

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 616.98:578.833.29]-036.22-079.4

С.В. Углева¹, А.В. Буркин¹, И.Э. Борисова², С.В. Шабалина²**КРЫМСКАЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА: ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, КЛИНИКА, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**¹ГБОУ ВПО Астраханская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития России, 414000, Астрахань, ул. 2-я Загородная, 2а; ²ФБУН ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, 111123, Москва, ул. Новогиреевская, 3а

Статья посвящена изучению эпидемиологических, клинических особенностей Крымской геморрагической лихорадки (КГЛ). Проведен дифференциальный диагноз с лихорадками, доминирующими на территории Астраханской области. Изучался уровень заболеваемости за 2000—2009 гг. в зависимости от пола, возраста, профессиональной принадлежности. Приведены результаты клинико-эпидемиологического обследования больных, находившихся на стационарном лечении в Областной инфекционной клинической больнице Астрахани. Проанализирована заболеваемость за 2000—2009 гг. на основании 128 случаев. Изучена интенсивность распространения КГЛ по районам Астраханской области. На современном этапе КГЛ протекает в среднетяжелых и тяжелых формах с пиком заболеваемости в июне.

Ключевые слова: Крымская геморрагическая лихорадка, заболеваемость, клинические симптомы, дифференциальный диагноз, Астраханская область

S. V. Ugleva¹, A. V. Burkin¹, I. E. Borisova², S. V. Shabalina²

CRIMEAN HEMORRHAGIC FEVER: EPIDEMIOLOGY, CLINICAL PICTURE, DIFFERENTIAL DIAGNOSIS

¹Federal State Budget-Financed Institution of higher professional education "Astrakhan State Medical Academy" Ministry of Healthcare and Social Development, 121, Bakinskaya Str., Astrakhan, 414000²Federal Budget Institution of Science "Central Research Institute of Epidemiology" of The Federal Service for the Oversight of Consumer Protection and Welfare, 3a Novogireevskaya str., Moscow, 111123

The article is devoted to the study of epidemiology, clinical features of Crimean hemorrhagic fever (CHF). A differential diagnosis with fevers, predominant in the Astrakhan region has been performed. The incidence rate for 2000-2009 according to the gender, age and occupation has been studied. The results of clinical and epidemiological examination of inpatients of the Regional Infectious Clinical Hospital of Astrakhan are presented. On the basis of the 128 cases the morbidity in 2000-2009 has been analyzed. The intensity distribution of CHF in the areas of the Astrakhan region has been investigated. At the present stage CHF occurs in moderate to severe forms with a peak incidence in June.

Key words: Crimean hemorrhagic fever, incidence, clinical features, differential diagnosis, the Astrakhan region

На территории Астраханской области и приграничных с ней участках эволюционно сформировались и постоянно поддерживают свою активность природные очаги целого ряда инфекций, в том числе клещевых трансмиссивных лихорадок, из числа которых самой опасной является Крымская геморрагическая лихорадка (КГЛ) [1, 3, 8].

КГЛ является эндемичным заболеванием арбовирусной этиологии для Астраханской области. В 1953 г. в Астраханской области впервые трем пациентам был поставлен клинический диагноз КГЛ. В 1967 г. в Астрахани из крови больного с клиническим диагнозом КГЛ был изолирован штамм "Дроздов" [6, 19, 25, 26]. Многократными экспедициями М.П. Чумакова в Астраханскую область в период с 1953 по 1967 г. клинические диагнозы КГЛ были выставлены 203 заболевшим. В 1970—1983 гг. лабораторно подтвержден диагноз КГЛ у 9 больных [25,

26]. В последующем, в 1984—1999 гг., регистрировались спорадические случаи болезни.

Начиная с 2000 г. природный очаг КГЛ активизировался, в результате чего регистрируется подъем и систематический рост заболеваемости КГЛ. Так, в 2005 г. показатель заболеваемости достиг своего максимального значения за последние 40 лет — 37 случаев. Только за последние 10 лет летальность от данной инфекции составила 8,7%.

Цель исследования — оценить эпидемиологические и клинические особенности КГЛ в природно-очаговой зоне Астраханской области, провести дифференциальный диагноз КГЛ с другими лихорадками, доминирующими на данной территории.

Материалы и методы

В качестве материалов для исследования использованы данные из первичных учетных документов (форма 058/у и форма № 060/у за 2000—2009 гг.).

