

ТЕЧЕНИЕ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Утенкова Е.О.

ГБОУ ВПО Кировская государственная медицинская академия Минздрава России, 610027, г. Киров, Россия

В статье описывается течение клещевого энцефалита у пациентов пожилого возраста. У этих пациентов довольно редко встречается двухволновая лихорадка, а в случае ее развития для них характерен довольно длительный период апирексии. У этих больных реже, чем в других возрастных группах, регистрируются боль в глазных яблоках и менингеальные симптомы. Для них наиболее характерно развитие микст-инфекции. В этой группе довольно велик риск развития летальных исходов, что связано с наличием тяжелых сопутствующих заболеваний, отсутствием специфической профилактики и поздним началом специфического лечения.

Все эти факторы необходимо учитывать при поступлении в стационар лиц пожилого возраста с неврологической симптоматикой, особенно в эндемичных по клещевому энцефалиту регионах с мая по сентябрь.

К л ю ч е в ы е с л о в а: клещевой энцефалит; клиника; пожилой возраст.

THE COURSE OF TICK-BORNE ENCEPHALITIS IN PERSONS OF ADVANCED AGE

Utenkova E.O.

Kirov State Medical Academy of Ministry of Health of Russia, 610027, Kirov, Russian Federation

The article describes a course of tick-borne encephalitis in patients of advanced age. We rarely met two-wave fever in these patients; quite long period of apyrexia is specific for them. Eyeball pain and meningeal symptoms were seen in these patients less often than in other age groups. Concurrent infection is most typical and high risk of lethal outcomes is common for this group of patients. It can be explained by existence of serious comorbid conditions, lack of specific prevention and by late initiation of specific treatment. All these factors have to be taken into account during hospitalizing elderly persons with neurologic symptoms, especially in endemic regions on TBE from May till September.

К e y w o r d s: tick-borne encephalitis; clinic; advanced age.

Клещевой энцефалит (КЭ) — природно-очаговая инфекция, которая встречается во многих регионах России и за рубежом [1]. Данная инфекция протекает тяжело и может иметь неблагоприятные исходы [2]. Кировская область является эндемичной по этому заболеванию. Официально КЭ начали регистрировать в области с 1954 г. С начала 90-х годов XX века заболеваемость КЭ в области стала значительно превышать среднероссийскую. Много лет среди заболевших преобладали лица до 40-летнего возраста. Лица старше 60 лет составляли не более 10% всех заболевших, но в последние годы люди пожилого возраста стали болеть КЭ чаще. Известно, что инфекционные заболевания у лиц пожилого возраста протекают с некоторыми особенностями. Этот факт нередко мешает своевременной диагностике заболевания. Целью нашей работы явилось выявление особенностей течения КЭ у лиц старше 60 лет.

Пациенты и методы исследования

Обследованы 2 группы пациентов. В первую вошли 96 пациентов в возрасте от 18 до 29 лет. Вторую составили пациенты 60–89 лет ($n = 98$). Все больные проходили лечение в инфекционной больнице г. Ки-

рова и инфекционных отделениях ЦРБ Кировской области.

Определение специфических антител класса IgM и IgG к вирусам КЭ осуществляли методом ИФА в вирусологической лаборатории Кировского областного центра Госсанэпиднадзора с использованием коммерческих наборов тест-систем производства «Вектор-Бест». Подтверждением клинического диагноза КЭ являлось обнаружение антител класса IgM.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью компьютерных программ Microsoft VisualFoxPro и Microsoft Excel. Достоверность различий между группами оценивалась по критерию Стьюдента (t) и критерию χ^2 .

Результаты и обсуждение

У всех пациентов преобладал трансмиссивный путь заражения. Алиментарный путь заражения (употребление козьего молока) был зарегистрирован у 7,3% пациентов 18–29 лет и у 5,1% пожилых лиц. Следует отметить, что до середины 60-х годов прошлого века на долю алиментарного пути заражения в области приходилось 24,4–68,8% [3].

Молодые пациенты, как правило, отмечали присасывание только одного клеща. Лишь 9,2% больных в этой группе указали на присасывание двух клещей. У пациентов пожилого возраста присасывание 3 и более клещей зарегистрировано в 6,6% случаев. Этот факт можно объяснить тем, что с возрастом снижается внимание и зрение,

Сведения об авторе:

Утенкова Елена Олеговна — д-р мед. наук, проф. каф. инфекционных болезней ГБОУ ВПО Кировская ГМА; e-mail: utelol@mail.ru.

