

**КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛЕЩЕВОГО
РИККЕТСИОЗА СРЕДНЕЙ АЗИИ ПО МАТЕРИАЛАМ
РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЬНИЦЫ**
А.А. Алмазбекова, Э.Ж. Жуманадырова, Г.М. Муқанбеткеримова, А.Ш. Джумагулова
Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В статье приведена клинико-эпидемиологическая характеристика клещевого риккетсиоза по материалам РКИБ за 2011-2016 гг., что свидетельствует о наличии природных очагов в республике и высокого риска заболевания среди молодых людей, активно пребывающих на природе с марта по август месяцы. Основным дифференциально-диагностическим признаком клещевого риккетсиоза является триада: первичный аффект, экзантема, региональный лимфаденит. Внедрение современных методов лабораторной диагностики позволит улучшить мероприятия по эпидемиологическому надзору за клещевыми инфекциями в республике.

Ключевые слова: клещевой риккетсиоз, первичный аффект, экзантема, лимфаденит.

**ОРТО АЗИЯНЫН КЕНЕ РИККЕТСИОЗ ООРУСУНУН КРЖОБНЫН
МАТЕРИАЛДАРЫ БОЮНЧА КЛИНИКАЛЫК-ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫК МҮНӨЗДӨМӨСҮ**
А.А. Алмазбекова, Э.Ж. Жуманадырова, Г.М. Муқанбеткеримова, А.Ш. Джумагулова
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Макалада 2011-2016-жылдар аралыгындагы КРЖОБнын материалдары боюнча кене риккетсиоз оорусунун клиникалык-эпидемиологиялык мүнөздөмөсү берилген, ошондон эле республикадагы табигый очоктордун бар экендигин жана март, август айларында табиятта активдүү эс алуучу жаштардын арасында ооруп калуу мүмкүнчүлүгүнүн жогорку тобокелдиктеги көрүнөт. Негизги салыштырмалуу дарт аныктоо өзгөчөлүктөрүнүн үч белгиси: биринчи таасир, кызамык, бездин сезгенүүсү. Лабораториялык дарт аныктоонун заманбап методдорун киргизүү менен өлкөдө кене инфекциясын танытуу жана эпидемиологиялык көзөмөлдөөчү иш-чараларды республикада жакшыртуу керек.

Негизги сөздөр: биринчи таасир, кызамык, бездин сезгенүүсү.

**THE CLINICAL- EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS
OF TICK-BORNE RICKETTSIOSIS IN CENTRAL ASIA OF REPUBLIC
CLINICAL INFECTIOUS-DISEASES HOSPITAL**
A.A. Almazbekova, E.J. Jumanadyrova, G.M. Mukanbetkerimova, A.Sh. Dzhumagulova
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: The article presents the clinical and epidemiological characteristics of tick-borne rickettsiosis from RCIH reports for years 2011-2016 that proves the existence of dangerous places (full of ticks) across the country and high risk of catching disease among young people spending time in mountains from march to august. The main signs of tick-borne rickettsiosis are: primary affect, exanthema, regional lymphadenitis. Introduction of modern methods of laboratory diagnosis can improve practices of epidemiologic supervision on tick-borne infections in the country.

Keywords: tick-borne rickettsiosis are: primary affect, regional lymphadenitis, exanthema.

Клещевой риккетсиоз (син. Клещевой сыпной тиф Северной Азии) – один из представителей группы клещевых пятнистых лихорадок, вызываемая *R.sibirica*, характеризующееся доброкачественным течением, наличием первичного аффекта, увеличением и болезненностью регионарных лимфатических узлов, распространенной полиморфной сыпью. Клещевой риккетсиоз является типичным природно-очаговым зоонозом.

Резервуаром риккетсий в природе являются более 30 видов различных диких грызунов: суслики, полевая и лесная мыши, домовая мышь, хомяки, серая крыса, полевки, а переносчиками – более 20 видов клещей родов *Dermacentor*, *Haemaphysalis* и *Ixodes*, обитающими в различных ландшафтных зонах и имеющими определенный территориальный ареал.

Эпидемически активные очаги клещевого риккетсиоза установлены в европейской части России, Западной и Восточной Сибири, Казахстане, Средней Азии, Закавказье, Монголии, Китае, Пакистане. Подъем заболеваемости, отмеченный в последнее десятилетие позволяет ученым отнести этот риккетсиоз к возвращающимся (re-emerging) инфекциям [1,6]. Так, относительный показатель заболеваемости в Казахстане на 100 тысяч населения в 1995 г. был равен 0,41, а в 2001 г. - 1,77 [2]. Природные очаги клещевого риккетсиоза расположены на 18 административных территориях РФ. По данным Госкомстата, заболеваемость клещевым риккетсиозом в России в 2000 г. составила 2,1 случая на 100 тыс. населения, при этом Алтайский и Красноярские края имеют наиболее высокие показатели (80% случаев) [3,4,5].

