рейдман

Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск, Россия

Etiology of co-articular syndrome in clinical practice: ixodes tick-born borreliosis, seronegative spondyloarthritis

A.B. Kon'kova-Reydmann

South Ural State Medical University, Chelyabinsk, Russia

Введение

Иксодовые клещевые боррелиозы (ИКБ) являются самыми распространенными природно-очаговыми зоонозными инфекциями в России. Полиорганный, склонность к рецидивирующему и хроническому течению, развитие аутоиммунных феноменов иногда приводят к тому, что болезнь протекает под маской ревматического заболевания. Иксодовые клещевые боррелиозы с преимущественным поражением суставов называют «человеческой моделью ревматических заболеваний с инфекционной этиологией». Выделяют три варианта поражения суставов: артралгии, доброкачественный рецидивирующий артрит, хронический прогрессирующий артрит. Третий вариант поражения суставов обычно развивается у носителей HLA DR2- и DR4-антигенов. Суставной синдром приобретает характер хронического с образованием паннуса и эрозий хряща, как при ревматоидном артрите [1, 2]. При хроническом течении ИКБ развиваются остеопороз, истончение и утрата хряща, кортикальные и краевые узур, остеофиты, субартикулярный склероз. Диагностировать артрит сложно из-за наличия клинического полиморфизма, отсутствия типичных проявлений ИКБ и часто наблюдаемой клинической мимикрии ревматических заболеваний. Достаточно сложна дифференциальная диагностика таких артритов с группой серонегативных спондилоартритов, т.к. оба заболевания характеризуются поражением периартикулярных тканей и оба вызываются у пациентов, имеющих генетическую предрасположенность (связь с HLA B27 у больных с реактивными артритом и DR4 и DR2 — у больных ИКБ). Однако при иксодовых клещевых боррелиозах редки сопутствующие спондилоартритам поражения глаз, уретриты и исключением является сакроилеит.

Клиническое наблюдение

Больная И., 21 год, поступила в 4-е инфекционное отделение ГКБ № 8 на базе кафедры инфек-

ционных болезней Южно-Уральского государственного медицинского университета 9.06.2012 г. с жалобами на артралгии в правом коленном, голеностопном суставах, позвоночнике, общую слабость, субфебрилитет в течение нескольких месяцев, снижение памяти, некоторое снижение познавательской способности. Больной себя считает с июля 2011 г., когда на фоне легкого интоксикационного синдрома (температура 37,5°C, общая слабость) манифестировал суставной синдром по олигоартритическому типу (правый голеностопный сустав, плюснефаланговые суставы правой стопы). С 25.09 по 25.10. находилась на лечении в ревматологическом отделении с диагнозом: Серонегативный спондилоартрит 2 степени активности, 1 стадия, затяжное течение. Нарушение функции суставов 1 степени. У больной выявлен HLA B27-фенотип.

Эхокардиоскопия: Врожденный порок сердца — открытое овальное окно. Порок митрального клапана с регургитацией 1 степени, дополнительные хорды в полости левого желудочка. Трикуспидальная регургитация.

Кольпоцервикоскопия: Цервикальная интраэпителиальная неоплазия шейки матки (CIN 1 — дисплазия слабой степени). Характеризуется невыраженными изменениями строения эпителия с умеренной пролиферацией клеток базального слоя.

Рентгенография стоп: суставные щели сохранены, околосуставной остеопороз и кистовидная перестройка костной структуры. Рентгенография крестцово-позвоночного сочленения: двухсторонний сакроилеит 1 степени (умеренный), расширение суставных щелей и нечеткость замыкательных пластинок.

ИФА на антитела к боррелиям: обнаружены специфические IgG в титре 1/400 от 26.09, от 15.11 — IgG в титре 1/200. Через 3 месяца отмечает очередную манифестацию суставного синдрома. Пролечена цефтриаксоном по 2,0 г в/в общим чис-

лом 21. Отмечает улучшение — клиническое, титр специфических антител 1/100. В связи с доминирующей органной патологией направлена под наблюдение ревматолога в поликлинику по месту жительства. В течение 6 мес. получала преднизолон по 15 мг в сутки без клинического эффекта.

Эпидемиологический анамнез: факт инокуляции клеща отрицает, но в мае — июне 2011 г. находилась на дачном участке, расположенном рядом с лесом. Пила некипяченое козье молоко.

При поступлении общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Эмоционально неустойчива, плаксива. Менингеальной и очаговой симптоматики нет. Кожные покровы обычной окраски. Сыпи нет. Костно-мышечная система без особенностей. Явлений реактивного артрита крупных и мелких суставов нет. Симптом треножника слабо положительный. Выявлен текущий малый депрессивный эпизод по шкале Гамильтона (9 баллов). ИФА на антитела к боррелиям — IgG в титре 1/800. ОАК: СРБ> 6 мг/л. Кровь на LE-клетки — отр., на ревматоидный фактор — IgM, IgG — отр. Реакция Райта, Хеддельсона — отр., РПГА с иерсиниозным ОЗ, О9, псевдотуберкулезным антигенами — отр., ЦИК — 38 ЕД. (норма до 80), комплексы 1,1 (крупные), активность комплемента сыворотки — 66 гемолитических единиц (норма 20 — 40 ед.).

