

УДК 616.995.7

КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ ВИРУСНОГО КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА С АЛИМЕНТАРНЫМ ПУТЁМ ИНФИЦИРОВАНИЯ В ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Е. П. Калистратова¹, кандидат медицинских наук,

С. Н. Орлова¹, доктор медицинских наук,

Н. В. Калистратов²

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, 153012, Россия, г. Иваново, Шереметевский просп., д. 8

² ОБУЗ «Городская клиническая больница № 1» г. Иванова, 153003, Россия, г. Иваново, ул. Парижской Коммуны, д. 5

РЕЗЮМЕ Представлены клинические случаи вирусного клещевого энцефалита лихорадочной формы с алиментарным путём инфицирования, который впервые зарегистрирован в Ивановской области.

Ключевые слова: вирусный клещевой энцефалит, алиментарный путь, лихорадочная форма, головная боль.

* Ответственный за переписку (corresponding author): ep.kalistratova@yandex.ru

Проблема вирусных клещевых энцефалитов (ВКЭ) и других клещевых инфекций становится острее год от года. В Ивановской области увеличивается число лиц, подвергшихся нападению клещей. При лабораторном исследовании этих переносчиков, как правило, обнаруживаются возбудители клещевого боррелиоза, однако все чаще встречаются клещи, инфицированные вирусом клещевого энцефалита.

За последние три года в Ивановской области неоднократно выявлялись случаи местного ВКЭ. Особенностью клинического течения инфекции в регионе является регистрация форм заболевания, характеризующихся лихорадкой различной степени выраженности (от субфебрильной до высокой фебрильной), болевым синдромом в плечелопаточной области, отсутствием клинических проявлений поражения нервной системы.

Представлены три случая заболевания ВКЭ, развившегося не вследствие укуса клеща, а после употребления пациентами молока заражённых животных, причём двое заболевших – члены одной семьи (отец и сын). Пострадавшие проживают в Ивановской области и проходили лечение по поводу ВКЭ в инфекционном отделении МБУЗ «Городская клиническая больница № 1» г. Иванова в июне-июле 2019 г.

Больной С. (отец), 47 лет, поступил в стационар МБУЗ «Городская клиническая больница № 1» г. Иванова 29.06.2019 по направлению терапевта центральной районной больницы с жалобами на лихорадку и головную боль. Заболел 19.06.2019, когда температура тела повысилась до 39–40 °С, появились головная боль, мышечно-суставные боли в плечелопаточном

отделе и слабость. Диагноз при направлении в стационар – «Лихорадка неясного генеза». При сборе эпидемиологического анамнеза врачом-инфекционистом был установлен факт употребления сырого козьего молока до начала заболевания. Факта присасывания клеща в этом эпидемиологическом сезоне больной не отмечал.

При поступлении состояние пациента расценено как среднетяжёлое за счёт выраженной интоксикации. Температура тела – 39,9 °С, пульс – 110 в мин, частота дыхательных движений (ЧДД) – 22 в мин, артериальное давление (АД) – 100/60 мм рт. ст. При аускультации сердца и лёгких патологии не выявлено. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень, селезёнка не увеличены. Менингеальных знаков и очаговой неврологической симптоматики не выявлено.

Пациенту назначено обследование в соответствии с алгоритмом при лихорадке неясной этиологии. Анализы крови на посев гемокультуры, уровень стерильности, наличие ВИЧ, лептоспироза, геморрагической лихорадки с почечным синдромом, толстую каплю и мазок на наличие малярии дали отрицательный результат. В периферической крови количество лейкоцитов было нормальным, отмечался нейтрофилёз (до 77%) без сдвига формулы, снижение числа тромбоцитов ($132 \times 10^9/\text{л}$) при нормальных показателях красной крови (уровень гемоглобина – 141 г/л, эритроцитов – $4,49 \times 10^{12}/\text{л}$), повышение СОЭ до 45 мм/ч. Общий анализ мочи – без патологии.

Учитывая данные эпидемиологического анамнеза, повышенную активность клещей в летний период, больному проведено исследование методом имму-

ноферментного анализа (ИФА) для выявления наличия антител к ВКЭ и боррелиям. В результате были обнаружены *anti* ВКЭ *IgM*, что свидетельствовало о наличии ВКЭ в острой фазе. У пациента также были выявлены маркёры, подтверждающие наличие хронического вирусного микст-гепатита В + С (*anti* *HBe*, *anti* *HBe*, *anti* *HCV*).

Лихорадочный период у больного составил 14 дней. При этом 10 дней наблюдалась гиперпиретическая лихорадка и четыре дня сохранялся субфебрилитет. Головная боль сохранялась до 18-го дня болезни. Консультирован неврологом. Случай расценен как лихорадочная форма ВКЭ, среднетяжёлое течение.

В лечении использовался противоклещевой иммуноглобулин, который вводился дважды в дозе 7 мл (титр антител – 1 : 160). Были назначены также антибактериальные средства (цефтриаксон 2,0 г/сут внутримышечно), преднизолон 60 мг/сут (внутривенно), сернокислая магнезия, анальгин, глюкозо-солевые растворы. Пациент выписан под наблюдение терапевта и невролога по месту жительства в удовлетворительном состоянии.

Больной А. (сын), 14 лет, поступил в стационар 3.07.2019 на десятый день болезни. Предъявлял жалобы на повышение температуры тела, головную боль, неинтенсивные мышечно-суставные боли в плечелопаточном отделе и слабость. В анамнезе также установлено употребление сырого козьего молока до заболевания, отсутствие факта присасывания клещей.