Таблица 1

Клинические проявления клещевого энцефалита в различных возрастных группах, $M \pm m, \%$

Симптомы и синдромы	Больные молодого возраста, $n = 96$	Больные пожилого возраста, $n = 98$	p
Лихорадка	$97,9 \pm 1,5$	$87,8 \pm 3,3$	
37—38°C	$46,8 \pm 5,1$	$47,7 \pm 5,4$	
38—39°C	$45,7 \pm 5,1$	$44,2 \pm 5,4$	
39—40°C	$7,4 \pm 2,7$	$6,9 \pm 2,7$	
выше 40°C	—	$1,2 \pm 1,2$	
двухволновая	$32,9 \pm 4,8$	$18,6 \pm 4,2$	<0,001
Головная боль	$88,5 \pm 3,3$	$91,8 \pm 2,8$	
Слабость	$80,2 \pm 4,1$	$83,7 \pm 3,7$	
Миалгии	$23,9 \pm 4,4$	$33,7 \pm 4,8$	
Головокружение	$31,3 \pm 4,7$	$39,8 \pm 4,9$	
Озноб	$23,9 \pm 4,4$	$35,7 \pm 4,8$	
Артралгии	$5,2 \pm 2,3$	$10,2 \pm 3,1$	
Рвота	$20,8 \pm 4,1$	$27,6 \pm 4,5$	
Тошнота	$35,4 \pm 4,9$	$31,6 \pm 4,7$	
Диарея	$1,0 \pm 1,0$	—	
Боли в животе	$2,1 \pm 1,5$	$4,1 \pm 2,0$	
Катаральные симптомы	$4,2 \pm 2,0$	$3,1 \pm 1,8$	
Боль в глазных яблоках	$6,3 \pm 2,5$	$2,0 \pm 1,4$	<0,001
Гиперемия ротоглотки	$32,3 \pm 4,8$	$19,4 \pm 3,9$	<0,05
Гепатомегалия	—	$1,0 \pm 1,0$	
Менингеальные симптомы	$35,4 \pm 4,9$	$27,6 \pm 4,5$	<0,01

что в свою очередь приводит к тому, что пациент не замечает присосавшегося клеща.

Молодые пациенты чаще переносили лихорадочную форму КЭ (45,8%), у лиц старше 60 лет эта форма встречалась в 34,7% случаев. Но в этой группе чаще всего встречалась микст-инфекция ($p < 0,01$), что можно объяснить возрастными нарушениями иммунитета и нередким присасыванием нескольких клещей. Между тем, по данным ряда авторов [4, 5], среди лиц пожилого возраста микст-инфекция встречается редко, но преобладают очаговые формы. Такие различия связаны, по-видимому, с различными генотипами вирусов, циркулирующих на разных территориях [6]. Кроме того, у пациентов пожилого возраста гораздо реже, чем у молодых, отмечалась менингеальная форма ($p < 0,05$). Следует отметить, что этот факт нередко затрудняет диагностику заболевания у этой группы пациентов, так как часто именно наличие менингеальных симптомов наводит на мысль о возможности КЭ в данном случае.

При изучении клиники КЭ у лиц разного возраста было обнаружено следующее (табл. 1).

Длительность инкубационного периода в обеих группах составила в среднем 14 дней. Забо-

левание у всех начиналось остро. У абсолютно-го большинства пациентов отмечена лихорадка. Субфебрильная и фебрильная лихорадка встречалась одинаково часто. Но у больных молодого возраста температура никогда не поднималась выше 40°C. Двухволновая температурная кривая зарегистрирована у пожилых пациентов реже ($p < 0,001$). Длительность лихорадки у всех больных была примерно одинаковой. Так, у молодых первая волна длилась $5,2 \pm 0,3$ дня, а вторая — $5,5 \pm 0,6$ дня, у пожилых пациентов — $5,8 \pm 0,7$ и $4,0 \pm 0,5$ дня соответственно. Период апирекии с возрастом увеличивался и у лиц старше 60 лет достоверно превышал таковой у молодых пациентов ($10,6 \pm 1,6$ и $6,6 \pm 0,8$ дня) ($p < 0,05$).

Большинство жалоб во всех группах встречалось с одинаковой частотой. Но у лиц пожилого возраста реже встречалась боль в глазных яблоках и совсем не встречалась диарея.

