

КЛЕЩЕВОЙ ЭНЦЕФАЛИТ И ДРУГИЕ ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАЮЩИЕСЯ ИКСОДОВЫМИ КЛЕЩАМИ

АННОТИРОВАННЫЕ ДОКЛАДЫ, СТАТЬИ

К.А. Анто́в, И.В. Ма́лов, В.А. Бори́сов,
В.И. Зло́бин, М.К. Тува́ков

СРАВНИТЕЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛЕЩЕВЫХ ИНФЕКЦИЙ В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

ГОУ ВПО Иркутский государственный медицинский университет

Природно-очаговые клещевые трансмиссивные инфекции, такие, как клещевой энцефалит (КЭ), иксодовый клещевой боррелиоз (ИКБ), клещевой риккетсиоз (КР) и их сочетанные формы представляют серьезную проблему для здравоохранения в большинстве территорий Российской Федерации. На протяжении последней четверти XX века заболеваемость этими инфекциями неуклонно росла и достигла беспрецедентно высокого уровня [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9].

Сравнительная характеристика групп была проведена по основным симптомам, встречающимся в ранний период заболевания. При проведении сравнительного анализа оценивались

состояния больных при поступлении, степень тяжести течения болезни, длительность наиболее часто встречающихся симптомов в клинических группах.

Большинство больных КЭ - 76,3%, ИКБ - 56,1%, микст-формами - 69,3% поступило в состоянии средней тяжести. Состояние как среднетяжелое чаще оценивалось в группе больных КР, чем в группах больных ИКБ, КЭ и микст-формами инфекций ($p < 0,001$, $p < 0,001$, $p < 0,05$, соответственно). В удовлетворительном состоянии наиболее часто поступали больные ИКБ - 42,6% ($p < 0,001$). Состояние оценивалось как тяжелое чаще среди больных КЭ - 73,4% ($p < 0,001$) и ИКБ - 45,3%. Среди больных КР преобладали пациенты со среднетяжелой формой инфекции (52,7%), а на долю легкого и тяжелого течения КР приходилось соответственно 27,5 и 20,7% соответственно ($p < 0,001$). Оценка тяжести состояния больных с клещевыми инфекциями при поступлении в стационар представлена на рис. 1.

Острое и подострое начало заболевания было характерно для всех больных КЭ - 86,6%,

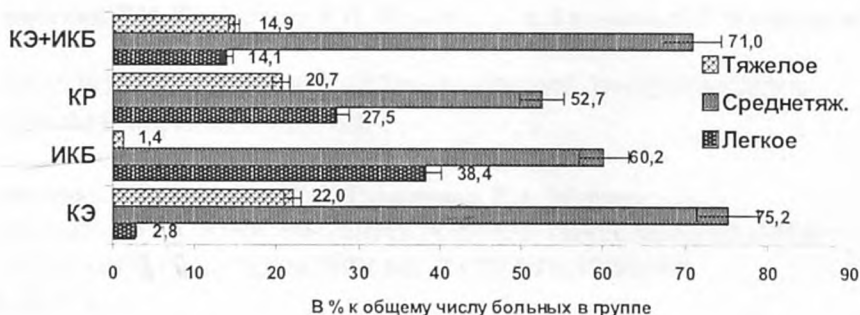


Рис. 1. Оценка состояния больных клещевыми инфекциями при поступлении в стационар

ИКБ - 76,5%, КР - 88,9% и микст-формами инфекции - 84,0%. Постепенное начало заболевания у больных ИКБ (23,5%) регистрировалось достоверно чаще, чем у больных КЭ (13,4%) и КР (11,1%). Достоверной разницы при оценке острого и постепенного начала заболевания в группах больных КЭ, КР и микст-формами не выявлено ($p > 0,05$). Двухволновое течение заболевания зарегистрировано преимущественно в группах больных КЭ - 13,4% и микст-формами - 22,7% ($p < 0,001$).

