



СОВРЕМЕННЫЕ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА (ПО МАТЕРИАЛАМ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЬНИЦЫ).

Береговой А., Джангазиева А.А.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Рассматривается современная клинико-эпидемиологическая ситуация по клещевому энцефалиту в нашей стране и перспективы диагностики заболеваний передающихся укусами клещей.

Ключевые слова: клещевой энцефалит, клинические формы, эпидемиология, лабораторная диагностика.

КЕНЕ ЭНЦЕФАЛИТИНИН КЛИНИКА – ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫК УЧУРДАГЫ ОЗГОЧӨЛҮКТӨРҮ (РЕСПУБЛИКАЛЫК ЖУГУШТУ ОРУУЛАР КЛИНИКАСЫ МАТЕРИАЛДАРЫ БОЮНЧА)

Береговой А., Джангазиева А.А.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы, Бишкек, Кыргыз Республикасы.

Көрүтүндү: Өлкөбүздө учурдагы кене энцефалитинин клиникалык жана эпидемиологиялык абалы жана кененин чагуусу аркылуу жуккан оорулардын диагнозун тактоонун перспективасы каралат

Негизги сөздөр: кене энцефалити, клиникалык түрлөрү, эпидемиологиясы, лаборатордук изилдөө.

MODERN CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF TICK-BORNE ENCEPHALITIS (ACCORDING TO THE MATERIALS OF THE REPUBLIC CLINICAL HOSPITAL OF INFECTIOUS DISEASES)

Beregovoi, A.A. Djangazieva

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev, Bishkek, Kyrgyz Republic.

Resume: The authors consider the present clinical and epidemiological situation of tick-borne encephalitis in our country and prospects for diagnosis of diseases transmitted by bites of ticks.

Key words: tick borne encephalitis, clinical forms, epidemiology, laboratory diagnostics.

Клещевой энцефалит является одним из наиболее серьезных инфекционных заболеваний из группы вирусных нейроинфекций, угрожающий здоровью населения в эндемичных природных очагах. Наша республика относится к числу территорий с устойчивыми природными очагами клещевого энцефалита (КЭ). По данным Департамента Госсанэпиднадзора КР заболеваемость КЭ за последние годы имеют тенденцию к увеличению (рис. 1)

Согласно данным исследований за 1999-2002 годы, проведенных в Кыргызстане сотрудниками РЦКООИ, наибольшая эпизоотическая активность природных очагов установлена по высоким показателям

инфицированности клещей вирусами КЭ в Аламүдүндском, Жеты-Огузском и Ак-Суйском районах [3]. Причем, на территории этих районов выявлены реликтовые природные очаги КЭ, представляющие наибольшую опасность для человека. Они связаны с классическим переносчиком и резервуаром вируса – клещами Ixodes Persulcatus [1] которые наиболее агрессивны по отношению к человеку. Спонтанно зараженные иксодовые клещи длительно сохраняют вирусы в организме и передают вирусы КЭ через укус при кровососании. В последние годы отмечается заметное повышение количество лиц обращающихся с укусами клещей в КР (рис.2)

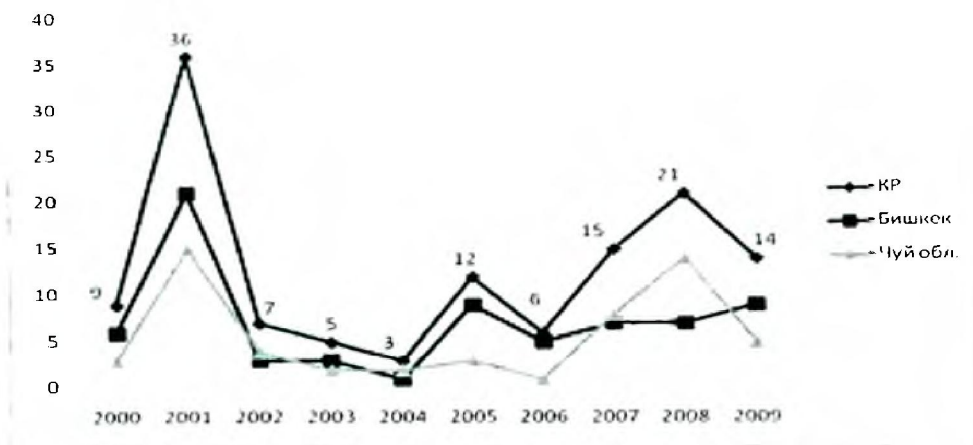


Рис. 1
Многолетняя динамика заболеваемости КЭ



Рис. 2

По отчетным данным, среди госпитализированных в РКИБ за 2010 год зарегистрировано 24 случая КЭ, из них детей - 8, взрослых – 16, тогда как в 2011 году зарегистрировано 27 случаев КЭ, среди которых детей – 6, взрослых – 21 человек.

