

УДК 616.831'002'0227:578.833.26]036.21'053.2(571.63)

Р.В. Ремезкова, А.В. Гордеев, Н.Л. Гельцер,  
Т.О. Свиринкова, И.В. Кантур

## ОСОБЕННОСТИ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА У ДЕТЕЙ В ПРИМОРСКОМ КРАЕ

Городская клиническая больница № 2 (г. Владивосток), Владивостокский государственный медицинский университет

*Ключевые слова:* клещевой энцефалит, клиника, особенности на Дальнем Востоке, дети.

Академик Е.Н. Павловский, создатель учения о природно-очаговых болезнях человека, отмечал, что природная очаговость определяется наличием переносчиков болезни, чаще кровососущих (клещи, комары и т.д.), а также животных — резервуара выживаемости возбудителя — и человека, который попадает в очаг и включается в цепь циркуляции возбудителя болезни. Источником и резервуаром возбудителя клещевого энцефалита являются иксодовые клещи, которые активизируются в весенне-летний период. Клещевой энцефалит наносит значительный урон здоровью населения, особенно детского. Заболеваемость клещевым энцефалитом увеличивается [1,2]. Примечательно, что если раньше его описывали в лесистых районах среди рабочих леспромхозов, охотников-промысловиков, геологов, то в настоящее время клещевой энцефалит — частое заболевание в городах [3].

Проведен анализ материалов Центра Государственного санитарно-эпидемиологического надзора в Приморском крае и инфекционных отделений Городской клинической больницы № 2 г. Владивостока, согласно которому в период с 1998 по 2000 г. по поводу укуса клеща обратились 2206 детей. Заболеванность этих клещей вирусом клещевого энцефалита оказалась высокой — 7,8% (172 особи). Соответственно 160 детям (94,8%) проведена иммунопрофилактика инфекции введением специфического иммуноглобулина в первые 3 дня после укуса. Среди получивших иммунопрофилактику на 10-14-е сутки заболели 6 человек (3,8%). В 12 случаях иммунопрофилактика не была проведена, и заболевание 4 пациентов развилось на 7-12-й день после присасывания клеща.

Среди наблюдаемого контингента (71 ребенок) обследование иксодовых клещей после их удаления было проведено в 21 случае, так как многие заболевшие были из районов края, где данный анализ не проводился. У 11 клещей (52,4%) обнаружены антигены, и, соответственно, детям введен иммуноглобулин. Однако 6 из них заболели, несмотря на серопротективную иммунопрофилактику. Высокий уровень заболеваемости среди лиц, получивших иммуноглобулин, свидетельствовал

о погрешностях в проведении профилактики и ее незначительной эффективности.

Проведен анализ клиники заболевания у 71 ребенка, наблюдавшегося в краевом центре клещевого энцефалита, расположенном на базе Городской клинической больницы № 2 г. Владивостока, в период с 1998 по 2000 г. Диагноз подтвержден серологическими методами. У 60 детей (84,5%) болезнь развилась после присасывания клеща, 5 человек (7,0%) отреагировали на присасывание клещей, но были в лесу, и у 6 детей (8,5%) энцефалит развился после употребления козьего или коровьего молока.

Среди заболевших дети раннего возраста составили 33,8% (24 человека). Больные поступали чаще в состоянии средней тяжести (68,3%), реже (31,7%) — тяжелой степени тяжести. Из последних 8 пациентов поступило в коматозном состоянии. Дети заболевали спустя 2-24 дня после укуса клеща. Клиника энцефалита характеризовалась острым началом с повышения температуры тела до 38-40°C. У 20 пациентов отмечен субфебрилитет, а у 5 человек температура тела оставалась в пределах нормы. Средняя продолжительность лихорадочного периода зависела от формы заболевания и составляла при лихорадочной форме в среднем 4,7 дня. При менингеальной и очаговой формах болезни лихорадка достигала фебрильных цифр, и продолжительность лихорадочного периода увеличивалась до 10,2 дня. Ведущей жалобой при поступлении была головная боль. Интоксикационный синдром в большинстве случаев характеризовался слабостью и недомоганием. Более чем у половины больных аппетит резко снижался, реже полностью отсутствовал. Пациентов беспокоили озноб, тошнота и рвота (табл. 1).

