

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА АСТРАХАНСКОЙ РИККЕТСИОЗНОЙ ЛИХОРАДКИ И ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

**Кабачек Николай Иванович¹⁾, кандидат медицинских наук, главный врач
Василькова Вера Владимировна²⁾, кандидат медицинских наук, ассистент
Галимзянов Халил Мингалиевич²⁾, доктор медицинских наук, профессор, заведующий
кафедрой инфекционных болезней**

¹⁾Александр-Мариинская областная клиническая больница
Россия, 414056, г. Астрахань, ул. Татищева, 2,
тел. (8512) 25-32-61

²⁾ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия Росздрава»
Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121,
тел (8512) 38-50-66 , E-mail:agma@astranet.ru

Проведено изучение клинической картины, эпидемиологических данных у 80 больных Астраханской риккетсиозной лихорадкой (АРЛ) и 73 больных энтеровирусной инфекцией. Выявлены дифференциально-диагностические критерии АРЛ от энтеровирусной инфекции: данные эпиданамнеза, выраженная лихорадка, артралгии и миалгии вплоть до изменения походки, розеолезно-папулезная сыпь в 100% случаев с переходом в геморрагические элементы, первичный аффект с регионарным лимфаденитом, гепатомегалия; отсутствие менингеальных симптомов и признаков серозного менингита.

Ключевые слова: Астраханская риккетсиозная лихорадка, энтеровирусные инфекции, дифференциальная диагностика.

N.I. Kabachek, V.V. Vasilkova, H.M. Galimzyanov

DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF THE ASTRAKHANIAN RICKETTSIAL FEVER AND ENTEROVIRAL INFECTION

The investigation was based on the study of clinical picture, epidemiologic data of 80 patients with Astrakhanian rickettsial fever (ARF) and 73 patients with enteroviral infection. The following criteria of ARF from enteroviral infection were found: data of epidanamnesis, expressed fever, arthralgia and myalgia to the condition of change in walking, roseola-like- papular rash in 100% of cases with transition to hemorrhagic elements primary affect with regional lymphadenitis, hepatomegalia, absence of meningeal symptoms and features of serous meningitis.

Key words: Astrakhanian rickettsial fever, enteroviral infections, differential diagnostics.

Астраханская риккетсиозная лихорадка (АРЛ) является острым инфекционным заболеванием риккетсиозной этиологии. В настоящее время мы наблюдаем рост заболеваемости и расширение территориальных границ АРЛ в Астраханской области [2].

Клинические признаки АРЛ, особенно в начальный период, не являются патогномоничными для данной инфекции, встречаются и при других лихорадках инфекционной природы, регистрируемых в Астраханской области: при арбовирусных инфекциях, лептоспирозе, иерсиниозе, энтеровирусных инфекциях и т. д. [1, 3].

В связи с этим нам представилось интересным провести сравнительную оценку клинических симптомов АРЛ и энтеровирусной инфекции, в результате которой можно будет выделить дифференциально-диагностические критерии АРЛ, что облегчит постановку диагноза на раннем этапе.

Нами проведен клинко-эпидемиологический анализ 73 случаев энтеровирусной инфекции и 80 больных с диагнозом: Астраханская риккетсиозная лихорадка. В исследовании приняли участие больные в возрасте от 18 до 65 лет. Основной процент пациентов при обеих исследуемых инфекциях составили городские жители.

АРЛ регистрируется только в весенне-летний период – с мая по сентябрь, что напрямую связано с активностью клещей. Заболеваемость энтеровирусными инфекциями носила вспышечный характер, регистрируясь в летне-осенний сезон при наибольшей выявляемости в июле и в августе – 45% и 27%, соответственно.

Эпидемиологические данные, собранные в исследуемых группах показали следующее. Больные АРЛ в 62,5% случаев указали на укус клеща, и еще 12,5% пациентов снимали клещей с домашних животных. У 75,3% больных с диагнозом – энтеровирусная инфекция был выявлен контакт с инфекционными больными (нахождение в очаге энтеровирусной инфекции), в остальных случаях установлен факт купания в водоемах или употребления некипяченой воды из открытых водоемных источников и ирригационных водотоков.

АРЛ начинается остро с головной боли, общего недомогания, резкого озноба, и уже в первые часы заболевания температура тела достигает высоких цифр (38-40°C). При энтеровирусной инфекции острое начало зарегистрировано в 94,5% случаев. У единичных пациентов наблюдался продромальный период. Предвестниками энтеровирусной инфекции в этих случаях были незначительная головная боль, ломота в суставах, болезненные ощущения в мышцах и умеренное недомогание на фоне обычной температуры тела.

Лихорадка – постоянный и главенствующий симптом обеих исследуемых инфекций. В обеих группах в большинстве случаев регистрировался постоянный тип температурной кривой. Однако при АРЛ в большинстве случаев наблюдалось повышение температуры до 39°C и даже 40°C. А при энтеровирусной инфекции в 49,3% случаев зафиксирована умеренная лихорадка, и только в 5,5% – гиперпиретическая. Кроме того, в 9,6% случаев при данной инфекции регистрировалась двухволновая лихорадка с апирексическим интервалом от 1 до 8 дней. Длительность лихорадочного периода у пациентов с диагнозом энтеровирусной инфекции составила в среднем 5,2 дня, тогда как при АРЛ этот показатель был больше в 2 раза – 10,9 дней.

