

Е. И. Клименкова, Г. Б. Курбанова
**СОВРЕМЕННЫЕ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ
ОСОБЕННОСТИ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА В РЕСПУБЛИКЕ
БЕЛАРУСЬ**

*Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Соловей Н.В.
Кафедра инфекционных болезней,*

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Резюме. В статье представлен клинико-эпидемиологический анализ современных особенностей течения клещевого энцефалита у пациентов, госпитализированных в УЗ «Городская клиническая инфекционная больница» г. Минска в 2016-2017 г.г.

Ключевые слова: клещевые инфекции, клещевой энцефалит

Resume. The article describes a clinical and epidemiological analysis of the current features of tick-borne encephalitis in patients hospitalized in the Minsk Clinical Hospital of Infectious Diseases in 2016-2017.

Keywords: tick-borne associated infections, tick-borne encephalitis

Актуальность. Клещевой энцефалит (КЭ) является распространенной трансмиссивной инфекцией в Республике Беларусь, наиболее часто поражающим нервную систему. Знание современных клинико-эпидемиологических особенностей заболевания позволяет ускорить его диагностику и своевременно выбрать адекватную тактику ведения пациентов.

Цель: определить современные особенности течения КЭ у пациентов, госпитализированных в УЗ «ГКИБ» г. Минска в 2016-2017 гг.

Задачи:

1. Проанализировать клинико-эпидемиологические особенности, характерные для клещевого энцефалита на современном этапе.
2. Охарактеризовать особенности терапевтических подходов, используемых в данной группе пациентов.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 38 медицинских карт пациентов с различными клиническими формами КЭ, госпитализированных в УЗ «ГКИБ» г. Минска в 2016-2017 гг. Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием программы SPSS 21.0.

Результаты и их обсуждение. Медиана возраста пациентов, включенных в исследование, составила 50,5 лет (25-75 перцентили – 42,0 – 58,3 года), мужчины – 60,5%, женщины – 39,5%. Медиана длительности госпитализации в УЗ «ГКИБ» 15,0 дней (25-75 перцентили – 12,0 – 18,25 дней). Пациенты направлялись в УЗ «ГКИБ», в основном, с диагнозом ОРВИ (в 31,6% случаев), лихорадка неясного генеза (в 21,1% случаев), а также без диагноза (15,8%). Реже среди направительных диагнозов отмечены болезнь Лайма (10,5%), клещевой энцефалит (также 10,5%), менингит/менингоэнцефалит (7,9%) (рисунок 1).

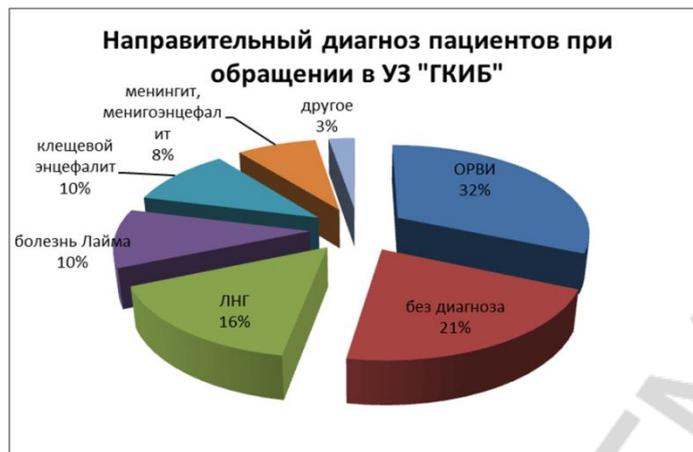


Рисунок 1 – Направительный диагноз пациентов при обращении в УЗ «ГКИБ»

На момент обращения пациентам выставлялись диагнозы: клещевой энцефалит (в 42,1% случаев), лихорадка неясного генеза (15,8%), клещевой боррелиоз, серозный менингит/менингоэнцефалит (13,2%) (рисунок 2).

