

«КЛЕЩЕВЫЕ» ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ ПЕРМСКОГО КРАЯ В ЭПИДСЕЗОН 2006 ГОДА

Мерзлова Н. Б., Воробьева Н. Н., Самаров М. Н.

ГОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Росздрава, кафедра госпитальной педиатрии, кафедра инфекционных болезней, г. Пермь

В Пермской областной детской клинической больнице в отделении психоневрологии в весенне-летний период 2006 года наблюдалось 89 пациентов с острыми лихорадочными заболеваниями, возникшими после присасывания клещей. Диагноз устанавливался на основании эпидемиологических, клинико-anamnestических данных и результатов лабораторных исследований.

С 2005 года в Пермском крае в лаборатории областной детской клинической больницы проводится исследование сыворотки крови всех поступивших детей с острыми лихорадочными заболеваниями, развившимися после присасывания клещей с помощью новых отечественных рекомбинантных тест-систем «МЭЧ–ИФА-IgM и IgG» и «ГЭЧ–ИФА- IgM и IgG», для выявления специфических антител к эрлихиям и анаплазмам.

В результате обследования 89 больных клещевой энцефалит (КЭ) диагностирован у 25 (29,09%) человек, а иксодовые клещевые боррелиозы (ИКБ) в 21 (23,6%) случае. У 1 (1,12%) больного в сыворотке крови обнаружены антитела к гранулоцитарному анаплазмозу человека (ГАЧ). Микст-инфекция в виде КЭ с эритемной формой ИКБ наблюдалась в 2,25% случаях. У двух больных было выявлено сочетание безэритемной формы ИКБ, гранулоцитарного анаплазмоза человека (ГАЧ) и моноцитарного эрлихиоза человека (МЭЧ). Острые респираторно-вирусные инфекции диагностированы у 37 (42,7%) больных.

Для ИКБ, КЭ, МЭЧ и ГАЧ характерна весенне-летняя сезонность. Начало эпидемического сезона связано с активизацией иксодовых клещей. В анализируемый период первые случаи этих заболеваний были отмечены в мае. Нарастание числа случаев происходило синхронно, а пик заболеваемости наблюдался в июле. Последние пациенты с КЭ и ИКБ зафиксированы в сентябре, что, вероятно и объясняется длительным инкубационным периодом.

Анализ возрастной структуры детей от 1 месяца до 15 лет, показал, что этими инфекциями болеют главным образом лица старше 7 лет, что свидетельствует о более частом посещении ими территорий, где происходят заражения.

Среди всех случаев КЭ, зарегистрированных в 2006 году, наиболее часто встречалась лихорадочная (64%) форма, у всех больных отмечалась среднетяжелое течение. Средняя продолжительность лечения в стационаре при данной форме составила 21 день. Менингеальную форму КЭ перенесли 9 (36%) пациентов. Заболевание протекало более тяжело, с развитием энцефалитического и менингоэнцефалитического синдромов. Для этих больных по сравнению с лихорадочной формой более характерны жалобы на тошноту, рвоту, боль в глазных яблоках, в общем анализе крови развитие умеренного лейкоцитоза.

ИКБ в сравнении с КЭ имеют более доброкачественное течение. Заболевание протекало без тяжелых форм: в 50 % - с развитием мигрирующей эритемы, у остальных 9 пациентов - безэритемная форма заболевания.

У 2 пациентов наблюдалась микст-инфекция (сочетания КЭ с эритемной формой ИКБ). Безэритемная форма ИКБ с ГАЧ и МЭЧ выявлена в 2,25%. Диагноз был поставлен на основании комплекса симптомов (слабость, лихорадка, озноб, тошнота и т.д.) и результатов серологического исследования (ИФА) парных сывороток крови. Хотелось отметить, что при этом клиника микст-инфекции практически не отличается от клинических проявлений моноинфекции ИКБ.

Полученные данные позволяют полагать, что наиболее распространенной формой КЭ среди детей Пермского края является лихорадочная. Для менингеальной формы КЭ, по сравнению с лихорадочной, более характерны жалобы на тошноту, рвоту и боль в глазных яблоках, развитие умеренного лейкоцитоза. ИКБ в сравнении с КЭ имеют более доброкачественное течение. Клиника микст-инфекции практически не отличается от клинических проявлений моноинфекции ИКБ, что затрудняет диагностику ГАЧ и МЭЧ и обуславливает необходимость обследования больных с указанием в анамнезе на укус клеща как на КЭ, ИКБ, так и на ГАЧ и МЭЧ.