Таблица 1

*Симптомы клещевого энцефалита у детей в первые 3 дня болезни*

Симптомы	Частота (n=71)	
	абс.	%, M±t
Фебрильная температура	46	64,8±5,7
Субфебрильная температура	20	28,2±5,4
Головные боли	66	92,9±3,1
Вялость, недомогание	58	81,7±4,6
Гиперемия зева	42	59,2±6,0
Снижение аппетита	38	53,5±6,0
Менингеальные	33	46,5±6,0
Очаговые неврологические	19	26,8±5,3
Рвота	21	29,6±5,5
Судороги	25	35,2±5,7
Нарушения сознания	19	26,8±5,3
Тошнота	12	16,9±5,3
Мышечные боли	15	21,1±4,9
Озноб	7	9,9±3,6
Гиперемия лица	9	12,7±4,0
Гиперестезия кожных покровов	7	9,9±3,6
Увеличение печени	6	8,5±3,3
Инъекция сосудов склер	5	7,0±3,1

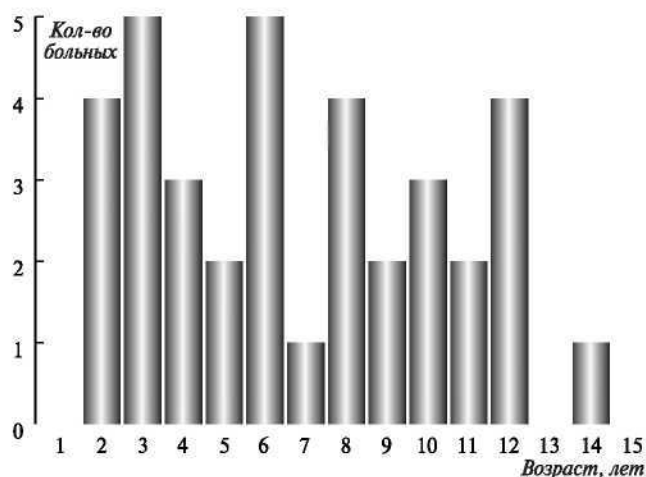


Рис. 1. Возрастная структура лихорадочной формы клещевого энцефалита.

При объективном обследовании в 42 наблюдениях выявлены гиперемия зева, лица и инъекция сосудов склер. Увеличение региональных лимфоузлов отмечено у 8 больных (11,3%). В основном увеличивались заднешейные и затылочные лимфоузлы, диаметр их не превышал 1,2 см, при пальпации отмечалась умеренная болезненность. Нарушение сознания различной степени выраженности развивалось более чем в четверти случаев, чаще встречалось оглушение, реже — кома, психомоторные нарушения и бред. Менингеальные симптомы, такие, как ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига и Брудзинского, в первые 3 дня болезни встретились у 33 больных. Судороги и очаговая неврологическая симптоматика были отмечены соответственно у 25 и 19 человек (табл. 1).

У детей раннего возраста заболевание характеризовалось острым началом, периодическим резким беспокойством, повышением температуры тела почти во всех случаях (91,7%) и в большинстве наблюдений (58,3%) — до фебрильных цифр. Эти пациенты в начале заболевания, как правило, были сонливые, вялые, у многих (54,2%) отмечались снижение аппетита и эмоциональная лабильность. Часто изменения со стороны нервной системы, в том числе в 45,8% случаев судороги, появлялись уже в первые 3 дня болезни. Нарушение сознания различной степени выраженности наблюдалось несколько чаще, чем у детей старшего возраста, и составило 37,5%, менингеальные симптомы выявлялись в 41,7% случаев. Очаговая неврологическая симптоматика в первые дни болезни характеризовалась нарушением глотания, диплопией, брадикинезией взора. Также были симптомы поражения глазодвигательных нервов, мышц

языка и лица. В целом, у детей раннего возраста, отмечалось быстрое развитие вышеуказанных симптомов, в связи с чем они часто госпитализировались в тяжелом состоянии.