Исследования проводились на основании наблюдений за 128 больными КГЛ, обследованными в условиях Областной инфекционной клинической больницы

Для корреспонденции: Углева Светлана Викторовна, канд. мед. наук, ассистент каф. эпидемиологии медико-профилактического фак. АГМА, e-mail: uglevasv@rambler.ru

Астрахани. Используются результаты ретроспективного анализа 128 историй болезни из ОИКБ Астрахани и многолетние отчетные данные по КГЛ, любезно предоставленные руководством ФБУЗ Центр гигиены и эпидемиологии в Астраханской области.

Результаты и обсуждение

При постановке эпидемиологического диагноза КГЛ следует руководствоваться рядом общих признаков: весенне-летняя сезонность, приуроченность к сельской местности, спорадичность возникновения заболеваний, связь заражения с нападением клеща, распространенность в дельтовых и пойменных участках рек Волга и Ахтуба, такие климатические показатели, как повышенная длительность безморозного периода, относительно небольшая сумма годовых осадков, высокая температура летом.

Ежегодно повышающийся уровень заболеваемости КГЛ напрямую связан с увеличением активности основного, на сегодняшний день единственно научно доказанного переносчика инфекции — клеща *Hyalomma marginatum*, численности, вирусоформности и период паразитирования которого за последние годы возросли в несколько раз.

Случаи заболевания КГЛ в течение анализируемого периода (2000—2009) в Астраханской области и на территории РФ регистрировались ежегодно

(табл. 1).

Оценивая динамику заболеваемости этой инфекцией в течение анализируемого периода, следует отметить, что, начиная с 2000 по 2002 г., в течение трех лет подряд наблюдается рост числа больных со среднегодовым темпом роста 261%, сменившийся их падением в 2003 г. В 2004 г. число больных КГЛ в области еще более снизилось. В 2005 г. было зарегистрировано максимальное число заболевших. В 2006 г. отмечается значительное снижение числа больных по сравнению с предыдущим годом более чем в 2 раза. В 2007 г. вновь отмечается увеличение числа заболевших, сменившееся их резким снижением в 2008—2009 гг.

В Российской Федерации заболевания КГЛ в течение анализируемого периода регистрировались ежегодно. В 2000 г. по сравнению с предыдущим 1999 г. наблюдается рост в 2 раза. В 2001 г. отмечается снижение числа больных на 25,3 % по сравнению с 2000 г. [15]. В 2002 г. отмечается рост числа заболевших на 56,3 % по сравнению с 2001 г. В 2003 г. выявляется падение уровня заболеваемости на 28,8% по сравнению с 2002 г. В 2004 г. наблюдается незначительный рост числа заболевших по сравнению с 2003 г. на 9,5%. В последующие 3 года (2005—2007) выявляется рост числа больных со среднегодовым темпом роста на 52 %. В 2008—2010 гг. установлено

Таблица 1

Динамика и уровень заболеваемости КГЛ в Астраханской области и Российской Федерации в 2000—2009 гг.

Территория	Показатель	Год										Всего
		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	
Астраханская область	Абсолютное число больных	4	11	12	9	4	37	16	20	5	3	128
	на 100 000 населения	0,4	1,1	1,2	0,9	0,4	3,7	1,6	2,0	0,5	0,3	1,28
Российская Федерация	Абсолютное число больных	95	71	111	73	80	155	228	255	212	116	1396
	на 100 000 населения	0,06	0,04	0,07	0,05	0,05	0,10	0,16	0,17	0,15	0,07	0,09

Таблица 2

Динамика и уровень заболеваемости КГЛ на отдельных административных территориях Астраханской области в 2000—2009 гг.

Административная территория	Год										Число лет регистрации	Абсолютное число больных
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009		
Ахтубинский	-	-	-	-	1	1	2	-	-	1	4	5
Володарский	-	-	-	-	1	1	1	1	-	-	4	4
Енотаевский	-	-	-	-	-	7	1	1	-	1	4	10
Икрянинский	1	2	1	-	1	2	-	-	1	-	6	8
Камызякский	-	-	-	3	-	2	2	4	-	-	4	11
Красноярский	2	3	-	2	-	2	1	3	-	-	6	13
Лиманский	-	-	1	1	-	-	2	2	1	-	5	7
Наримановский	-	1	2	-	-	2	1	1	-	-	5	7
Приволжский	-	3	4	-	-	9	2	2	-	-	5	20
Харабалинский	-	1	2	-	1	7	1	3	2	-	7	17
Черноярский	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	2	2
г. Астрахань	1	1	2	3	-	3	2	2	1	1	9	16
Итого...	4	11	12	9	4	37	16	20	5	3	10	120
Показатель на 100 000 населения	0,4	1,0	1,2	0,9	0,4	3,7	1,6	2,0	0,5	0,3	1,22	

Сезонность КГЛ в Астраханской области

Показатель	Месяц					Итого
	IV	V	VI	VII	VIII	
Абсолютное число больных	5	42	50	22	1	120
Процент от общего числа заболевших	4,2±0,4	34,7±4,4	41,5±4,5	18,6±3,6	0,8±0,8	100,0

снижение числа больных КГЛ по сравнению с 2007 г. в среднем на 31,1%.