Диагноз: Иксовый клещевой боррелиоз, хроническое течение с преимущественным поражением суставов по олигоартралгическому типу. Синдром соединительнотканной дисплазии (порок клапанного аппарата, патология овального окна, дисплазия шейки матки). Серонегативный спондилоартрит 2 степени активности, 1 стадия, затяжное течение. Нарушение функции суставов 1 степени HLA B 27.

Заключение

В экспериментальных исследованиях высказывается гипотеза о том, что доминантное распознавание Т-клетками аритропогенного эпитопа боррелий — OspA может быть одним из механизмов развития артрита. Данную гипотезу подтверждают клинические исследования B.J. Lengi-Jansen и соавт.[3], в которых показано, что Т-хелперы больных реагируют преимущественно на OspA-протеин боррелий. Этим механизмом авторы объясняют устойчивость артрита к антибиотикотерапии у 10% пациентов в течение многих месяцев и даже лет. В ряде исследований показана способность боррелий к рекомбинантным пере-

стройкам антигенной структуры поверхностных белков в процессе репродукции в организме человека, а также трансформация в цисты (L-формы, сферопласты), которые в последующем способны превращаться в нормальные мобильные спирохеты [4, 5]. Многообразные, морфологически измененные «формы несбалансированного роста», по мнению Э.И. Коренберга [6], играют важную роль в стратегии выживания боррелий. Особенностью данного клинического случая является алиментарный путь заражения. Следует также заметить, что в последние годы наблюдается резкое снижение данного пути заражения, не только в отношении иксовых клещевых боррелиозов, но и арбовирусных инфекций, что некоторые авторы объясняют снижением поголовья коз [7].

Литература

1. Ананьева, Л.П. Иксовые клещевые боррелиозы (болезнь Лайма) в практике терапевта / Л.П. Ананьева // Рос. мед. журн. — 2007. — № 1. — С. 37 — 41.
2. Лобзин, Ю.В. Лайм-боррелиоз (иксовые клещевые боррелиозы) / Ю.В. Лобзин, А.Н. Усков, С.С. Козлов. — СПб.: Фолиант, 2000. — 160 с.
3. Lengi-Janssen, B.J. / B.J. Lengi-Janssen [et al.] // J. of Experimental Medsine. — 1994. — V. 180, № 6. — P. 2069 — 2078.
4. Коренберг, Э.И. Инфекции группы Лайм-боррелиоза-ИКБ в России / Э.И. Коренберг // Мед. паразитология и паразитарные болезни. — 1996. — № 3. — С. 14 — 18.
5. Zajkowska, J. New aspects of pathogenesis of Lyme borreliosis / J. Zajkowska [et al.] // Przegl Epidemiol. — 2006. — V. 60. — P. 167 — 170.
6. Коренберг, Э.И. ИКБ: итоги изучения и профилактики в России / Э.И. Коренберг // Клещевые боррелиозы: материалы науч.-практ. конф. — Ижевск, 2002. — С. 167 — 174.
7. Иерусалимский, А.П. Клещевые нейроинфекции с позиции клинициста-невролога / А.П. Иерусалимский // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2006. — № 2. — С. 71 — 74.

References

1. Anan'eva L.P. Ros. med. zhurn. 2007; 1: 37-41 (in Russian).
2. Lobzin, Ju.V., Uskov A.N., Kozlov S.S. Lyme-borreliosis (ixodes tick-born borreliosis): Foliant. Sankt-Peterburg; 2000 (in Russian).
3. Lengi-Janssen B.J., Strauss A.F., Steere A.C. J. of Experimental Medsine. 1994; 6: 2069-2078 (in United States).
4. Korenberg Je.I. Med. parazitologija i parazitarnye bolezni. 1996; 3: 14-18 (in Russian).
5. Zajkowska J., Grygorczuk S., Kondrusik M. Przegl Epidemiol. 2006; 60: 167-170 (in Polish).
6. Korenberg, Je.I. IKB: itogi izuchenija i profilaktiki v Rossii in Izhevsk]. In: Materialy nauch.-prakt. konf. [Kleshhevye borreliozy]. Izhevsk; 2002. p.167-174 (in Russian).
7. Ierusalimskij A.P. Zhurn. nevrologii i psihiatrii im. S.S. Korsakova. 2006; 2: 71-74 (in Russian).

Автор:

Конькова-Рейдман Алена Борисовна — доцент кафедры инфекционных болезней Южно-Уральского государственного медицинского университета, д.м.н.; тел.: 8(351)772-83-88, 8(351)261-13-54, e-mail: Konkova-reidman@mail.ru