

Н.Р. Бедлинская

УДК 616.981.71-053(470.46)

ГБОУ ВПО Астраханская государственная медицинская академия, кафедра инфекционных болезней

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АСТРАХАНСКОЙ РИККЕТСИОЗНОЙ ЛИХОРАДКИ В ЭКЗАНТЕМАТОЗНОМ ПЕРИОДЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА

Резюме

В последней четверти XX века в различных регионах мира произошел существенный рост частоты природно-очаговых риккетсиозов, объединяемых в группу клещевых пятнистых лихорадок. Анализ длительности симптоматики в группах больных среднетяжелой формой астраханской риккетсиозной лихорадки (АРЛ) в зависимости от возраста показал, что у больных АРЛ старше 50 лет отмечался затяжной период интоксикации, более длительные сроки высыпания на верхних конечностях, появление сыпи на лице, большая продолжительность миалгий, а также лимфаденита и гепатомегалии.

Ключевые слова: астраханская риккетсиозная лихорадка, клиническая симптоматика, возраст больных.

Abstract

In the last quarter of the twentieth century in various parts of the world there was a significant increase in the frequency of natural-focal rickettsioses, united in a group of tick-borne spotted fevers. The analysis of duration of symptoms in groups of patients with middle severity of illness of Astrakhan rickettsial fever (ARF) depending on age has shown that at patients with ARF is more senior 50 years the long period of an intoxication, longer terms eruption on the top extremities, rash occurrence on the face, the longer duration of pain in muscles, and also lymphadenitis and hepatic augmentation were marked.

Key words: Astrakhan rickettsial fever, clinical symptoms, age of the patients.

В конце прошлого века специалисты из разных регионов мира наблюдали ощутимое увеличение частоты природно-очаговых риккетсиозов, которые объединены в группу клещевых пятнистых лихорадок [1]. В связи с совершенствованием лабораторных методов исследования за последние десятилетия описаны 13 новых риккетсиозов: АРЛ, японская, израильская, африканская лихорадка клещевого укуса, пятнистая лихорадка островов Флиндерса, лихорадка TIBOLA, дальневосточный клещевой риккетсиоз и ряд других лихорадок [2, 3]. Клиническая картина АРЛ во многом схожа с таковой при других инфекциях (например, крымской геморрагической лихорадке, лихорадке Ку, лихорадке Западного Нила, брюшном и сыпном тифах), что делает актуальным более углубленное исследование симптоматики АРЛ. Целью нашей работы был анализ длительности симптоматики в группах больных среднетяжелой формой АРЛ в зависимости от возраста.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В Областной инфекционной клинической больнице г. Астрахани (клиническая база кафедры инфек-

ционных болезней Астраханской государственной медицинской академии) проведено обследование 129 больных АРЛ, отобранных методом простой рандомизации. В исследовании приняли участие 46 мужчин и 73 женщины, больных АРЛ в период разгара заболевания, из них 27 мужчин и 36 женщин в возрасте до 50 лет и 29 мужчин и 37 женщин старше 50 лет. Большинство больных поступали в стационар в начальный период (на 2–6-й день) или в начале периода разгара (на 7–8-й день) заболевания. Из эпидемиологического анамнеза было выяснено, что укус клеща отмечали 35,3% больных, более чем 80% за 7–10 дней до заболевания выезжали за город.

Анализ длительности симптоматики в группах больных среднетяжелой формой АРЛ в зависимости от возраста показал, что при практически одинаковых сроках госпитализации (соответственно $6,2 \pm 0,33$ и $6,2 \pm 0,38$ дня) и начала антибиотикотерапии ($6,3 \pm 0,31$ и $6,5 \pm 0,28$ дня) по выраженности и длительности симптоматики больных можно подразделить на 2 группы. В 1-ю группу вошли больные до 50 лет, не имеющие сопутствующей патологии, у которых продолжительность болезни укладывалась в средние сроки 20–23 дня, считая

* Контакты. E-mail: demidovfamily@rambler.ru. Телефон: (8542) 34-73-89

инкубационный период, и быстро регрессировала на фоне терапии. Во 2-ю группу вошли больные старше 50 лет, имевшие различные сопутствующие заболевания, у которых наблюдалось затяжное течение болезни (до 30–35 дней).

Во 2-й группе больных наблюдались более длительные сроки реконвалесценции по сравнению с 1-й группой. Симптомы интоксикации у 2-й группы держались дольше (лихорадка на 1–3 дня, озноб на 1 день, слабость и головная боль на 4 дня, головокружение на 2 дня).

Продолжительность сыпи различной локализации в обеих группах была неодинаковой. Так, на верхних и нижних конечностях сыпь держалась дольше во 2-й группе больных. В 1-й группе больных вообще не отмечалось сыпи на лице, тогда как у больных 2-й группы она наблюдалась у нескольких человек и держалась в течение 4 дней. На ладонях и подошвах сыпь не регистрировалась ни в одной из групп.