Таким образом, по Российской Федерации выявляется цикличность эпидемического процесса при этой инфекции. Рост заболеваемости наблюдался в течение двух периодов: 2000—2002 и 2004—2007 гг. Уровень заболеваемости в показателях на 100 000 населения был низким и колебался от 0,03 в 1999 г. до 0,17 в 2007 г.

Ежегодно расширяется и ареал инфекции: если в 1997—2001 гг. заболеваемость регистрировалась в 7 районах области и Астрахани, то в 2002—2009 гг. в эпидемический процесс были вовлечены уже все районы области и Астрахань (табл. 2).

Выраженная сезонность заболевания напрямую связана с активностью переносчика инфекции. В процессе многолетних исследований установлено, что перед пиком сезонности заболеваемости регистрируется пик активности (индекс обилия) клещей, переносчиков КГЛ (табл. 3).

Приведенные данные свидетельствуют о том, что заболевания КГЛ начинают регистрироваться в апреле. В мае наблюдается бурный рост числа заболевших по сравнению с апрелем (рост более чем в 8 раз). В июне число больных КГЛ еще более возрастает по сравнению с маем, в июле число заболевших этой инфекцией по сравнению с июнем резко снижается, в августе зарегистрировано одно заболевание КГЛ. Таким образом, на территории Астраханской области в течение анализируемого периода инфекция регистрировалась на протяжении 5 месяцев.

В табл. 4 приводятся сведения о факторах передачи возбудителя КГЛ в Астраханской области в 2000—2009 гг.

Таким образом, на территории Астраханской области, так же как и на других территориях страны, в подавляющем большинстве случаев инфекция передается при укусе клеща.

Уровень заболеваемости КГЛ в возрастных группах различен (табл. 5). Небольшой удельный вес в общей структуре заболеваемости приходится на детей в возрасте от 0 до 15 лет и группу населения 16—19 лет. В следующей возрастной группе 20—29 лет удельный вес в общей структуре заболеваемости резко возрастает. Но наибольший удельный вес занимают группы населения в возрасте 40—49 лет и 60 лет и старше. Такой факт можно объяснить более частым контактом населения этих возрастных категорий с природным очагом КГЛ.

Представленные данные показывают, что в эпидемический процесс при КГЛ включены все социально-профессиональные группы населения Астраханской области (табл. 6).

Таблица 4

Факторы передачи возбудителя КГЛ в Астраханской области в 2000—2009 гг.

Факторы передачи возбудителя	Количество больных	
	абс.	% ($M \pm m$)
Укус клеща	69	61,7±4,6
Снятие клеща	19	17,0±3,6
Раздавливание клеща	5	4,5±2,0
Уход за домашними животными	9	8,0±2,6
Фактор не установлен	10	9,1±2,5
Всего ...	112	100,0

Таблица 5

Возрастная структура заболеваемости КГЛ населения Астраханской области в 2000—2009 гг.

Возрастная группа населения, годы	Количество больных	
	абс.	% ($M \pm m$)
0—15	4	3,4 ± 1,7
16—19	5	4,3 ± 1,9
20—29	17	14,5 ± 3,2
30—39	20	16,9 ± 3,4
40—49	30	25,4 ± 4,0
50—59	20	16,9 ± 3,4
60 и старше	22	18,6 ± 3,6
Всего ...	118	100,0

Таблица 6

Структура заболеваемости КГЛ в отдельных социально-профессиональных группах населения Астраханской области в 2000—2009 гг.

Группа населения	Количество больных	
	абс.	% ($M \pm m$)
Рабочие сельскохозяйственных предприятий и фермерских хозяйств	32	27,1±4,1
Ветеринарные работники	2	1,7±1,2
Рабочие промышленных предприятий	19	16,1±3,4
Служащие	9	7,6±2,3
Медицинские работники	4	3,4±1,7
Учащиеся школ, средних и высших учебных заведений	6	5,1±2,0
Пенсионеры	25	21,2±3,8
Неработающие	21	17,8±3,5
Всего ...	118	100,0

Что касается клинических проявлений КГЛ, то необходимо отметить, что продолжительность инкубационного периода составила в среднем 3±2,4 дня.