При ИКБ в 38,9% случаях температура тела оставалась в пределах нормальной, что достоверно чаще, чем в других клинических группах ($p < 0,001$). Лихорадочная реакция в течение заболевания сопровождалась ознобом у 46,8% больных КЭ, у 53,3% больных КР и у 58,7% больных микст-формами. У больных ИКБ озноб регистрировался реже и составило 23,9% ($p < 0,001$). Снижение температуры по типу «кризиса» наблюдалось у 24,7% больных КЭ, 15,2% больных ИКБ, 31,1% больных КР и 26,7% больных КЭ+ИКБ. Литическое снижение температуры гораздо реже наблюдалось у больных ИКБ ($p < 0,05$).

Ранний период клещевых инфекций характеризовался выраженностью токсического синдрома с разнообразием клинической симптоматики. Клиническая симптоматика была представлена в основном общей слабостью, недомоганием, потерей аппетита, головной болью, головокружением, тошнотой, одно- и многократной рвотой. Больные жаловались на боли в области мышц, поясницы, позвоночника, конечностей, крупных суставов, ломоты в теле. Выраженность указанных симптомов в каждой группе была разной.

Так, слабость регистрировалась у большинства больных всех клинических групп, но относительно реже наблюдалась в группах больных ИКБ (86,5%) и микст-формами болезни (80,0%). У подавляющего большинства

(78,4%) больных КЭ, КР и КЭ+ИКБ отмечалась выраженная головная боль. Однако в группе больных ИКБ головная боль отмечалась достоверно реже - 60,9% ($p < 0,001$). У больных КР головная боль и слабость регистрировалась чаще (87,1%), чем в группе больных КЭ+ИКБ ($p < 0,05$). Частота выявления общей слабости и головной боли оказалась примерно одинакова у пациентов КЭ и КР ($p > 0,05$). Выраженная общая слабость у больных КЭ и КЭ+ИКБ также достоверно между собой не отличалась ($p > 0,05$). В то же время головная боль в группе больных КЭ регистрировалась гораздо чаще, чем среди больных КЭ+ИКБ ($p < 0,001$). Головокружение наблюдалось достоверно реже в группе больных ИКБ - 4,8%.

У больных КЭ тошнота (47,8%) и рвота (34,4%) регистрировалась чаще, чем среди больных других групп ($p < 0,01$). У больных КЭ+ИКБ тошнота и рвота встречается достоверно реже (34,7% и 22,7% соответственно), чем при КЭ, но достоверно чаще, чем при ИКБ и КР. Разницы в частоте регистрации тошноты и рвоты в группах больных ИКБ и КР не выявлено ($p > 0,05$). Мигалгии реже беспокоили больных ИКБ - 34,8%, но чаще встречались у больных КЭ - 56,4% ($p < 0,001$). Среди больных КЭ, ИКБ, КР и КЭ+ИКБ артралгический синдром регистрировался примерно с одинаковой частотой (25,7%, 18,7%, 20,0% и 22,7% соответственно; $p > 0,05$). Боли в костях и ломота во всем теле больше наблюдали у больных КР (40,0%). Сравнительная характеристика основных клинических симптомов представлена в таблице 1.

Таблица 1

Сравнительная характеристика частоты встречаемости основных клинических симптомов у больных клещевыми инфекциями

