

КЛЕЩЕВОЙ ЭНЦЕФАЛИТ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ В СЕЗОН 2006 ГОДА

Катречко К. В., Зыкова И.В.

Кировская государственная медицинская академия,

Кафедра инфекционных болезней

Научный руководитель - д.м.н.,

профессор Бондаренко А.Л.

Зав.кафедрой - д.м.н., профессор Бондаренко А.Л.

На протяжении многих лет клещевой энцефалит остается одним из актуальных природно-очаговых заболеваний Кировской области. Заболеваемость сохраняется на высоком уровне и превышает среднероссийские показатели (2004г.: 3,57 - 2,9; 2005г.: 9,67 - 3,16 на 100 тыс. населения соответственно). В 2006 году, несмотря на увеличение числа вакцинируемых лиц, заболеваемость клещевым энцефалитом составила 10,35 на 100 тыс населения. Целью нашего исследования явилось изучение особенностей течения заболевания в эпидемический сезон 2006 года. Нами были проанализировано течение болезни у 57 человек, находившихся на лечении в Кировской областной клинической больнице в 2006 г. с диагнозом клещевого энцефалита. Диагностика заболевания основывалась на выявлении характерных жалоб (головная боль, тошнота, рвота, повышение температуры тела и др.), данных эпидемиологического анамнеза (весенне-летний период, факт присасывания клеща, прием козьего молока, нахождение в лесу и лесопарковой зоне), клинической картины болезни (развитие менингеальных и очаговых симптомов) и специфических серологических исследованиях (выявление антител в реакции ИФА на клещевой энцефалит). Среди заболевших, как и в другие годы, преобладали мужчины - 67% (38 человек), женщины составили 33% (19 человек). Возраст заболевших от 16 до 74 лет (в среднем $47,8 \pm 2,28$ лет). Присасывание клещей отмечали 52 пациента (91%), в 2 случаях путь передачи вируса был получен через козье молоко, в 3 - путь передачи остался неясным. Инкубационный период составил $13,3 \pm 1,4$ дня. Микст-инфекция клещевого энцефалита и иксодового клещевого боррелиоза была зарегистрирована в 19 случаях (33%). Выявлено, что с одной стороны, сохраняется преобладание лихорадочных форм клещевого энцефалита, а с другой - отмечено увеличение более тяжелого течения клещевого энцефалита. Так, 26% (15 человек) составили тяжелые формы с поражением оболочек мозга и очаговые формы клещевого энцефалита. У 3 человек (5,3%) развилась полиомиелитическая форма, которая до 2004 года не регистрировалась в нашем регионе. За период с 2004 г. по 2006 г. зарегистрировано 6 случаев полиомиелитических форм с выраженными остаточными явлениями в виде вялых пара- и тетрапарезов и прогрессирующим течением заболевания. У одной пациентки, как исход менингоэнцефалитической формы, развилось органическое поражение ЦНС. В этот же период развитие тяжелого диффузного энцефалита с глубокой комой, стволового синдрома стало причиной летального исхода у 4

пациентов. При исследовании спинно-мозговой жидкости в первые дни болезни у всех больных с менингоэнцефалитической и полиомиелитической формой выявлялся нейтрофильный плеоцитоз, количество клеток составило в среднем $178 \pm 31,2$ клеток в 1 мкл. При более благоприятном течении в виде менингеальной формы, цитоз сохранял характер лимфоцитарного. В качестве этиотропного лечения проводилось введение противоклещевого иммуноглобулина в дозе 0,1 мл на кг массы больного, кратность и длительность соответствовали тяжести течения болезни. С целью усиления противовирусного эффекта применялся рибамидил 200 мг 5 раз в день в течение 5 дней. Таким образом, на фоне высокой заболеваемости клещевого энцефалита в сезон 2006 г. отмечено утяжеление клинического течения болезни с развитием очаговых форм, прогностически неблагоприятных для восстановления трудоспособности и жизни больных. Это определяет необходимость активно внедрять специфические (иммунопрофилактика) и неспецифические (использование акарицидов, репеллентов, санитарно-просветительная работа и др.) меры профилактики клещевого энцефалита.