При этом минимальный и максимальный срок инкубации составил от 1 до 6 дней. Установить точную длительность инкубации у некоторых больных было трудно из-за отсутствия четких данных о дате присасывания клеща, дате пребывания в очаге, наличия неоднократного присасывания клещей или отрицания такового даже при обнаружении первичного аффекта. Последнее обстоятельство связано с безболезненностью присасывания и нередко с отсутствием болезненности на месте первичного аффекта. Большинство (65,2%) больных обратились за медицинской помощью на 2—4-й день болезни. Средние сроки госпитализации составили $21,3 \pm 3,7$ дня.

У всех обследованных в стационаре больных диагноз был подтвержден на основании клинико-эпидемиологических данных и серологического исследования сывороток методом ИФА (титр 1:400 и выше).

В зависимости от выраженности лихорадки и других признаков интоксикации, степени поражения важнейших органов и систем выделяют три степени тяжести: легкую, среднюю, тяжелую. При анализе заболеваемости КГЛ за 2000—2009 гг., по данным ОИКБ Астрахани, легких форм КГЛ выявлено не было. Преобладали среднетяжелые формы болезни, при которых отмечались не обильные носовые кровотечения, и тяжелые формы болезни, которые сопровождалась обильными полостными кровотечениями и другими осложнениями. За период с 2000 по 2009 г. 9 случаев КГЛ закончились летально.

В 100% случаев заболевание характеризовалось острым внезапным началом, и некоторые больные могли указать час начала своей болезни. Повышение температуры до $39—40^{\circ}\text{C}$ в 1-й день болезни отмечено в 100% случаев. Первыми признаками начального периода были: слабость, головная боль, головокружение, мышечные и суставные боли.

В предгеморрагический период у ряда больных отмечались характерные признаки: повторная рвота, боли в животе, боли в пояснице. У большинства больных отмечались гиперемия лица и шеи, конъюнктивит, склерит.

Одним из постоянных симптомов КГЛ является лихорадка, которая у большинства больных носила характер "двугорбой" кривой. В предгеморрагический период температура тела больных была в пределах $39—40^{\circ}\text{C}$ и держалась от 2 до 5 дней. Характерным признаком для КГЛ является снижение температурной реакции с появлением геморрагических проявлений. Начинается период разгара болезни, который характеризуется одновременным появлением геморрагий на коже и слизистых оболочках и кровотечений из внутренних органов.

Кровотечения могут продолжаться от нескольких часов до 2—5 дней. У некоторых больных возможны кровотечения из ушных раковин, кровохарканье при кашле, маточные кровотечения. У половины пациентов отмечаются кровотечения и кровоподтеки в местах инъекций.

Приводим клинические примеры.

Больная А., 55 лет. Поступила в ОИКБ Астрахани 22.06.07 на 6-й день болезни. Жалобы на вы-

сокую температуру тела, боли в суставах, мышцах, тошноту, рвоту, общую слабость.

Заболела 16 июня, когда почувствовала головную боль, недомогание, слабость, озноб, температура повысилась до 39°C . В течение 5 дней температура тела держалась на высоких цифрах ($38—39^{\circ}\text{C}$). Больную беспокоили мышечные и суставные боли, головная боль, слабость, тошнота, повторная рвота. 22 июня состояние больной ухудшилось, больная заметила на коже сыпь. Обратилась к врачу и была направлена в ОИКБ.

Эпидемиологический анамнез: живет в пригороде в частном доме. Постоянно работает на огороде. Укус клеща отрицает.

Объективно: состояние тяжелое. Температура тела $38,5^{\circ}\text{C}$. На коже верхней половины туловища, в области правого бедра имеются линейно расположенные элементы геморрагической сыпи. Число дыхательных движений 28 в 1 мин. В легких справа дыхание жесткое, выслушиваются влажные хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, пульс 86 в минуту, АД 100/60 мм рт. ст.

Язык влажный, умеренно обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени определяется на уровне реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул черного цвета. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, мочеиспускание сохранено.

Клинический диагноз: КГЛ с геморрагическим синдромом с полостными кровотечениями, тяжелая форма.

Осложнения: кишечное кровотечение. Правосторонняя очаговая пневмония.

В анализе крови от 22.06.07: эр. $3,8 \cdot 10^{12}$ /л, л. $3,2 \cdot 10^9$ /л, тр. 15% ($57,2 \cdot 10^9$ /л); СОЭ 12 мм/ч. Фибриноген 155,4 мг%, фибриноген В +, протромбиновый индекс 84%; билирубин крови 25 мкмоль/л; АЛТ 3,8 ммоль/л.