СИМПТОМЫ	КЭ (n=655)	ИКБ (n=248)	КР (n=145)	КЭ+ИКБ (n=158)	Достоверность Различий (t)
Слабость	93,5±1,8*	84,3±2,4*	97,8±2,2*	88,0±3,7*	$p_1 < 0,01$; $p_4 < 0,001$
Головная боль	98,4±0,9	60,9±3,3	97,8±2,2	81,3±4,5	$p_{1,2,3,4,5} < 0,001$;
Головокружение	31,2±3,4	4,8±1,4	17,8±5,7	21,3±4,7	$p_{1,2} < 0,001$; $p_3 < 0,05$
Тошнота	47,8±3,7	15,6±2,4	13,3±5,1	34,7±5,5	$p_{1,2} < 0,001$; $p_3 < 0,05$; $p_4 < 0,01$;
Рвота	34,4±3,5	3,5±1,2	4,4±3,1	22,7±4,8	$p_{1,2} < 0,001$; $p_3 < 0,05$; $p_4 < 0,01$;
Миалгии	56,4±3,6	34,8±3,1	48,9±7,4	45,3±5,7	$p_1 < 0,01$
Артралгии	25,7±3,2	18,7±2,6	20,0±6,0	22,7±4,8	$p_{1,2,3,4,5} > 0,05$
Боли в костях	2,1±1,1	2,6±1,0	20,0±5,9	4,0±2,6	$p_2 < 0,01$; $p_4 < 0,05$
Ломота в теле	17,7±2,2	16,5±2,4	40,0±7,3	20,0±4,6	$p_2 < 0,01$; $p_4 < 0,05$
Бледность кожных покровов	23,1±3,1	4,3±1,3	4,4±3,1	20,0±4,6	$p_{1,2} < 0,001$; $p_3 < 0,05$
Гиперемия кожных покровов	45,2±3,6	13,0±2,2	31,1±6,9	33,3±5,4	$p_{1,2} < 0,001$; $p_3 < 0,05$
Склерит, конъюнктивит	56,4±3,6	23,5±2,8	68,9±6,9	62,7±5,6	$p_{1,2,3} < 0,001$
Гиперемия зева	29,0±3,3	13,0±2,2	37,8±7,2	24,0±4,9	$p_{1,2} < 0,001$; $p_3 < 0,05$
Катаральные явления	18,3±2,8	7,4±1,7	22,2±6,2	18,7±4,5	$p_1 < 0,001$; $p_4 < 0,05$
Мигрирующая эритема	-	79,1±2,7	-	28,0±5,2	$p_{1,2} < 0,05$; $p_{3,4} < 0,001$
Экзантема	-	-	100,0±1,7	-	-
Первичный аффект	-	-	82,2±5,7	-	-
Регионарный лимфаденит	-	36,1±3,2	77,8±6,2	10,7±2,9	$p_{1,2,3} < 0,001$
Приглушенность тонов сердца	25,3±3,2	35,2±3,1	42,2±7,4	49,3±5,8	$p_{1,2,3} < 0,05$; $p_4 < 0,001$
Брадикардия	0,5±0,5	2,6±1,0	37,8±7,2	4,0±2,3	$p_1 < 0,05$; $p_{4,5} < 0,001$
Нормокардия	45,2±3,6	69,6±3,0	57,8±7,4	53,3±5,7	$p_1 < 0,001$; $p_2 < 0,05$
Тахикардия	54,3±3,6	27,8±2,9	4,4±3,1	42,7±5,7	$p_{1,2,3,4} < 0,05$; $p_5 < 0,05$
Гипотония	2,2±1,1	0,4±0,4	22,2±6,2	2,6±1,9	$p_2 < 0,01$; $p_3 < 0,05$
Нормотония	91,9±2,2	83,5±2,4	75,6±6,4	82,7±4,4	$p_1 < 0,05$
Гипертензия	5,9±1,7	16,1±2,4	2,2±2,1	14,7±4,1	$p_{1,2} < 0,001$; $p_3 < 0,05$;
Обложенность языка	93,0±1,9	66,1±3,1	93,3±3,7	92,0±3,1	$p_{1,2,3} < 0,001$
Гепатомегалия	7,5±1,9	9,6±1,9	21,5±5,1	10,7±3,6	$p_{1,2} < 0,001$
Спленомегалия	-	0,9±0,6	9,4±3,1	-	$p_1 < 0,001$; $p_4 < 0,05$