Лихорадка при обоих заболеваниях сопровождалась симптомами интоксикации. Среди них как при АРЛ, так и при энтеровирусной инфекции были выражены слабость, озноб, головная боль разлитого характера. У пациентов в обеих исследуемых группах наблюдалось поражение периферической нервной системы в виде миалгий и артралгий. Но, если при АРЛ – это частый симптом, встречающийся до 90% случаев, нередко выраженный, вплоть до изменения походки больного, то при энтеровирусной инфекции болевые ощущения (миалгии и артралгии) встречались не более чем у половины пациентов, и имели меньшую степень выраженности.

При АРЛ кожные высыпания входят в число опорных диагностических признаков. Сыпь у больных АРЛ появляется на 3-4 день болезни, носит полиморфный характер – множественные элементы – розеолы, петехии, пурпуры. Кроме того для АРЛ, как риккетсиоза с трансмиссивным механизмом передачи, характерно наличие первичного аффекта, чего не наблюдается у пациентов с диагнозом энтеровирусной инфекции. Экзантема у больных энтеровирусной инфекцией встречается в 12% случаев. Розеолезно-папулезная сыпь у данной группы пациентов появлялась раньше, в среднем на 3-й день (при АРЛ на 5-й день) и значительно реже трансформировалась в геморрагические пятна, полностью разрешаясь в более ранние сроки (на 4,3 и 7,45 дня соответственно).

У каждого третьего пациента с энтеровирусной инфекцией наблюдался катаральный синдром: ринит, заложенность носа, гиперемия зева. Кроме того, нередко при энтеровирусной инфекции наблюдались патологические изменения со стороны дыхательной системы, рентгенологические исследования подтверждали выявленные физикальные изменения в легких – регистрировалась пневмония. У больных с АРЛ как катаральный синдром, так и пневмония встречались в единичных случаях (5% больных).

При осмотре больных с диагнозом энтеровирусная инфекция обращали на себя внимание гиперемия лица 8,2%, конъюнктивит 9,6%, склерит 16,34%, в 74% случаев выявлена ги-

перемия слизистой ротоглотки, 9,6% больных беспокоили боли в горле. При АРЛ лишь в 8,9% случаев больные отмечали першение в горле.

В 22 % случаев у данной группы пациентов определялись патологически увеличенные и болезненные углочелюстные, заднешейные и подмышечные лимфатические узлы. При АРЛ в 11,7% случаев наблюдается лимфаденит, который регистрируется регионарно у больных с первичным аффектом.

Со стороны сердечно-сосудистой системы у большинства больных АРЛ – 73,9% – отмечалась относительная брадикардия, а при энтеровирусной инфекции чаще регистрировалась тахикардия; также достоверно чаще при АРЛ, чем при энтеровирусной инфекции, отмечалась артериальная гипотония (71,3% и 4,1%, соответственно).

При энтеровирусной инфекции имел место симптомокомплекс поражения органов желудочно-кишечного тракта: тошнота 39,7%, рвота 34,2%, снижение аппетита 11%, гепатомегалия 9,6%. Появлявшаяся на 3-4 день болезни диарея отмечалась в 19,2% случаев с частотой до 4-8 раз в сутки и продолжительностью от 1 до 10 дней, в стуле патологических примесей не обнаруживалось. Симптомы со стороны желудочно-кишечного тракта при АРЛ носили неспецифический характер и в целом подчеркивали выраженность интоксикационного синдрома. Чаще всего это были жалобы на снижение аппетита. Тошнота отмечалась в каждом десятом случае АРЛ. В единичных случаях у пациентов отмечалась рвота – одно- или двукратная – на фоне тяжелого течения болезни. Умеренная или незначительной интенсивности пальпаторная болезненность без четкой локализации болевых ощущений определялась у 5 больных весь лихорадочный период. При осмотре больных АРЛ с большим постоянством выявлялся обложенный язык (88,5%), обычно влажный и покрытый белесоватым налетом с желто-коричневым или сероватым оттенком. В отличие от энтеровирусной инфекции увеличение печени при АРЛ наблюдалось у большего количества обследованных пациентов – 53,6% пациентов; печень выступала из-под края реберной дуги на 1,5-2,5 см; данный симптом регистрировался уже на первой неделе и сохранялся в среднем в течение 11,3 дней. Селезенка была увеличена у 8,3% больных АРЛ, что не наблюдалось при энтеровирусной инфекции.

В период разгара АРЛ у пациентов наблюдались островоспалительные сдвиги в периферической крови в виде умеренного снижения эритроцитов – 25%, анэозинофилии – 81%, моноцитопении – 23%, лейкоцитоза – 21%, нарастания СОЭ у каждого второго. При исследовании гемограммы у каждого пятого больного с энтеровирусной инфекцией определялись лейко-, нейтро- и лимфопения, а также ускорение СОЭ, реже лимфо- (15%) и лейкоцитоз (8,2%).