При поступлении состояние расценено как среднетяжёлое. Температура тела – 37,5 °С, пульс – 90 в мин., ЧДД – 19 в мин., АД – 110/70 мм рт. ст. Кожные покровы обычной окраски. Катаральных явлений нет. Лимфоузлы по основным группам не увеличены. При аускультации сердца и лёгких, исследовании паренхиматозных органов патологии не выявлено. Живот мягкий, безболезненный. Менингеальных знаков и очаговой неврологической симптоматики нет.

При исследовании периферической крови отмечен нейтрофилёз до 73% без сдвига при нормальном количестве лейкоцитов, показатели эритроцитов – в норме (уровень гемоглобина – 139 г/л, эритроцитов – $5,49 \times 10^{12}/л$), тромбоцитов ($262 \times 10^9/л$), при нормальной СОЭ (4 мм/ч). В общем анализе мочи – следы белка (0,033 г/л), микрогематурия, лейкоцитурия. В биохимическом анализе крови патологии не выявлено.

При исследовании крови методом ИФА на наличие клещевых инфекций выявлены *anti* ВКЭ *IgM*. Консультирован неврологом. Клиническая форма болезни,

как и у отца, – лихорадочная форма ВКЭ, среднетяжёлое течение.

Лихорадочный период составил 14 дней. У этого пациента температура тела колебалась от субфебрильных до умеренно фебрильных значений. Головная боль прошла к 11-му дню болезни.

В лечении также применялся противоклещевой иммуноглобулин, который вводился дважды в дозе 5 мл (титр антител – 1 : 160). Использовались также антибактериальные средства (цефтриаксон 1,0 г/сут внутримышечно), преднизолон 60 мг/сут внутривенно, сернокислая магнезия, лазикс, анальгин, глюкозо-солевые растворы. Пациент выписан под наблюдение педиатра и невролога по месту жительства в удовлетворительном состоянии.

Больной Л., 24 лет, поступил в стационар 20.06.2019 на второй день болезни с жалобами на лихорадку, слабость, головную боль, с направительным диагнозом врача из поликлиники г. Иваново: «Лихорадка неясной этиологии». Данный эпизод лихорадки – третий за месяц. Температура тела снижалась, а затем вновь повышалась с усилением головной боли и слабости. Пациент периодически жаловался на сильные мышечно-суставные боли в плечелопаточном отделе, по поводу которых вводился кеторол. Больной проживает в сельской местности, употребляет сырое козье молоко. Факта присасывания клеща также не отмечено.

При поступлении состояние пациента среднетяжёлое. Температура тела – 39,0 °С, пульс – 98 в мин., ЧДД – 20 в мин., АД – 110/70 мм рт. ст. Сознание ясное. Кожные покровы – обычного цвета. Катаральных явлений нет. Лимфоузлы не увеличены. При аускультации сердца и лёгких, исследовании паренхиматозных органов патологии не выявлено. Живот мягкий, безболезненный. Менингеальных знаков и очаговой неврологической симптоматики нет.

В периферической крови отмечался лейкоцитоз до $18,5 \times 10^9/л$, нейтрофилёз – до 76% без сдвига, нормальное количество тромбоцитов ($228 \times 10^9/л$) при нормальных показателях красной крови (уровень гемоглобина – 143 г/л, эритроцитов – $5,02 \times 10^{12}/л$), при нормальной СОЭ – 6 мм/ч. Пациент обследован на наличие ВИЧ, малярии, тифо-паратифозных заболеваний, сепсиса: получены отрицательные результаты. При исследовании крови методом ИФА на наличие клещевых инфекций выявлены *anti* ВКЭ *IgM*. Консультирован неврологом. Клиническая форма болезни: «Лихорадочная форма ВКЭ, среднетяжёлое течение». Лихорадочный период у больного составил семь дней. Головная боль беспокоила до десятого дня болезни.

В лечении использовался противоклещевой иммуноглобулин, который вводился дважды в дозе 8 мл (титр антител – 1 : 160). Применялись также антибактериальные средства (цефтриаксон 2,0 г/сут внутримышечно), преднизолон 60 мг/сут внутривенно, анальгин, кеторол, глюкозо-солевые растворы. Пациент выписан под наблюдение терапевта и невролога по месту жительства в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, эпидемиологической особенностью описанных случаев ВКЭ является алиментарный путь

инфицирования больных. Следовательно, в эпидемиологический период ВКЭ может иметь иной (нетрансмиссивный) характер инфицирования, что необходимо учитывать при диагностике заболевания. Диагностическим симптомом, позволяющим заподозрить лихорадочную форму ВКЭ в Ивановской области, помимо лихорадки может быть и болевой синдром разной степени выраженности в плечелопаточном отделе. Выявление наличия ВКЭ необходимо включать в алгоритм обследования лихорадящих больных в сезон активности клещей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Природно-очаговые инфекции, передающиеся иксодовыми клещами / Э. И. Коренберг [и др.]. – М. : Наука, 2013. – 464 с.
2. Щучинова, Л. Д. Пути заражения клещевым энцефалитом населения Республики Алтай / Л. Д. Щучинова, Л. В. Щучинов // Здоровье населения и среда обитания. – 2013. – № 8(257). – С. 51–53.

CLINICAL CASES OF VIRAL TIC-BORNE ENCEPHALITIS WITH ALIMENTARY WAY OF CONTAMINATION IN IVANOVO REGION

E. P. Kalistratova, S. N. Orlova, N. V. Kalistratov

ABSTRACT The clinical cases of viral tic-borne encephalitis of fever form with alimentary way of contamination which was registered for the first time in Ivanovo region were presented.

Key words: viral tic-borne encephalitis, alimentary way, fever form, headache.