Примечания: * - в процентах к общему числу больных в группе

p_1 – различие между КЭ и ИКБ; p_2 – различие между КЭ и КР;

p_3 – различие между КЭ и КЭ+ИКБ; p_4 – различие между ИКБ и КР;

p_5 – различие между ИКБ и КЭ+ИКБ; p_6 – различие между КР и КЭ+ИКБ

При оценке объективного статуса больных учитывался цвет кожных покровов, наличие экзантемы, эритемы, инъецированность сосудов склер и конъюнктивы, изменения в месте

укуса клеща, реакция со стороны регионарных лимфоузлов, данные исследования внутренних органов, наличие изменений со стороны центральной нервной системы.

Частота регистрации бледности кожных покровов у больных КЭ (23,1%) и микст-формами (20,0%) не имела достоверной разницы ($p>0,05$), но превышала показатели в группах ИКБ (4,3%) и КР (4,4%). Гиперемия лица, шеи, верхней части туловища чаще регистрировалась среди больных КЭ (45,2%), чем среди пациентов других групп, но достоверных различий с группой больных КР (31,1%) и микст-формами (33,3%) не выявлено ($p>0,05$). У больных ИКБ (13,0%) относительно реже выявлялась гиперемия кожных покровов ($p<0,001$). Инъекция сосудов склер и конъюнктивы отмечалась у большинства больных КЭ, КР и КЭ+ИКБ (56,4%, 68,9% и 62,7% соответственно) и между собой достоверно не отличались ($p>0,05$). У больных ИКБ инъекция сосудов склер и конъюнктивы выявлялась реже (23,5%; $p<0,001$). Гиперемия зева (37,8%) и катаральные явления в носоглотке (22,2%) чаще встречались среди больных КР, но их показатели не отличались от показателей в группах больных КЭ (29,0% и 18,3%, соответственно) и микст-формами инфекции (24,0% и 18,7%, соответственно; $p>0,05$).

Мигрирующая эритема в месте укуса клеща, в виде сплошной или кольцевидной эритемы разного оттенка, размером от 5 до 30 см, выявлялась у больных ИКБ (79,1%) и микст-формами (28,0%) инфекций ($p<0,001$). Экзантема розеолезно-папулезного характера на лице, туловище, разгибательной поверхности конечностей, в области суставов регистрировалась только у больных КР. Частота регистрации экзантемы при КР составляет 100,0%. Первичный аффект на месте укуса клеща в виде плотного инфильтрата, слегка болезненного при пальпации, с некротической корочкой в центре и гиперемизированным ободком по периферии была характерна также для большинства больных КР (75,0%). Среди больных других клинических групп первичный аффект не выявлялся. На месте укуса клеща при КЭ (30,1%), ИКБ (71,3%) и КЭ+ИКБ (26,7%) наблюдали пигментные пятна или небольшие корочки. Увеличение и

болезненность регионарных лимфатических узлов установлено у больных ИКБ - в 36,1%, КР - в 77,8% и КЭ+ИКБ - в 10,7% случаев. При КР регионарный лимфаденит регистрировался чаще, чем при ИКБ и КЭ+ИКБ ($p<0,001$), а при ИКБ как моноинфекции чаще, чем при КЭ+ИКБ ($p<0,001$).

При аускультации легких везикулярное дыхание отмечалось у подавляющего большинства больных во всех клинических группах: у больных КЭ - в 94,1%, ИКБ - в 96,1%, КР - в 91,1%, КЭ+ИКБ - в 96,5%. Жесткое дыхание выслушивалось у 5,4% больных КЭ; 3,9% - ИКБ; 6,7% - КР; 3,5% - КЭ+ИКБ. Ослабленное дыхание выявлялось в 0,5% случаев КЭ и 2,2% - при КР.