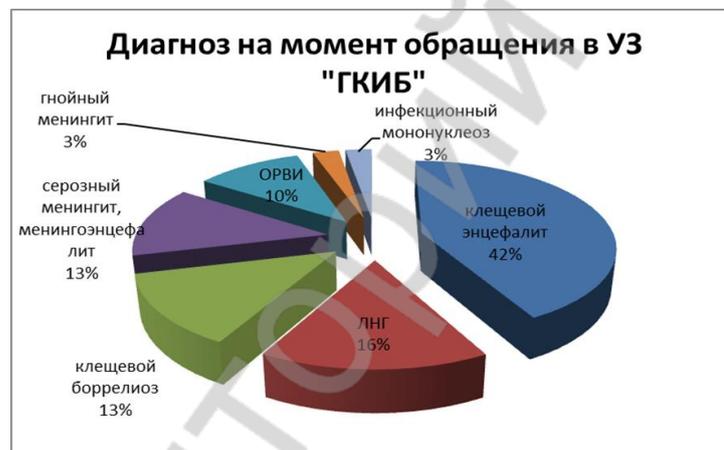


Рисунок 2 – Диагноз пациентов на момент обращения в УЗ «ГКИБ»

Среди клинических форм чаще всего наблюдалась менингеальная (в 65,8% случаев, у 25 из 38 пациентов). На втором месте по частоте встречаемости отмечена менингоэнцефалитическая форма, возникшая у 7 человек (18,4% случаев), на третьем – лихорадочная форма - у 5 пациентов (13,2 % случаев). У 1 пациента была зарегистрирована энцефаломенингополиомиелитическая форма заболевания, однако стоит отметить, что данный пациент выезжал во временные рамки возможного инкубационного периода за пределы Республики Беларусь (рисунок 3).

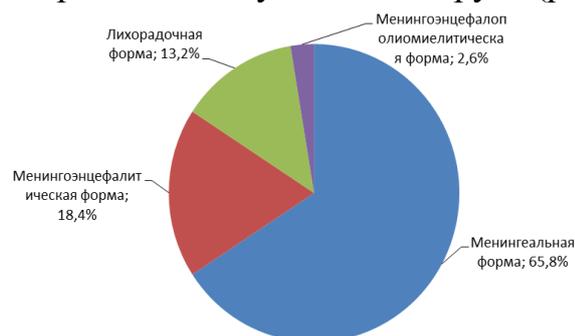


Рисунок 3 – Структура клинических форм КЭ

Ключевые факторы эпидемиологического анамнеза пациентов с верифицированным лабораторно КЭ представлены в таблице 1.

Таблица 1. Эпидемиологический анамнез

Фактор риска инфицирования КЭ	Количество пациентов	Частота
Посещение леса и лесопарков	35	92,1 %
Работа на приусадебных участках	24	63,2 %
Присасывание клещей в рамках возможного инкубационного периода (до 1 месяца)	29	76,3 %
Снятие клещей руками	5	13,2 %
Употребление непастеризованного молока	1	2,6 %
Выезд за пределы РБ в течение 1 месяца	2	5,2 %
Проживание в сельской местности	3	7,9 %

Клиническая симптоматика в дебюте заболевания не имела специфических особенностей. Лихорадка наблюдается в 100% случаев. Головную боль указывали 97,4% пациентов, на миалгию и/или артралгию предъявляли жалобы в 76,3% случаев, однако катаральный синдром отмечался только у 10,5% пациентов.

Двухволновое течение было обнаружено у 18 (47,4%) пациентов. Длительность периода афебрилитета между первой и второй волной, оцененная в данной подгруппе пациентов, составила 6,0 дней (25-75 процентиля – 3,0-8,5 дней, минимальный - 2 дня, максимальный - 16 дней).

Наиболее распространенные клинические проявления второй волны заболевания: лихорадка – 100%, гиперестезия – 50,0%, тошнота 27,8%, рвота – 16,7%, очаговая неврологическая симптоматика – 27,8%. Среди клинических проявлений на момент госпитализации головная боль выявлена у 97,4% пациентов, головокружение – у 81,6%, тошнота – у 31,6%, рвота – у 26,3%, гиперестезия – у 47,4%, фотофобия – у 47,4%, миалгии – у 81,6%, артралгии – у 81,6%, лихорадка – у 100%, общая слабость – у 100%, очаговость – у 21,1%.

Ригидность затылочных мышц отмечалась у 81,6% пациентов, атаксия – у 71,7%, симптом Кернига – у 60,5%. Реже встречались нистагм (36,8%), нарушения сознания (18,4%), парезы ЧН и другие силовые парезы (по 10,5%), нарушение чувствительности (2,6%). Ни у одного пациента не отмечено судорог.

Результаты лабораторных исследований, применяемых для верификации КЭ, приведены в таблице 2.