Целью настоящего исследования явилось изучение клинических и эпидемиологических особенностей КЭ на современном этапе.

Материалы и методы

Проведено клиническо – лабораторное обследование 51 больного, госпитализированных в РКИБ с диагнозом КЭ в 2010 - 2011 гг. Верификация диагноза осуществлялась на основании лабораторных методов диагностики: общеклинические методы, серологические реакции со специфическим антигеном (РСК и РТГА) методом парных сывороток. В диагностике большое значение имели данные

эпидемиологического анамнеза. Так, среди госпитализированных в 100% случаев имелся факт укуса клещей и ни в одном случае алиментарного употребления сырого молока. Немаловажную роль играла сезонность, развитие симптоматики в весенне – летний период.

Результаты и обсуждение

Клинические проявления при КЭ возникали после инкубационного периода, который колебался от 1 до 30 дней, в среднем составлял $7,9 \pm 1,5$ дня. Во всех случаях КЭ развивался в весенне – летнее время года, при этом в 74% - в мае – июне. Эпидемиологические данные показали, что развитие заболевания связано с укусом клещей во время отдыха на природе и пребывания в походах. Основными очагами КЭ оказались следующие: (рис.3)

По литературным данным сезонность связана с подъёмом активности клещей в мае,

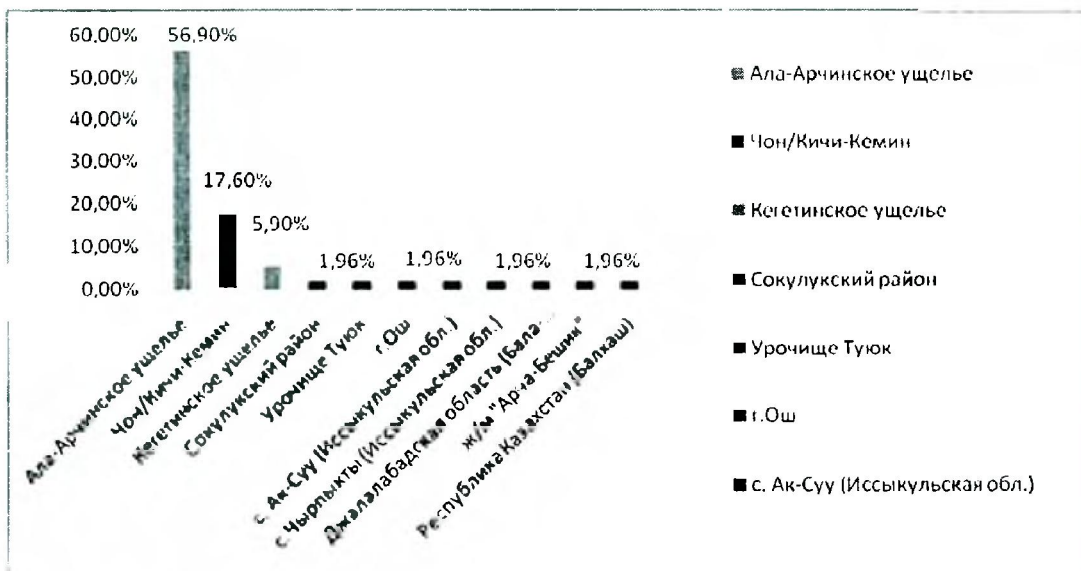
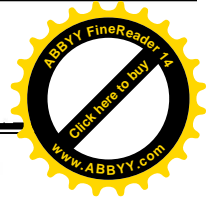


Рис. 3



Рис. 4

максимальная – в июне и значительное снижение – в июле месяце. Агрессивность клещей изменяется по годам, достигая максимума в годы с сухим и теплым летом [2]. Такой сезонный характер заболеваемости отмечен и в нашей республике (рис.4)

Среди госпитализированных в РКИБ, в возрастной структуре значительная часть приходится на людей активного трудоспособного возраста, имеющих больше контакта с природными очагами КЭ (рис.5)

Заболеваемость КЭ по возрастным группам:

Среди госпитализированных лихорадочная форма диагностирована у 43 больных, что составило 84,3%, менингеальная – у 5 (9,8%), менингоэнцефалитическая – у 3 (5,9%) (рис.6)

Распределение клинических форм КЭ, среди госпитализированных в РКИБ (рис.6).