Изменения со стороны сердечно-сосудистой системы оценивались по интенсивности сердечных тонов, частоте сердцебиения, величине артериального давления. Среди больных КЭ приглушение тонов сердца определялось в 25,3% случаев, что достоверно реже, чем в других группах. Приглушение тонов сердца среди больных ИКБ (35,2%) выявлялось несколько реже, чем среди больных КЭ+ИКБ (49,3%) ($p<0,05$). Достоверной разницы в частоте приглушенности тонов сердца среди больных КР (42,2%) и КЭ+ИКБ (49,3%) нами не установлено ($p>0,05$).

Брадикардия чаще регистрировалась в группе больных КР (43,5%) ($p<0,001$). Патологии со стороны сердечно-сосудистой системы отсутствовали у большинства пациентов ИКБ (69,6%), КР (57,8%) и КЭ+ИКБ (53,3%). У больных КЭ в 45,2% случаев патологии со стороны сердца и сосудов не выявлено, что достоверно реже, чем при ИКБ ($p<0,001$) и не имеет разницы с группой КР и КЭ+ИКБ ($p>0,05$). Тахикардию чаще отмечали у больных КЭ (54,3%) и КЭ+ИКБ (42,7%) ($p>0,05$). Достоверно реже тахикардию определяли у больных КР (4,4%), чем в других группах ($p<0,001$).

Гипотония, как и брадикардия, была более характерной для больных КР - 22,2%. Нормальные показатели АД регистрировались у пода-

вляющего большинства больных КЭ (91,9%), ИКБ (83,5%), КР (75,6%) и КЭ+ИКБ (82,7%). Гипертензия достоверно ($p < 0,001$) чаще регистрировалась у больных ИКБ (16,1%) и КЭ+ИКБ (14,7%) в остром периоде болезни, чем у больных КЭ (5,9%) и КР (2,2%).

Во всех клинических группах были отмечены изменения со стороны пищеварительной системы. Обложенность языка выявлена у большинства больных КЭ - 93,0%, ИКБ - 66,1%, КР - 93,3% и микст-формами - 92,0%, что может быть расценено как следствие токсикоза в начальном периоде болезни. По мере выздоровления эти симптомы постепенно исчезали. В группе больных ИКБ обложенность языка выявлялась достоверно реже, чем в других группах ($p < 0,001$). Сухость и обложенность языка чаще выявлялась у больных КЭ (47,3%), КР (55,5%) и КЭ+ИКБ (38,7%), чем среди больных ИКБ (11,7%) как моноинфекции ($p < 0,001$). Язык оставался влажным, чистым чаще у больных ИКБ (33,9%), чем у больных КЭ (7,0%), КР (6,7%) и КЭ+ИКБ (8,0%) ($p < 0,001$) и, преимущественно, наблюдался при легком течении болезни. Увеличение размеров печени и ее болезненность наиболее часто отмечалось у больных КР (21,5%), чем у больных других групп ($p < 0,05$). У больных КЭ (7,5%), ИКБ (9,6%) и КЭ+ИКБ (10,7%) частота выявления

увеличения размеров печени не имела достоверной разницы ($p > 0,05$). Увеличение селезенки установлено только у больных ИКБ - 0,9% и КР - 9,4% ($p < 0,05$).

Одним из характерных признаков начального периода клещевых инфекций было различной степени и характера нарушения со стороны ЦНС (Рис. 2). Они в большей степени были характерными для больных КЭ и КЭ+ИКБ. Так, оболочечные знаки наблюдались у больных КЭ в 61,8% случаях, ИКБ в 2,6% и КЭ+ИКБ в 44,0% случаев. Среди больных ИКБ признаки раздражения мозговых оболочек регистрировались гораздо реже, чем в других группах ($p < 0,001$). У больных КЭ оболочечные знаки регистрировались значительно чаще, чем среди больных КЭ+ИКБ ($p < 0,01$). Заторможенность, нарушение сознания, судорожный синдром, очаговые знаки, развитие астеновегетативного синдрома наблюдалось также часто в группах больных КЭ и КЭ+ИКБ. Судорожный синдром у больных КЭ регистрировался реже (3,2%), чем у больных КЭ+ИКБ (12,0%) ($p < 0,05$). Заторможенность, нарушение сознания, очаговые знаки, астенический синдром чаще отмечались среди больных микст-формами (КЭ+ИКБ), но частота регистрации признаков не имела достоверной разницы ($p > 0,05$).