Анализ крови от 25.06.07: эр. $2,8 \cdot 10^{12}$ /л, л. $5,8 \cdot 10^9$ /л, тр. 30% ($94,4 \cdot 10^9$ /л); фибриноген В +, протромбиновый индекс 64%; толерантность плазмы к гепарину 20; время рекальцификации 150; фибриноген 11 мг%; АЛТ 3,55 ммоль/л.

В анализе мочи патологических изменений не обнаружено. Копроскопия; кал черного цвета. Реакция на скрытую кровь резко положительная.

В ИФА антитела IgM к вирусу КГЛ определились в титре 1:400 (на 11-й день болезни), при рентгенографии органов грудной клетки от 22.06 была выявлена очаговая бронхопневмония справа.

При динамическом наблюдении за больной сохранялись явления интоксикации: тошнота, рвота, отсутствие аппетита. Температура тела держалась на субфебрильных цифрах, геморрагическая сыпь на коже (на груди и в области бедер) определялась в течение 5 дней. В местах инъекций появились кровоподтеки. В области локтевого сгиба обширные гематомы. У больной наблюдался кал черного цвета в течение 3 дней.

Проведено лечение: дезинтоксикационная терапия, гемостатические средства (викасол, хлористый

кальций, дицинон), десенсибилизирующие препараты и антибиотики.

В результате лечения состояние больной улучшилось: температура тела нормализовалась через 2 нед, в легких дыхание стало везикулярным, хрипы не выслушивались. При контрольной рентгенокопии отмечались остаточные явления правосторонней пневмонии. Показатели крови ко дню выписки нормализовались. Больная была выписана в удовлетворительном состоянии на 29-й день болезни.

Б о л ь н о й Е., 34 года. Поступил в ОИКБ Астрахани 28.06.07 через сутки от начала болезни. Поступил с жалобами на резкую слабость, головную боль в лобно-височной области, боль в глазных яблоках, мышцах, суставах, тошноту, рвоту, лихорадку до 39°C, стул черного цвета.

Заболел остро 27.06.07, когда повысилась температура тела до 39—40°C, появились головная боль, боль в поясничной области, тошнота, рвота, нарастала слабость. Рвота "кофейной гущей", затем стул стал дегтеобразным. Был госпитализирован в ЦРБ, через сутки переведен в ОИКБ Астрахани.

Эпидемиологический анамнез: живет в сельской местности в частном доме. В домашнем хозяйстве есть животные, на которых имелись клещи. Неоднократно находился на полевых работах. За 4 дня до заболевания снимал с себя клеща.

Объективно: состояние тяжелое. Температура тела 39,9°C. Кожные покровы бледные, чистые, сыпи нет, субиктеричность склер. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс 60 в минуту. АД 85/50 мм рт. ст. Язык сухой, обложен коричневатым налетом. Слизистая мягкого неба гиперемирована, единичные энантемы. Живот мягкий, болезненный при пальпации в эпигастрии. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул черного цвета. Симптом Пастернацкого отрицательный, олигурия. Больной был госпитализирован в отделение интенсивной терапии и реанимации. На 9-й день болезни температура нормализовалась. Усилился геморрагический синдром, появились кровоизлияния в местах инъекций, кровоточивость десен, геморрагии на слизистой полости рта, языке. Рвота кровью продолжалась в течение 2 сут. Стул был в виде мелены. Диурез восстановился на 2-е сутки пребывания в стационаре.

Анализ крови от 28.06.07: Hb 77 г/л, эр. $3 \cdot 10^{12}$ /л, л. $1,8 \cdot 10^9$ /л, тр. 6% ($23,34 \cdot 10^9$ /л); СОЭ 31 мм/ч. Фибриноген крови 88,8 мг%. Фибриноген В++, протромбиновый индекс 73%, билирубин крови 15,14 мкмоль/л, АЛТ 3,55 ммоль/л, АСТ 5,99 ммоль/л, креатинин крови 177 мкмоль/л, мочевины 9,1 ммоль/л.

Анализ мочи от 28.06.07: белок 0,099 г/л, эр. 1—2 в поле зрения, лейкоциты 3—4 в поле зрения, цилиндры 3—5 в поле зрения.

В ИФА обнаружены антитела IgM к вирусу КГЛ в титре 1:1600 (на 12-й день болезни).

Больной получал дезинтоксикационную терапию (5% раствор глюкозы, гемодез, реополиглюкин, кристаллоидные растворы). Ему переливалась свежемороженая плазма, эритроцитарная масса,

криопреципитат. Гемостатическая терапия состояла во введении аминокапроновой кислоты, дицинона, хлористого кальция, викасола, контрикала. Преднизолон вводился по 150 мг внутривенно капельно в течение 6 дней. Больной получал также витамины группы В, аскорбиновую кислоту.