В Кыргызской Республике нет официальной регистрации клещевого риккетсиоза. Но официальное отсутствие регистрации не является отражением фактического состояния заболеваемости, так как природные очаги с резервуарами инфекции (клещи) продолжают существовать и действовать.

Таким образом, изучение эпидемиологических особенностей клещевого риккетсиоза Северной

Азии в Кыргызской Республике, а также необходимость решения вопросов по своевременной диагностике и медицинской помощи больным определили актуальность настоящего исследования.

Целью настоящего исследования является изучение эпидемиологических и клинических особенностей течения клещевого риккетсиоза для улучшения лечебно-профилактических мероприятий

Материалы и методы исследования

Был проведен ретроспективный анализ 37 историй болезни пациентов с клещевым риккетсиозом Средней Азии, госпитализированных в РКИБ за 2011-2016 гг. Были использованы эпидемиологические, клинические, лабораторные (общеклинические, ИФА на антитела клещевого энцефалита) методы исследования. Проводилась статистическая обработка с помощью программы MicrosoftExcel.

Результаты и обсуждение

По материалам Республиканской клинической инфекционной больницы за 2011-2016 гг. зарегистрировано 37 подозрительных случаев клещевого риккетсиоза Средней Азии (КР). Причем за последние годы отмечается увеличение числа случаев КР (рис. 1).

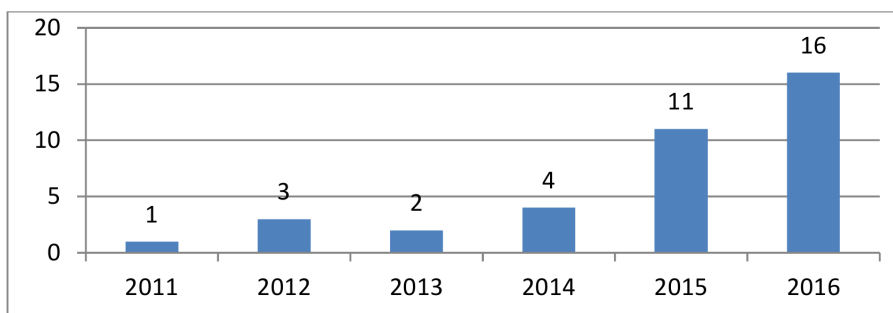


Рис. 1. Заболеваемость клещевым риккетсиозом за 2011-2016 гг. по данным РКИБ (абс. число).

Среди наблюдаемых больных лиц мужского пола было 25 человек (67,5%), женского – 12 человек (32,4%). Преобладание мужчин среди заболевших связано с их трудовой деятельностью, т.е. они имеют больший контакт с природными очагами инфекции при выпасе скота и ухода за ним, при выполнении полевых работ, в процессе заготовки сена, строительстве, охоте и т.д.

Среди больных КР в основном были жители г. Бишкек (54%) и Чуйской области (21,6%), из других регионов республики зарегистрировано 24,3% случаев (Нарынской - 4, Иссык-Кульской - 2, Ошской - 2, Джалал-Абадской области - 1 случай). Наши данные свидетельствуют, что заболеваемость КР среди городского населения была выше, чем среди сельского населения.

Анализ возрастного состава показал, что 72,9% случаев КР наблюдалось среди взрослого населения. Среди заболевших значительный удельный вес (44,4%) приходится на лиц в возрасте от 31 до 50 лет, являющейся самой активной возрастной прослойкой населения. Относительно детского контингента, в 60% случаев КР отмечено среди дошкольников, что свидетельствует об их частом посещении неблагополучных очагов с взрослыми.

Эпидсезон КР начинался с марта и продолжался по август месяц. На рис. 2 сезонность КР выглядит в виде двухволновой кривой с пиками максимальной заболеваемости в мае (24,3%) и в августе (13,5%). Такая волнообразная кривая заболе-

ваемости может быть объяснена участием в передаче инфекции разных видов клещей, имеющие два пика активности.