У лиц в возрасте от 18 до 29 лет не встречалась гепатомегалия и чаще, чем у лиц пожилого возраста, обнаруживались менингеальные симптомы ($p < 0,01$).

Регионарный лимфаденит у пациентов молодого возраста встречался редко ($3,1 \pm 1,8$), а у пожилых лиц не встречался совсем. Этот факт можно объяснить возрастными особенностями лимфатической системы, которая с возрастом подвергается инволюции.

При изучении картины крови у пациентов разного возраста было обнаружено, что у пожилых лиц в остром периоде более высокая СОЭ. В остальном различий не обнаружено (табл. 2).

Люди старшего возраста стали не только чаще болеть КЭ, но и умирать от него. Если в 90-е годы прошлого века средний возраст больных, умерших от клещевого энцефалита в области составлял $43,3 \pm 4,5$ года, то в первое десятилетие XXI века средний возраст в этой группе — $60,1 \pm 5,9$ года. Этот вывод подтверждается и тем, что раньше пенсионеры составляли 30%, а сейчас — 50% среди всех умерших от КЭ. Пожилой возраст пациентов нередко затруднял постановку диагноза. В качестве иллюстрации приводим одно наблюдение.

Больная Б., 71 года, проживает одна. Заболела 31.05.06, когда появились головная боль,

Таблица 2

Картина крови в остром периоде болезни у больных разного возраста, $M \pm m$

Общий анализ крови	Больные 18–29 лет	Больные 60–89 лет
В остром периоде:		
лейкоциты, $\times 10^9/\text{л}$	$7,6 \pm 0,4$	$6,2 \pm 0,4$
СОЭ, мм/ч	$11,3 \pm 0,9$	$17,8 \pm 2,4^*$
лимфоциты, %	$23,9 \pm 2,2$	$24,9 \pm 2,3$
эозинофилы, %	$1,6 \pm 0,4$	$1,7 \pm 0,5$

Примечания: * — $p < 0,05$ по сравнению с молодыми пациентами.

пульсирующего характера, слабость, нарушения речи, онемение правой руки. В тяжелом состоянии была обнаружена навесившим её родственником, который и вызвал бригаду скорой медицинской помощи.

Эпиданамнез: 14.05.06 присасывание клеща в нижнее веко левого глаза. Клеща удалила самостоятельно в тот же день. 17.05.06 обратилась к инфекционисту с жалобами на отек под левым глазом. Профилактику клещевого энцефалита и боррелиоза не проводила.

С подозрением на клещевой энцефалит 31.05.06 доставлена в инфекционную больницу г. Кирова.

Больная направлена в неврологическое отделение городской больницы, где был поставлен диагноз: острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) по геморрагическому? ишемическому? типу. Цереброваскулярная болезнь. Гипертоническая болезнь. Гипертонический криз. Легкий правосторонний гемипарез. Дизартрия. Клещевой энцефалит?

При поступлении температура 38,5°C. АД 160/90 мм рт. ст. Состояние тяжелое. Сознание ясное. Менингеальные симптомы отсутствуют. Гиперемия лица. Речь тихая, невнятная, дизартрия. Правосторонний гемипарез.

На фоне проводимой терапии состояние ухудшалось. 01.06.06 у больной отмечались неоднократная рвота, оглушенность. В контакт вступает с трудом. Ригидность шейных мышц. Движения в правой руке минимальны. В общем анализе крови: лейкоциты $7,4 \cdot 10^9/л$; СОЭ 34 мм/ч.

Проведена люмбальная пункция: цереброспинальная жидкость прозрачная, белок 0,772 г/л, цитоз 146 клеток в 1 мкл, нейтрофилы 76%, лимфоциты 24%. ИФА от 01.06.06 — обнаружены антитела к вирусу КЭ IgM+, IgG -. Больной поставлен диагноз: клещевой энцефалит, менингоэнцефалитическая форма, тяжелое течение. Назначен противоклещевой иммуноглобулин 8,0 мл 3 раза в день на 5 дней.

Состояние пациентки продолжало ухудшаться. Нарастали парез руки, дизартрия, держалась фебрильная лихорадка. 02.06.06 переведена в реанимационное отделение, где 04.06.06 развилось коматозное состояние, 05.06.06 наступила остановка сердечной деятельности, констатирована смерть.

Окончательный диагноз: клещевой энцефалит, менингоэнцефалитическая форма, тяжелое течение. Монопарез правой верхней конечности. Дизартрия. Дисфагия. Отек головного мозга. Цереброваскулярная болезнь. Церебральный атеросклероз. Гипертоническая болезнь III стадии. Хроническая сердечная недостаточность I.