Состояние больного начало улучшаться с 8-го дня болезни, прекратилась кровоточивость десен, купировалось желудочно-кишечное кровотечение. На 19-й день болезни нормализовались лабораторные показатели.

Клинический диагноз: КГЛ с геморрагическим синдромом, с полостными кровотечениями, тяжелая форма.

Осложнения: ДВС-синдром, желудочно-кишечное кровотечение. Геморрагический шок. Постгеморрагическая анемия.

Выписан в удовлетворительном состоянии на 21-й день болезни.

Важной составляющей в постановке клинического и эпидемиологического диагноза является дифференцировка всех критериев, которая должна строиться на традиционных подходах. Своевременная диагностика этих заболеваний определяет дальнейшее лечение, тактику профилактических и противоэпидемических мероприятий в очаге инфекционного заболевания [2, 4, 5, 7, 9—14, 16, 18, 20—24].

В результате на современном этапе, учитывая сложившуюся эпидемиологическую ситуацию в Астраханской области по природно-очаговым трансмиссивным лихорадкам, является актуальным проводить дифференциальную диагностику данных болезней с учетом эпидемиологических данных, клинических признаков и лабораторной диагностики (табл. 7).

Выводы

1. КГЛ является природно-очаговым заболеванием и характеризуется цикличностью эпидемического процесса, имеющим сложный генез и определяющимся комплексом природных и социальных факторов. В соответствии с циклами наблюдаются периоды с возвращающимся высоким уровнем заболеваемости. Однако наряду с циклическими изменениями активности природных очагов отмечается их трансформация. В результате чего происходит расширение ареала КГЛ на территории Астраханской области.
2. Выявленная сезонность заболевания напрямую связана с активностью переносчика инфекции. В процессе многолетних исследований установлено, что перед пиком сезонности заболеваемости регистрируется пик активности (индекс обилия) клещей, переносчиков КГЛ.
3. В эпидемический процесс при КГЛ включены все социально-профессиональные и возрастные группы населения Астраханской области.
4. При анализе заболеваемости за 2000—2009 гг. легких форм КГЛ выявлено не было. Преобладали среднетяжелые формы болезни, при которых

Основные дифференциальные критерии диагностики КГЛ с трансмиссивными лихорадками, доминирующими на территории Астраханской области

Критерий	Арбовирусные лихорадки		Риккетсиозные лихорадки	
	КГЛ	ЛЗН	АРЛ	Ку-лихорадка
Эпидемиологические				
Механизм передачи	Трансмиссивный	Трансмиссивный	Трансмиссивный	Аэрогенный Фекально-оральный
Переносчики	Клещи <i>Hyalomma marginatum</i>	Комары рода <i>Culex</i>	Клещи <i>Rhipicephalus pumilio</i>	<i>H. marginatum</i> , <i>D. marginatus</i> , <i>D. niveus</i> , <i>Heam. punctata</i> , <i>H. anatolicum</i> , <i>R. pumilio</i>
Сезонность	Весенне-летняя (апрель-август)	Летне-осенняя (июнь-октябрь)	Весенне-летне-осенняя (май-сентябрь)	Весенне-летне-осенняя (май-сентябрь)
Клинические				
Инкубационный период, дни	3—7 (до 14)	3—6 (до 20)	7—10 (до 30)	12—19 (до 39)
Начало болезни	Внезапное	Острое	Острое	Острое
Озноб	Потрясающий озноб	Есть	Есть	Внезапный озноб
Температурная реакция	39—40°C, "двугорбая" температурная кривая	39—40°C	37,5—39,2°C	39—40°C
Сроки лихорадки	8—10 дней	9—10 (до 28 дней)	8—9 (до 14 дней)	14—21 день (до 7—8 нед)
Интоксикационный синдром	Сильная головная боль, разбитость, слабость, ломота в теле, боли в мышцах	Головная боль, боль в глазных яблоках, боли в икроножных мышцах	Головная боль, слабость. Выраженные боли в мыш- цах и суставах	Головная боль диффузно- го характера, разбитость и слабость, потливость, иногда даже профузные поты
Первичный аффект	Встречается в 25% слу- чаев, 5-8 мм в d, четкие контуры, ярко-красного цвета с геморрагическими включениями	Нет	Встречается у половины больных, 0,2 · 0,5 см, окруженный гиперемиз- рованным ореолом с некрозом в центре	Нет
Лимфаденопатия	Регионарный лимфаденит	Лимфоаденопатия (шейные, подмышечные, паховые)	Регионарный лимфаденит	Нет
Сыпь	Геморрагическая Петехиальная Розеолезная обильная	Редко (в 8% случаев) Макулопапулезная необильная	Пятнисто-папулезная, обильная	Редко (в 10% случаев) розеозно-папулезная, папулезно-везикулезная, розеозно-петехиальная
Локализация сыпи	Боковые поверхности туловища, бедра, голени	Туловище, конечности	Грудь, живот, нижние и верхние конечности, захватывает ладони и по- дошвы стоп	На коже живота, груди, боковых поверхностях туловища и спины
Геморрагический синдром	На 3—5-й день болезни Гематомы, кровотечения (носовые, желудочно- кишечные, маточные, кровохарканье) Продолжительность 6—7 дней	Нет	Нет	Нет
Катаральные явления	Редко (в начальном периоде)	Выраженные (кашель, заложенность носа, пер- шение в горле)	Выражены несильно	Выраженные (сухой, иногда влажный кашель, чаще болезненный)
Головная боль	Сильная	Да	Да	Сильная
Артралгии	Сильные боли	Выражены несильно	Да	Да
Миалгии	Сильные боли	Выражены несильно	Да	Да
Склерит	Есть, субсклеральные кровоизлияния	Нет	Есть	Нет
Конъюнктивит	Есть	Нет	Есть	Нет
Боли в глазных яблоках	Нет	Нет	Нет	Выраженная боль в глаз- ницах, глазных яблоках и ретробульбарные боли
Изменения слизистой зева	Энантема	Нет	Редко бывает энантема	Редко бывает энантема