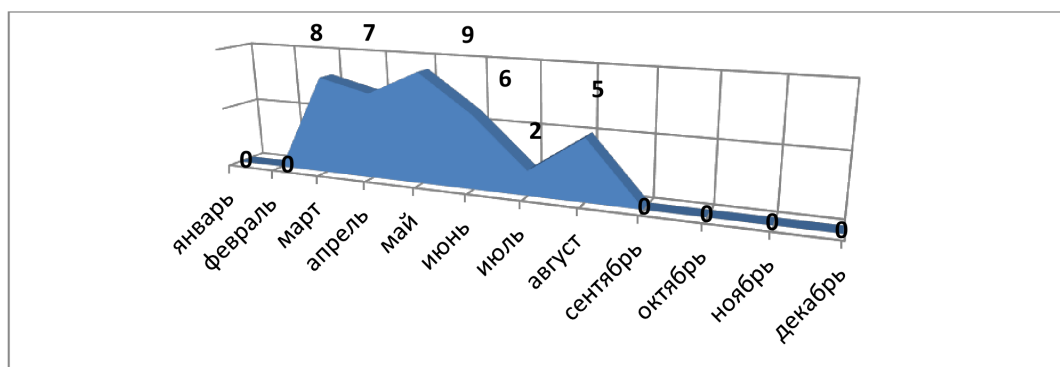


Рис.2. Длительность эпидемического сезона при клещевом риккетсиозе за период 2011-2016 гг. (абс. число).

Длительность эпидемического сезона при КР в нашей республике за период 2011 – 2016 годы в среднем составила 23 недели.

На присасывание клеща указывали абсолютно все больные. В большинстве случаев (56,7%) заражение происходило во время туризма или отдыха в лесных массивах, горных ущельях: в ущелье Ала-Арча – 10 случаев (47,6%), Байгелди- 1 (4,7%), Суусамыр- 2 (9,4%), в горах Кеминского р-на - 2 (9,4%), Григорьевское ущелье - 2 (9,4%), в горах Токтогульского р-на - 1 (4,7%), Алайского р-на - 2 (9,4%), Ат-Башинского р-на - 1 (4,7%). Необходимо отметить, что 50% городских лиц были укушены клещами в процессе работы на приусадебных участках, что свидетельствует о приближении клещей к окрестностям города.

Продолжительность инкубационного периода устанавливалась при указании точной даты присасывания клеща и в среднем составила 10,4±3 дня. Некоторые больные затруднялись указать дату присасывания клещей, что связано с безболезненностью присасывания и нередко с отсутствием болезненности на месте первичного аффекта.

В первые 3 дня болезни обратились в лечебные учреждения только 32,4% больных. Более половины (51,4%) больных обращаются за медицинской помощью на 4-7 день болезни, в основном при появлении сыпи на коже и 16,2% - на 9-10 день болезни. По направлению ЦСМ поступило 48,6% больных, по СМП - 10,8%, из других стационаров – 8,1% и 32,4% больных обратились в РКИБ самостоятельно. Чаще всего больные поступали с диагнозом клещевой энцефалит

(26,1%), укус клеща (18,9%), ОРВИ (13,5%), энтеровирусная инфекция (8,1%), лихорадка неясного генеза (8,1%).

Причиной поздней обращаемости и поздней госпитализации является низкая информированность населения и медицинского персонала о клинических проявлениях КР.

КР у 64,9% больных имел среднетяжелое течение и у 21,6% - тяжелое. В наших наблюдениях больных с легкой формой выявлено лишь в 13,5% случаев.

Дифференциально-диагностическим признаком КР является триада: первичный аффект, экзантема, региональный лимфаденит.

Первичный кожный аффект является специфической реакцией на внедрение риккетсий и был выявлен у 24 (64,8%) больных. Он представлял собой язву покрытой темно-коричневой корочкой на уплотненном участке кожи, окруженной участком гиперемии диаметром от 5 до 20 мм. При пальпации у большинства больных определялась его безболезненность.

Локализация первичного кожного аффекта в большей степени обнаруживалась на голове (затылок, волосистая часть) - 32,4%, в области нижних конечностей - 27% и верхних конечностей - 24,3%, на животе и грудной клетке- 16,2%.

Первичный кожный аффект у 54% больных сочетался с регионарным лимфаденитом. При пальпации лимфатические узлы были эластичной консистенции, подвижные, не спаяны с окружающей тканью, 1-2 см в диаметре.

У большинства больных заболевание начиналось остро с повышения температуры тела (100%), слабости (97,2%), головной боли (91,8%), озноба (94,5%), болей в мышцах (24,3%) и суставах (16, 2%), ломоты в теле (18,9%).

Одним из постоянных симптомов КР было повышение температуры тела в пределах 37,8-39 С. Продолжительность лихорадочной реакции колебалась от 2 до 6 дней и в среднем составила 4,5±1 дней.

Изменения со стороны нервной системы проявлялись головной болью, которая отмечалась у 91,8%. Головная боль была разлитой и упорной, продолжительность составила в среднем 5,0±1 дней.