Продолжительность инкубационного периода при лихорадочных формах в среднем составила 6,7 дней, при менингеальной форме – в среднем 17 дней, а при менингоэнцефалитической форме в среднем – 11,7 дней.

Клинически лихорадочная форма КЭ у 43 наших больных проявлялась: внезапным или острым началом болезни с повышением температуры тела до субфебрильных цифр у 32 больных, до фебрильных цифр у 19 больных. Продолжительность лихорадки до 3-х дней у 39 больных, 4-7 дней – у 9, 8-11 дней у 3 больных. Отмечались головная боль, головокружение у 39,2% больных и очень сильная головная боль в сочетании фотофобией, миалгией, общей мышечной слабостью у 19,6% больных, диспепсические явления у 39%, нарушение сна у 7,8% больных. Катаральные симптомы у 29,4%, неврологические нарушения в виде парестезий, орбитальных болей, заторможенности и судорог

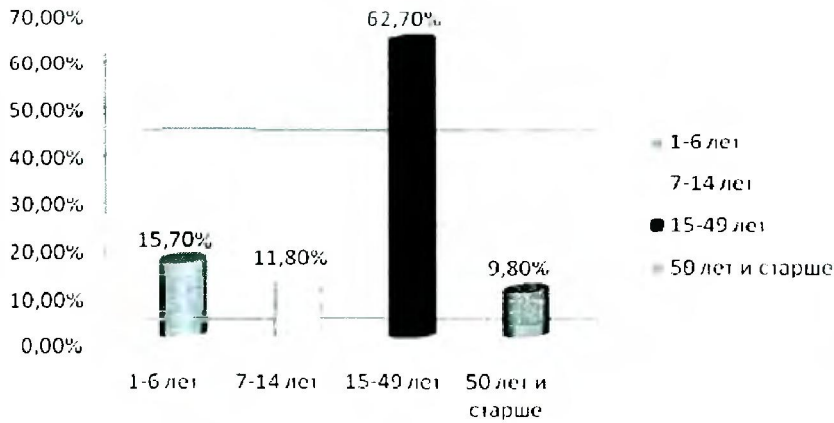


Рис. 5

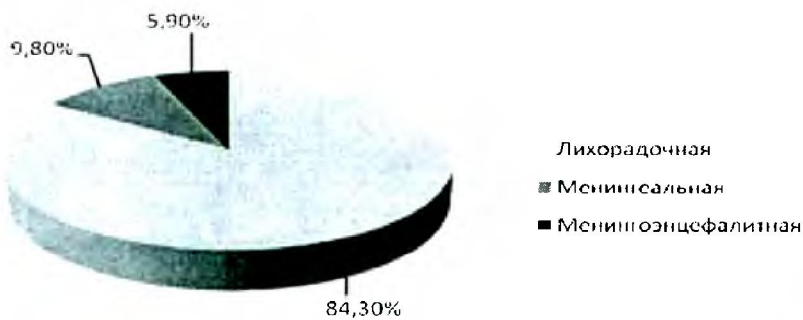


Рис. 6

отмечались у 5,9% больных, которые были кратковременными. Менингеальные знаки у этих больных были отрицательными. У двух больных с лихорадочной формой КЭ отмечено повторное поступление в стационар со второй лихорадочной волной. Первая лихорадочная волна у них продолжалась от 4 - до 8 дней (в среднем 6,2 дня), а межлихорадочная апирексия составила от 8 – до 15 (в среднем - 11 дней) дней, вторая лихорадочная волна также продолжалась от 4 - до 8 дней (в среднем 6.2 дня). При повторной лихорадочной волне в отделении отмечались головная боль, повышение температуры тела до 37,5-38^oC, и кратковременная, быстро проходящая ригидность затылочных мышц, сомнительный симптом Брудзинского на фоне адекватной терапии. Менингеальная форма отмечалась у 5 больных, которая характеризовалась острым началом болезни с повышением температуры тела до фебрильных цифр, продолжительностью лихорадки до 10-12 дней с общетоксическими

симптомами, жалобами на сильную разлитую головную боль, головокружение, повторной рвотой, общей резкой слабостью, отсутствием аппетита, гиперемией лица, зева, снижением чувствительности в нижних конечностях, горизонтальным нистагмом, тремором рук, шаткостью походки из-за резкой слабости мышц нижних конечностях, гиперестезией, парестезией, плохим сном, кошмарными сновидениями (у 1 больного) и положительными менингеальными знаками. Сознание у них было сохранено, но они были заторможены, вялы. Менингеальные симптомы сохранялись 10-12 дней. Изменения ликвора носили серозный характер: цитоз от 20 до 165, представлен до 85-90% лимфоцитами, белка от 0,079 до 0,158 г/л, р.Панди от + до +++, сахар от 3,0 до 3,2 ммоль/л, хлориды – от 117 до 120 ммоль/л.