Проведено патологоанатомическое исследование. Диагноз: клещевой энцефалит, серозный менингоэнцефалит, отек головного мозга, жидкая кровь в полости сердца и магистральных сосудах, микрокровоизлияния, выраженное застойное полнокровие внутренних органов. «Мускатная» печень, дистрофия печени и почек.

На примере данного случая видно, что на фоне тяжелой сопутствующей патологии сердца и сосудов у пожилой пациентки диагноз КЭ был поставлен не сразу, что, возможно, явилось одной из причин неблагоприятного исхода. Кроме того, не была проведена специфическая профилактика, что явилось отягчающим фактором [7].

Заключение

Клиника клещевого энцефалита у лиц пожилого возраста имеет определенные особенности. У этих пациентов редко встречается двухволновая лихорадка, а в случае ее развития для них характерен довольно длительный период апирексии. Реже, чем в других возрастных группах, регистрируются боль в глазных яблоках и менингеальные симптомы. Наиболее характерно развитие микст-инфекции. В этой группе больных довольно велик риск развития летальных исходов, что связано с наличием тяжелых сопутствующих заболеваний, отсутствием специфической профилактики и поздним началом специфического лечения.

ЛИТЕРАТУРА

- Petri E., Gniel D., Zent O. Tick-borne encephalitis (TBE) trends in epidemiology and current and future management. *Travel Med. Infect. Dis.* 2010; 8(4): 233—45.
- Хафизова И.Ф., Якупов Э.З., Матвеева Т.В. и др. Хроническая форма клещевого энцефалита с картиной рассеянного энцефаломиелита. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2012; 9: 48—51.
- Попов В.Ф., Иванова Л.М. Эпидемиологические черты алиментарного пути заражения клещевым энцефалитом на территории РСФСР. *Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии.* 1968; 10: 30—42.
- Захарычева Т.А. Клещевой энцефалит в Хабаровском крае: течение и исходы при использовании с лечебной и профилактической целью препаратов антител. Дисс. ... д-ра мед. наук. Пермь; 2008.
- Мерзенюк З.А., Осна Э.М., Елескина Л.Г. и др. Сравнительная характеристика течения клещевого энцефалита в различных группах больных. В кн.: *Материалы научно-практической конференции «Медицина на рубеже веков».* Новосибирск; 2000: 190—2.
- Попов И.В., Харит С.М. Клещевой энцефалит: этиология, вакцинация, профилактика. *Terra Medica.* 2011; 1: 15—9.
- Утенкова Е. О. Неблагоприятные исходы клещевого энцефалита в Кировской области. *Эпидемиология и инфекционные болезни.* 2008; 6: 49—51.

REFERENCES

- Petri E., Gniel D., Zent O. Tick-borne encephalitis (TBE) trends in epidemiology and current and future management. *Travel Med. Infect. Dis.* 2010; 8(4): 233—45.
- Khafizova I.F., Yakupov E.Z., Matveeva T.V. et al. Chronic form of tick-borne encephalitis with a picture of disseminated encephalomyelitis. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova.* 2012; 9: 48—51 (in Russian).
- Popov V.F., Ivanova L.M. Epidemiological lines of an alimentary way of infection with tick-borne encephalitis in the territory

- of RF. Zhurnal mikrobiologii, epidemiologii i immunobiologii. 1968; 10: 30—42 (in Russian).
4. Zakharycheva T.A. Tick-borne encephalitis in Khabarovsk territory: Current and outcomes When Using with the Medical and Preventive Purpose of Preparations of Antibodies: Diss. Perm'; 2008 (in Russian).
 5. Merzenyuk Z.A., Osna E.M., Eleskina L.G. et al. The comparative characteristic of a course of tick-borne encephalitis in various groups of patients. In: Medicine at the turn of the Century: Proc. Symp. Novosibirsk; 2000: 190—2 (in Russian).
 6. Popov I.V., Kharit S.M. Tick-borne encephalitis: etiology, vaccination, prevention. Terra Medica. 2011; 1: 15—9 (in Russian).
 7. Utenkova E. O. Failures of tick-borne encephalitis in the Kirov region. Epidemiologiya i infeksionnye bolezni. 2008; 6: 49—51 (in Russian).

Подписка через интернет: www.akc.ru, www.pressa-rf.ru

Подписка на электронную версию журнала: elibrary.ru