Анорексия	Есть	Есть	Есть	Есть
Рвота	Повторная рвота (может быть кровавая)	Повторная рвота	Редко	Иногда
Боли в животе	Боли в эпигастрии	Нет	Нет	Нет
Гепатомегалия	Есть	Нет	Да	Есть
Спленомегалия	Редко	Нет	Нет	Есть (редко)
Сердечно-сосудистая система	Приглушение или глухость тонов сердца, относительная брадикардия Тахикардия в геморрагическом периоде	Приглушение сердечных тонов Тахикардия	Приглушение или глухость тонов сердца, относительная брадикардия	Приглушение сердечных тонов
Мочевыводящая система	Олигоурия, протеинурия, гематурия ОПН	Не страдает	Не страдает	Не страдает
ЦНС	Головные боли, головокружение, заторможенность, ригидность мышц затылка (редко)	Серозный менингит, менингоэнцефалит	Головные боли, головокружение, бессонница	Головные боли, головокружение
Симтом Кернига	Положительный (редко)	Положительный	Отрицательный	Отрицательный

отмечались необильные носовые кровотечения и тяжелые формы болезни, которые сопровождалась обильными полостными кровотечениями и другими осложнениями. За период с 2000 по 2009 г. 9 случаев КГЛ закончились летально.

5. В результате на современном этапе, учитывая сложившуюся эпидемиологическую ситуацию в Астраханской области по природно-очаговым трансмиссивным лихорадкам, является актуальным проводить дифференциальную диагностику данных болезней с учетом эпидемиологических данных, клинических признаков и лабораторной диагностики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авдиенко Б. В., Серова А. Г., Решетников С. В. и др. К эпидемиологии "вирусных экзантем" в Астраханской области // Вопросы риккетсиологии. — М., 1989. — С. 9—11.
2. Алтухов С. А. Характеристика кожных проявлений астраханской лихорадки. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Астрахань, 1995.
3. Березин В. В., Чумаков М. П. и др. К экологии вируса крымской геморрагической лихорадки в Нижнем Поволжье // Материалы XVI науч. сессии Института полиомиелита и вирусных энцефалитов АМН СССР. — М., 1969.
4. Богомолов Б. П. и др. Клиническая картина лихорадки Западного Нила в Астраханской области // Материалы 15-й науч. сессии Института полиомиелита и вирусных энцефалитов АМН СССР. — М., 1968. — Вып.3. — С. 228—230.
5. Богомолов Б. П. и др. Клиника и диагностика Ку-лихорадки // Актуальные вопросы клинической и экспериментальной медицины. — М., 1980. — С. 113—114.
6. Бутенко А. М., Чумаков М. П., Башкирцев В. Н. и др. Выделение и изучение астраханского штамма ("Дроздов") вируса крымской геморрагической лихорадки и материалы по серодиагностике этой инфекции. // Материалы научно-практической конф. медработников Астрахан. области "Этиология, эпидемиология и клиника крымской геморрагической лихорадки и лихорадки Западного Нила". — Астрахань, 1969. — С. 9—12.
7. Галимзянов Х. М. Астраханская лихорадка (клиника, диагностика, лечение): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Астрахань, 1997.
8. Зими́на Ю. В., Куликова Л. Н., Салько В. Н., Ковтунов А. И. Иксодовые клещи Астраханской области, их роль в формировании природных очагов и передачи арбовирусов человеку

// Вопросы риккетсиологии и вирусологии. — Астрахань — М., 1996. — С. 58—62.