У всех больных (100%) обнаруживался такой важный для диагностики признак болезни, как сыпь. Чаще всего сыпь появлялась на 3-5 день болезни (70,2%). У большинства больных (51,3%) высыпание было обильным и сыпь не имела склонности к слиянию. В 64,9% случаев сыпь имела геморрагический характер в виде петехий, в 21,6% - розеолезный, в 13,5% - розеолезно-папулезный характер. Сыпь появлялась на неизменном фоне кожи, локализовалась чаще на туловище и конечностях. Средняя длительность высыпания составила 5,7±2 дней.

Гиперемия лица, шеи отмечалась у 40,5% больных. В наших наблюдениях инъекция сосудов склер и конъюнктивы отмечено у 32,4% больных, гиперемия зева – у 70,7%. Небольшая часть больных жаловались на боль в глазах (5,4%), сухой кашель (13,5%), боль в горле (8,1%).

В наших наблюдениях в разгар болезни отмечалась тахикардия у 62,2% больных, гипотония – у 13,5%. Приглушенность тонов сердца отмечали в 10,8% случаев. Эти изменения расцениваются как следствие нарушений со стороны вегетативной нервной системы под влиянием интоксикации.

У больных также отмечалась тошнота (40,5%), рвота 1-2 раза (35,1%), боли в животе (5,4%), жидкий стул (2,7%).

В общем анализе крови у 78,4% больных наблюдался нормоцитоз, лейкопения выявлена у 16,2%, лейкоцитоз - у 5,4% больных. СОЭ была умеренно повышена в 27% случаев.

У 16,2% больных проводилось исследование сыворотки крови методом ИФА на клещевой энцефалит (IgM и IgG) с отрицательным результатом.

Диагноз КР согласуется не только с клинико-эпидемиологическим аспектом, но и терапевтическим эффектом тетрациклина. Монотерапию доксициклином получали 43,2% больных, комбинацию доксициклина с другими антибиотиками (хлорамфеникол, цефтриаксон, пенициллин) - 27% больных. У детей использовали цефтриаксон (16,2%) и пенициллин (13,5%).

Продолжительность антибактериальной терапии в среднем составило 4,5±1 дней.

Среднее пребывание в стационаре больных с КРс легкой формой составило в среднем - 4,4±2 дня, со среднетяжелой формой - 5,0±1 дня, с тяжелой формой - 5,9±1 дней.

Выводы:

1. На территории республики существуют активные природные очаги клещевого риккетсиоза, обеспечивающие рост заболеваемости. В определенной степени этот рост может быть связан с активным выходом населения на природу, работой на приусадебных участках. Клещевой риккетсиоз характеризуется стабильным ростом в структуре заболевших городских жителей (54%), чаще в возрасте от 31 до 50 лет (44,4%), с пиком заболеваемости в мае (24,3%).

2. Для клещевого риккетсиоза характерны такие особенности, как преимущественно среднетяжелое течение (64,9%), с первичным кожным аффектом (64,8%), петехиальной и розеолезно-папулезной экзантемой (78,4%), региональным лимфаденитом (54%), хорошим терапевтическим эффектом доксициклина.

3. Необходимо широкое внедрение новых современных методов лабораторной диагностики (ИФА, ПЦР) для расширения спектра этиологической расшифровки и совершенствования эпиднадзора за клещевыми инфекциями в Кыргызстане.

Литература:

1. Егембердиева Р.А. [Текст] Клещевой риккетсиоз в Северо-Казахстанской области // *Мед. журнал Западного Казахстана*. - 2010. - №3. - С.39-42
2. Козлова И.В., Злобин М.М. и др. [Текст] Клещевой риккетсиоз в Прибайкалье: современная эпидемиологическая ситуация и генетическая вариабельность возбудителя // *Эпидемиология и вакцинопрофилактика*. - М., 2007. - № 6. - С.16-22.
3. Рудаков Н.В., Самойленко И.В. [Текст] Диагностика риккетсиозов группы клещевой пятнистой лихорадки в России // *Клиническая лабораторная диагностика*. - М, 2015. - №1, т. 60. - С.50-52
4. Шпынов С.Н. [Текст] Районирование территории Российской Федерации по распространению патогенных риккетсий группы клещевой пятнистой лихорадки // *Мед. паразит и параз. болезни*. - М., 2008. - №4. - С.26-30.
5. *Molecular identification of a collection of spotted Fever group rickettsiae obtained from patients and ticks from Russia* // *Am. J. Trop. Med. Hyg.* - 2006. - Vol.74, N3. - P.440-443.