Кроме того, необходимо учитывать, что энтеровирусная инфекция, для которой характерен гриппоподобный или катаральный симптомокомплекс в тяжелых случаях может прогрессировать до развития серозного менингита, что было зарегистрировано у отдельных исследуемых пациентов. При АРЛ в единичных случаях наблюдались симптомы менингизма, связанные с выраженным токсическим поражением нервной системы, данные ликвородиагностики при этом соответствовали нормальным показателям.

Из всего вышесказанного можно отметить, что полиморфная клиническая картина энтеровирусной инфекции у жителей астраханской области не содержала характерного диагностического синдрома. Энтеровирусная интоксикация на начальных этапах проявлялась, в основном, катаральным синдромом, реже патологией желудочно-кишечного тракта и у части больных сопровождалась кожными высыпаниями или менингеальным симптомокомплексом. Диагностика опиралась на связь вспышечных случаев заболевания с водным фактором в летне-осенний период.

Таким образом, клиническими дифференциально-диагностическими ориентирами, отличающими АРЛ от энтеровирусной инфекции, являются:

- большая выраженность лихорадки;
- выраженные артралгии и миалгии, иногда с нарушением походки;

- наличие первичного аффекта, преимущественно на нижних конечностях, иногда в сочетании с регионарным лимфаденитом;
- обильная полиморфная, без склонности к слиянию сыпь – розеола, трансформирующиеся в папулы и геморрагии, появляющаяся в разгар заболевания и склонная к длительному сохранению;
- частая локализация сыпи на ладонях и подошвах;
- гепатомегалия;
- преобладание лейкоцитоза над лейкопенией и более частая встречаемость сегментоядерного и палочкоядерного нейтрофила;
- данные эпиданмнеза – весенне-летний сезон, пребывание в природном очаге, указание на находки и укусы клеща.

В качестве иллюстрации проведенной дифференциальной диагностики приводим клинический пример:

Выписка из истории болезни № 2945.

Больной М., 37 лет, поступил в ОИКБ на 4-й день болезни с жалобами на головную боль в лобно-височной области, повышение температуры тела до 39°C, боль в мышцах с неправильным диагнозом: Астраханская риккетсиозная лихорадка?

Заболел остро, когда повысилась температура тела до 39°C, появились ломота в суставах, головная боль, присоединился жидкий стул с примесью слизи 2-3 раза в день. На 3-й день болезни на туловище появилась сыпь ярко-розового цвета, без зуда.

За несколько дней до заболевания выезжал на природу. Укус клеща отрицает.

При осмотре – состояние средней тяжести. В сознании. Температура 37,5°C. На коже туловища мелкопятнистая и макулопапулезная сыпь розового цвета. Склероконъюнктивит. Пальпируются незначительно увеличенные шейные и подчелюстные лимфоузлы. В зеве – умеренная гиперемия слизистой, зернистость. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс – 84 уд./мин., АД – 120/80 мм. рт. ст. Язык влажный, обложен. Живот при пальпации безболезненный. Край печени пальпируется по нижнему краю реберной дуги. Мочеиспускание не нарушено. Менингеальные симптомы отрицательные.

После проведенного лабораторного обследования выявлено:

– в общем анализе крови – лейкопения $3,2 \times 10^{12}/л$, общий анализ мочи – без патологических изменений.

– при серологическом исследовании: РНИФ парных сывороток крови на АРЛ – отрицательный результат. Больной обследован на энтеровирусы - РНГА парных сывороток крови - выявлен титр антител к вирусу Коксаки В 1:320.

Клинический диагноз: Энтеровирусная инфекция, среднетяжелое течение (РНГА с вирусом Коксаки В положительная в титре 1:320).

Больной получал лечение: противовирусная терапия, дезинтоксикационная терапия (солевые растворы, коллоидные растворы), жаропонижающие средства, витаминотерапия.

Лихорадка сохранялась до 8-го дня болезни. Тип температурной кривой – постоянный. Сыпь регрессировала на 7-й день болезни. Самочувствие улучшилось на 10-й день болезни – нормализовалась температура тела, исчезли симптомы общей интоксикации.

Выписан с выздоровлением в удовлетворительном состоянии на 12-й день болезни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Галимзянов Х.М., Малеев В.В., Тарасевич И.В. Астраханская риккетсиозная лихорадка. – Астрахань: АГМА, 1999. – С. 45-56.
2. Покровский В.И., Касимова Н.Б., Галимзянов Х.М., Морозова Ю.В. Клинико-патогенетические и иммуногенетические особенности Астраханской риккетсиозной лихорадки. – Астрахань: АГМА, 2005. – С. 50-51.
3. Чалов В.В., Галимзянов Х.М. Дифференциальная диагностика Крымской геморрагической лихорадки. – Астрахань: АГМА, 2007. – С. 46-47.