Среди наблюдавшихся больных у 36 (50,7%) была лихорадочная форма болезни. Данная форма отнесена А.Х. Мамунц к атипичной, так как при ней отсутствуют клиника поражения мозга и мозговых оболочек, а также изменения в спинномозговой жидкости [4]. В основном болезнь была расценена как средняя. Большинство детей (72,2%) были в возрасте от 4 до 12 лет (рис. 1).

При лихорадочной форме в первые 3 дня болезни ведущими оказались симптомы интоксикации и лихорадка. Повышение температуры наблюдалось у всех больных, субфебрилитет отмечался в 52,8%, а повышение температуры до 38°40'С — в 47,2% случаев. Температурная реакция сопровождалась симптомами интоксикации в виде снижения аппетита в 2/3 наблюдений, а также вялостью, недомоганием, тошнотой, рвотой у половины больных. Дети часто (86,1% наблюдений) жаловались на неинтенсивную головную боль в лобной и височной областях. Менингеальные симптомы определялись примерно у трети пациентов. Чаще выявлялись симптомы Кернига и ригидность затылочных мышц, несколько реже — симптом Брудзинского. Однако эта симптоматика была кратковременной, а картина спинномозговой жидкости характеризовалась отсутствием цитоза, биохимических изменений, но у 4 человек (30,7%) отмечено повышение уровня белка до 0,99 г/л. Дальнейшая динамика клинических симптомов зависела от тяжести болезни (табл. 2).

К концу первой недели у детей с тяжелыми формами клещевого энцефалита отмечалось снижение

Таблица 2  
Симптомы клещевого энцефалита у детей к концу первой недели болезни

Симптомы	Тяжесть течения заболевания				p
	средняя (n=40)		тяжелая (n=31)		
	абс.	%, M±m	абс.	%, M±m	
Фебрильная температура	9	22,5±7,5	11	35,5±8,7	>0,05
Субфебрильная температура	10	25,0±6,9	15	48,4±9,1	<0,05
Нормальная температура	21	52,5±8,0	5	16,1±6,7	<0,001
Головные боли	26	65,0±7,6	28	90,3±5,4	<0,01
Вялость, недомогание	15	37,5±7,8	31	100,0±0,0	<0,001
Менингеальные	3	7,5±7,2	19	61,3±8,9	<0,001
Судороги	—	—	5	16,1±6,7	—
Сонливость	7	17,5±6,1	21	67,7±8,5	<0,001
Очаговые неврологические	—	—	27	87,1±6,1	—
Рвота	—	—	3	9,7±5,4	—
Гиперемия зева	20	50,0±8,0	18	58,1±9,0	>0,05
Снижение аппетита	13	32,5±7,5	29	93,6±4,5	<0,001
Нарушение сознания	—	—	8	25,8±8,0	—
Тошнота	1	2,5±2,5	5	16,1±6,7	>0,05
Озноб	3	7,5±7,2	4	12,9±6,1	>0,05
Гиперемия лица	—	—	3	9,7±5,4	—
Увеличение лимфоузлов	2	5,0±3,5	3	9,7±5,4	>0,05
Гиперестезия кожных покровов	—	—	4	12,9±6,1	—
Увеличение печени	2	5,0±3,5	5	16,1±6,7	>0,05

температуры тела до фебрильных цифр в 18,4% наблюдений, нормальная температура отмечена в 5 случаях (16,1%). Головные боли беспокоили 28 больных (90,3%). Незначительная положительная динамика отмечалась в отношении симптомов интоксикации. На вялость и недомогание к концу первой недели болезни жаловались все больные, сонливость же была отмечена у 21 ребенка (67,7%). Положительная динамика наблюдалась и в неврологической симптоматике. Так, менингеальные симптомы сохранялись у 19 больных (61,3%), но очаговые симптомы купировались лишь в 4 случаях. Нарушение сознания различной степени выраженности было выявлено у 8 человек.

При среднетяжелых формах к концу первой недели заболевания отмечалась более быстрая нормализация симптоматики. Температура тела нормализовалась примерно в половине случаев, головная боль отмечалась у 26, снижение аппетита — у 13 детей. Значительная положительная динамика зарегистрирована и со стороны неврологических проявлений. Менингеальные симптомы выявлялись лишь у 3 больных. Судороги купировались у всех больных. При объективном исследовании в отдельных случаях обнаруживались гиперемия зева и увеличение лимфоузлов (табл. 2).