Таблица 2. Результаты лабораторных исследований у пациентов с КЭ

Метод лабораторной диагностики	Количество пациентов, которым выполнялось исследование	Количество пациентов с положительным результатом	Чувствительность метода
ПЦР крови на вирус КЭ	28	2	7,1 %
ПЦР ЦСЖ на вирус КЭ	31	0	0 %
ИФА на вирус КЭ	38	37, из них: IgM, IgG –	97,4 %

Таким образом, самым информативным методом оказался ИФА на ВКЭ, который был проведен всем пациентам и у 37 человек оказался положительным. IgM, IgG не обнаружены лишь у одного пациента с лихорадочной формой, диагноз которого верифицирован положительным результатом ПЦР крови на вирус КЭ. ПЦР ликвора оказался абсолютно не информативным, у всех пациентов результат был отрицательным.

При исследовании ликвора медиана плеоцитоза показала умеренное повышение клеток (61 мкл). При этом отмечается преобладание лимфоцитов (45,0 мкл). Медиана нейтрофилов составляет 13,5 мкл. Наблюдалось умеренное повышение белка (медиана 0,49 г/л). Глюкоза ликвора находилась в пределах нормы (медиана 3,2 ммоль/л).

Догоспитально антибактериальная терапия назначена 34,2% пациентов. Основные данные о проводимом лечении пациентам с КЭ в условиях стационара отражено в таблице 3.

Таблица 3. Лечение пациентов с КЭ в УЗ «ГКИБ» г. Минска в 2016-2017 г.г.

Госпитальное лечение	Количественные показатели
Противоклещевой иммуноглобулин	73,7 % пациентов (28/38)
Суммарная доза противоклещевого иммуноглобулина	12,0 мл (25 - 75 процентиля – 7,5 – 18,0 мл)
Количество дней использования противоклещевого иммуноглобулина	2,0 дня (25 – 75 процентиля – 1,23 – 3 дня)
Внутривенный нормальный иммуноглобулин человека	7,9% пациентов (3/38)
ГКС	86,8 % пациентов (33/38)
Количество дней внутривенной дегидратации	4,0 дня (25 – 75 процентиля – 3,0 – 5,0 дня)
Количество дней пероральной дегидратации	5,0 дней (25 – 75 процентиля – 2,25 – 7,75 дней)

При анализе подгрупп пациентов, у которых использовался и не использовался противоклещевой иммуноглобулин, медиана длительности госпитализации в случае назначения данного лекарственного средства составила 16,0 дней (25 – 75 процентиля – 12,3 – 19,8 дней), а в случае отсутствия назначения противоклещевого иммуноглобулина – 13,5 дней (25 – 75 процентиля – 11,8 – 17,0 дней), $p > 0,05$. Таким образом, статистически значимой разницы в длительности госпитализации между двумя группами не обнаружено.

Выводы:

1. В структуре клинических форм КЭ на современном этапе превалирует менингеальная форма (65,8%).

2. Важно уточнять не только прямой эпидемиологический анамнез (присасывание клеща), но и обязательно косвенные эпидемиологические предпосылки, так как около четверти пациентов не отмечают присасывания клещей в границах инкубационного периода, однако практически все пациенты отмечали посещение в данный период леса и лесопарковых зон.

3. Иммуноферментный анализ является высокочувствительным методом выбора для диагностики всех форм КЭ, сопровождающихся поражением нервной

системы. Чувствительность ПЦР ЦСЖ при этом крайне низкая, что не позволяет использовать данный метод в рутинной клинической практике. Выявление РНК ВКЭ методом ПЦР в крови является единственным способом ранней диагностики первой волны клещевого энцефалита, когда имеется вирусемия, однако еще возможно отсутствие антител к возбудителю в крови пациентов.

*E. I. Klimenkova, G. B. Kurbanova**

**CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF TICK-BORNE
ENCEPHALITIS IN THE REPUBLIC OF BELARUS**

*Tutor: associate professor N. V. Solovey
Department of Infectious Diseases,
Belarusian State Medical University, Minsk*

Литература

1. Государственный доклад “О санитарно-эпидемиологической обстановке в Республике Беларусь в 2012 году” [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://www.rcheph.by/news/gosudarstvennyy-doklad-o-sanitarno-epidemiologicheskoy-obstanovke-v-respublike-belarus-v-2015-godu.html?sphrase_id=83295 – Дата доступа: 04.04.2018.
2. Lindquist L., Vapalahti O. Tick-borne encephalitis // Lancet. – 2008. – Vol. 371, № 9627. – P. 1861–1871.