9. Касимова Н. Б. Клинико-патогенетические и иммуногенетические аспекты Астраханской риккетсиозной лихорадки: Автореф. дис. д-ра мед. наук. — Астрахань, 2004.
10. Кучин В. В. Крымская геморрагическая лихорадка в Ростовской области // Вопросы риккетсиологии и вирусологии. — Астрахань; М., 1996. — С. 93—95.
11. Лобан К. М. Лихорадка Ку. — М., 1987.
12. Львов Д. К., Писарев В. Б., Петров В. А., Григорьева Н. В. Лихорадка Западного Нила: По материалам вспышек в Волгоградской области в 1999—2002 гг. — Волгоград: Издатель, 2004.
13. Малеев В. В., Галимзянов Х. М., Бутенко А. М., Черенов И. В. Крымская геморрагическая лихорадка. — М.; Астрахань, 2003.
14. Малеев В.В., Василькова В.В., Галимзянов Х.М. и др. Особенности клинического течения коксиеллеза в Астраханской области // Инфекц. бол. — 2004. — Т. 2, №1. — С. 92—99.
15. Онищенко Г. Г. Распространение вирусных природно-очаговых инфекций в Российской Федерации и меры по их профилактике // Эпидемиол. и инфекц. бол. — 2000. — № 4. — С. 4—8.
16. Онищенко Г. Г., Петров В. А., Тихонов Н. Г. и др. Современные аспекты изучения лихорадки Западного Нила на юге России // Природно-очаговые инфекции в Нижнем Поволжье: Сборник науч. трудов / Под ред. Н. Г. Тихонова. — Волгоград, 2000.
17. Павловский Е. Н. Природная очаговость трансмиссивных болезней в связи с ландшафтной эпидемиологией зооантропонозов. — М.; Л.: Наука, 1964.
18. Руководство по инфекционным болезням / Под ред. В.И. Покровского, К.М. Лобана. — М., 1986.
19. Столбов Д. Н., Зими́на Ю. В., Постникова Р. В. Эпидемиология клещевой геморрагической лихорадки в Астраханской области // Мат. научн.-практ. конф. — Астрахань, 1969. — С. 3—6.
20. Тарасевич И. В. Астраханская пятнистая лихорадка. — М.: Медицина, 2002.
21. Углева С. В. Эпидемиологические и клинико-иммунологические аспекты астраханской риккетсиозной лихорадки. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2008.
22. Чалов В. В., Галимзянов Х. М. Дифференциальная диагностика крымской геморрагической лихорадки. — Астрахань, 2007.
23. Черенов И. В., Галимзянов Х. М., Гольденберг А. А. и др. Клинико-лабораторная характеристика тяжелых форм крымской геморрагической лихорадки // Природно-очаговые особо опасные инфекции на Юге России, их профилактика и лабораторная диагностика: Сборник науч. трудов. — Астрахань, 2001. — С. 316—318.

-
24. Чернов И. В. Особенности клиники, диагностики и лечения крымской геморрагической лихорадки (КГЛ) на современном этапе: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2006.
 25. Чумаков М. П., Беляева А. П., Бутенко А. М. и др. Клещевой энцефалит // Кемеровская клещевая лихорадка, геморрагические лихорадки и другие арбовирусные инфекции. — М., 1964.
 26. Чумаков М. П. Крымская геморрагическая лихорадка // Труды Института полиомиелита и вирусных энцефалитов АМН СССР. — М., 1973.

Поступила 20.02.12

Сведения об авторах:

Буркин Александр Владимирович, доктор мед. наук, проф., гл. врач Областной инфекционной клинической больницы им. А.М. Ничоги, Астрахань, зав. каф. эпидемиологии медико-профилактического факультета АГМА; **Борисова Ирина Эриковна**, канд. мед. наук, науч. сотр. ЦНИИ эпидемиологии; **Шабалина Светлана Васильевна**, доктор мед. наук, проф., ЦНИИ эпидемиологии, e-mail: NEX@pcr.ru

Уважаемые читатели!

Приглашаем Вас посетить сайт «Издательства "Медицина"» в Интернете

Наш адрес:

www.medlit.ru