Менингоэнцефалитическая форма зарегистрирована у 3 больных. Начало заболевания было острое с выраженными



ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

токсическими симптомами, высокой температурой до фебрильных цифр, продолжительностью лихорадки 10,4 дней. На фоне высокой температуры тела беспокоили сильная разлитая головная боль, многократная рвота, боль в глазах, бред, психомоторное возбуждение, клонико-тонические судороги, очаговые симптомы с последующим медленным выздоровлением.

Для лабораторного подтверждения диагноза проводились серологические исследования (РСК, РТГА). Нарастание титра антител в парных сыворотках было у 77,8% больных, тогда как у 22,2% результаты парных сывороток в обоих случаях оказались отрицательными, что не исключает наличие других инфекционных заболеваний передающихся через укус клеща: клещевые риккетсиозы, клещевые боррелиозы, эрлихиоз.

Противоэнцефалитный донорский ИГ получили все госпитализированные больные, согласно тяжести заболевания. Лечебный эффект наступал на вторые сутки после введения ИГ, отмечались снижение температуры тела до нормы, исчезновение симптомов интоксикации, головных болей, положительная неврологическая динамика.

Среднее пребывание пациентов в стационаре с лихорадочной формой составило 7,1 дней, с менингеальной формой 12,3 дней.

Выводы:

В последние годы имеется тенденция к росту заболеваемости КЭ в КР. В клинической картине преобладают лихорадочные формы (84,3%).

Подъем заболевания КЭ приходится на май – июнь месяцы (74%), с преобладанием в возрастной группе 15 – 49 (62,7%) лет.

Серонегативные формы позволяют предположить наличие других заболеваний, передающихся укусом клеща, что требует расширения серологического профиля для

диагностики таких заболеваний как: клещевые риккетсиоз, клещевой боррелиоз, эрлихиоз.

Литература

1. Колонин Г.В. “Мировое распространение иксодовых клещей”. М.: Наука, 1981.

2. Смородинцев А.А., Дубов А.В. “Клещевой энцефалит и его вакцинопрофилактика”. Л.: Медицина, 1986, 232 стр.

3. Брейнингер И.Г. “Очаги клещевого энцефалита Кыргызской Республики”. Мат. IY съезда гигиенистов, эпидемиологов, микробиологов, паразитологов и инфекционистов КР. Бишкек, 2002, стр. 131-132.

4. Джолбунова З.К., Бирюкова Н.И., соавт. «Особенности течения клещевого энцефалита у детей и взрослых». Сб. науч. тр., посвящ. 30 – летию каф. дет. инфекц. бол. КГМА. Бишкек 2002, Стр. 11 – 14.

5. Шетекаури С.А., Ольховский И.А., соавт. «Выявление новых клинических форм клещевых инфекций в Красноярском крае». Неврологический журнал, № 3, 2005, Стр. 10 – 13.

6. Кутманова А.З., Сыдыкова А.Б., Исаков К.М. “Клинический надзор за клещевым энцефалитом в Кыргызстане”. Жур. здравоохранения Кыргызстана 2008, 4, 74-76 стр.

7. Алешковская Е.С., Благов Н.А., соавт. «Клещевые микстинфекции (иксодовый клещевой боррелиоз и гранулоцитарный эрлихиоз человека) в Ярославской области» Жур. эпидемиология и инфекционные болезни, № 2, 2008, Стр. 6 -8.

8. Кутманова А.З., Сыдыкова А.Б. с соавт. “Энцефалиты сезонные”. Методические рекомендации. Бишкек, 2011, 23 стр.

9. Скрипченко Н.В., Иванова Г.П., соавт. “Энцефалиты, вызванные вирусом клещевого энцефалита и боррелиями, у детей”. Жур. эпидемиология и инфекционные болезни, № 3, 2006, Стр. 36 -41.