Таким образом, начальный период клещевого энцефалита у детей характеризовался выраженной интоксикацией и симптомами поражения нервной системы (нарушение сознания, судороги), особенно выраженными у детей раннего возраста. Динамика симптомов клещевого энцефалита характеризовалась более быстрой нормализацией температуры тела и купированием неврологической симптоматики у детей со среднетяжелыми в отличие от тяжелых форм бо-

лезни. Наряду с типичными проявлениями инфекции в Приморье в 50,7% наблюдений выявлялись лихорадочные варианты клещевого энцефалита.

#### Литература

1. Борисова О.Н., Горковенко Л.Е. // *Мед. паразитол.* — 2000. — №3. — С. 18-21.
2. Кузьяев Р.З. *Совершенствование иммунологических методов исследования и их применение в лабораторной и эпидемиологической диагностике клещевого энцефалита: Автореф. дис... д-ра мед. наук.* — Челябинск, 1997.
3. Леонова Г.Н. *Клещевой энцефалит в Приморском крае.* — Владивосток, 1997.
4. Мамунц А.Х. *Особенности клещевого энцефалита в детском возрасте: Автореф. дис... д-ра мед. наук.* — М., 1997.

Поступила в редакцию 03.06.03.

#### CHARACTERISTICS OF TICK-BORNE ENCEPHALITIS OF CHILDREN IN PRIMORSKY REGION

R. V. Remezko, A. V. Gordeetz, N. L. Geltzer, T. O. Svirinkova, I. V. Kantur

Municipal Clinical Hospital No. 2 (Vladivostok), Vladivostok State Medical University

*Summary* — For the first time on the territory of Primorsky region the authors carried out the analysis of sickness rate and clinical course of tick-borne encephalitis of children. Most of the diseased were children from 4 to 12 years. The infection had occurred not only because of tick sting but also after using goat or cow's milk. At 50.7% of morbid events the disease proceeded as febrile, at 18% — in the meningeal form and at the remaining ones as focal variants of encephalitis. Under medium-serious forms, in contrast to the serious ones, the disease was characterized by faster normalization of body temperature and reduction of neurologic symptomatology.

*Pacific Medical Journal, 2003, No. 3, p. 24-26.*

УДК 616.697'02:615.281

О. В. Лисаковская

### ВЛИЯНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА КАЧЕСТВО ЗЯКУЛЯТА МУЖЧИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Городская клиническая больница № 2 (г. Владивосток)

*Ключевые слова:* антибактериальные препараты, фертильность.

Антибактериальные препараты (АБП) в отечественной практике являются наиболее часто применяемой группой медикаментов. На сегодняшний день используются 19 групп противомикробных препаратов [1]. По неизвестным причинам в российской медицине сложилась порочная практика отношения к АБП как к безопасным и обязательным для назначения практически при всех заболеваниях, а также и без заболеваний — «для профи-

лактики» или «на всякий случай», особенно в хирургии и педиатрии [5].

Целью настоящего исследования был анализ влияния двадцати наиболее часто применяемых АБП на показатели фертильности мужчин.

В исследование были включены 243 мужчины в возрасте от 18 до 39 лет, получавшие антибактериальные препараты в виде монотерапии курсами от 10 до 30 суток в среднетерапевтических дозах по поводу заболеваний нетяжелого течения, не требовавших массивной системной медикаментозной терапии и существенно не нарушавших общего состояния пациентов. Все лица, принимавшие участие в исследовании, до развития настоящего заболевания могли быть отнесены к группе условно здоровых. Необходимо отметить, что в исследовании не входила оценка рациональности назначения АБП и автор не принимал участия в лечебном процессе. Терапия назначалась лечащими врачами в соответствии с профилем заболевания. Так, АБП применялись по поводу острого фарингита (6,2%), острого отита (2,9%) и тонзиллита (4,9%), острого бронхита (8,7%), острой очаговой внебольничной пневмонии (3,7%),