Характерными для больных АРЛ являются миалгии и артралгии, которые также имели различную продолжительность в обследуемых группах. Так, у больных 1-й группы мышечные боли в верхних конечностях держались в среднем меньше на 3 дня, а в нижних конечностях — на 1 день. У больных 2-й группы отмечалась большая продолжительность болей в мелких суставах (на 3 дня), чем в крупных суставах (на 1 день). Шаткая походка у пациентов в 1-й группе не отмечалась, а во 2-й группе отмечалась лишь у нескольких человек и держалась в течение 11 дней. Более подробные данные приведены в *таблице*.

Кроме упомянутых выше отличий, в обследуемых группах были выявлены клинические различия еще по целому ряду симптомов. Так, склерит, конъюнктивит и гиперемия зева наблюдались в обеих группах, однако продолжительность этих симптомов во 2-й группе была больше, чем в 1-й. Лимфаденит и гепатомегалия у больных 2-й группы сохранялись гораздо дольше, чем у больных 1-й группы.

Выводы

Таким образом, в результате проведенного исследования выявлены значительные различия в продолжительности симптоматики в зависимости от возраста:

1. У больных старшего возраста (> 50 лет) заболевание протекало тяжелее, дольше сохранялись симптомы интоксикации, сыпь, гепатомегалия и др. Кроме того, выявлена несвойственная более молодым больным локализация сыпи (на лице).
2. Более тяжелое течение заболевания у людей старше 50 лет можно объяснить тем, что возбу-

Продолжительность клинических признаков АРЛ (от начала болезни) в зависимости от возраста ($M \pm m$)

Симптом	Младше 50 лет Сроки в днях	Старше 50 лет Сроки в днях
Лихорадка (общая продолжительность)	10,8 ± 0,73	13,6 ± 0,38*
Озноб	6,8 ± 0,22	7,8 ± 0,26*
Слабость	10,3 ± 0,53	14,0 ± 0,65*
Головная боль	10,0 ± 0,38	14,2 ± 0,39*
Головокружение	5,3 ± 0,86	7,3 ± 0,77*
Сыпь на в/конечн.	6,8 ± 0,29	7,2 ± 0,16
Сыпь на н/конечн.	7,5 ± 1,21	8,3 ± 1,52
Сыпь на туловище	6,8 ± 0,15	6,8 ± 0,26
Сыпь на лице	0	4,0 ± 0,35
Розеола (1-й день угасания)	7,2 ± 0,36	9,3 ± 0,72*
Геморрагические пятна (1-й день угасания)	6,5 ± 1,26	10,4 ± 0,46*
Одутловатость лица	9,0 ± 1,41	12,0 ± 1,46*
Мышечная боль:		
верхние конечности	7,2 ± 0,24	10,7 ± 0,46*
нижние конечности	9,1 ± 2,11	10,8 ± 2,23
икророжные мышцы	8,1 ± 0,61	9,9 ± 0,66*
Боль в суставах:		
крупные	9,1 ± 2,23	10,1 ± 2,16
мелкие	7,0 ± 3,13	10,2 ± 0,17*
Шаткая походка	0	11,5 ± 0,73*
Склерит	8,2 ± 0,23	10,5 ± 1,18
Конъюнктивит	8,7 ± 2,21	10,7 ± 2,45
Гиперемия зева	7,1 ± 2,11	8,8 ± 2,23
Лимфаденит	9,1 ± 1,11	10,1 ± 0,26
Гепатомегалия	7,0 ± 3,15	13,2 ± 0,73*
Першение в горле	9,0 ± 0,89	9,6 ± 0,41
Заложенность носа	8,3 ± 0,82	10,9 ± 4,20

* $p < 0,05$ при сравнении 1 и 2-й групп.

дитель АРЛ обладает вазотропными свойствами, и состояние усугубляется начавшимися у многих больных склеротическими процессами в сосудах.

3. Выявленные различия в клиническом течении АРЛ у людей разных возрастных групп позволят подобрать индивидуальный подход к антибиотико- и дезинтоксикационной терапии.

А

Список литературы

1. Галимзянов Х.М., Малеев В.В., Тарасевич И.В. Астраханская риккетсиозная лихорадка. Астрахань, 1999.
2. Захарова Ю.Е., Буркин А.В., Харченко Г.А. Астраханская риккетсиозная лихорадка. Астрахань, 2002. 30 с.
3. Малеев В.В. Сопровождение главных инфекционистов регионов Российской Федерации // Эпидемиология и инфекционные болезни: научно-практический журнал. 2005. № 2. С. 63.