Одним из значимых синдромов начально-

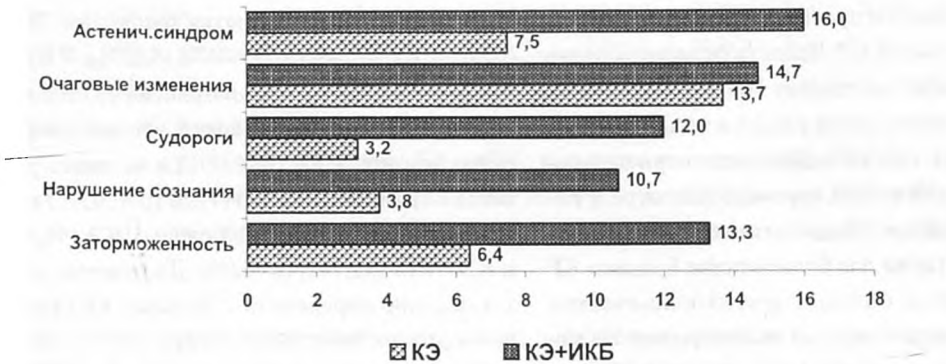


Рис. 2. Неврологические нарушения при клещевых инфекциях (в % к общему числу больных)

го периода природноочаговых иксодовых заболеваний – это интоксикационный синдром. Его интенсивность и продолжительность при разных инфекциях имеют свои особенности, как по продолжительности, так и по интенсивности.

Наиболее продолжительная интоксикация выявлена в группе больных КЭ (11,3±0,6 дней; $p < 0,001$). Больные ИКБ, КР и КЭ+ИКБ отмечали улучшение самочувствия в более ранние сроки. Продолжительность интоксикации в группе больных КР (7,5±0,4 дней) и КЭ+ИКБ (7,6±0,5 дней) не имеет между собой достоверных различий ($p > 0,05$) и сохранялась более

длительно, чем в группе больных ИКБ (5,9±0,3 дня) ($p < 0,01$). У больных КЭ болезнь протекала относительно с длительной лихорадкой (11,9±0,5 дней), чем у больных ИКБ (6,5±0,3 дней), КР (9,1±0,5 дней; $p < 0,001$) и КЭ+ИКБ (9,9±0,9 дней; $p > 0,05$). Длительность лихорадочного периода у больных КР и КЭ+ИКБ не имела достоверных отличий, ($p > 0,05$), однако она оказалась более длительной ($p < 0,01$), чем у пациентов ИКБ. Продолжительность основных симптомов в группах больных КЭ, ИКБ, КР и КЭ+ИКБ представлена в таблице 2.

Таблица 2

Средняя продолжительность основных клинических симптомов у больных природно-очаговыми трансмиссивными иксодовыми заболеваниями Восточной Сибири

СИМПТОМЫ	КЭ (n=655)	ИКБ (n=248)	КР (n=145)	КЭ+ИКБ (n=158)	Достоверность Различий (t)
Слабость	20,0±0,8	7,4±0,3	10,6±0,6	17,34±0,9	$p_{1,2,4,5,6} < 0,001$; $p_1 < 0,05$
Головная боль	14,4±0,6	5,9±0,3	7,8±0,5	13,2±0,7	$p_{4,5,6} < 0,001$
Головокружение	10,5±2,8	3,5±1,3	5,5±1,1	8,6±1,2	$p_1 < 0,05$; $p_5 < 0,01$
Тошнота	7,3±0,6	2,4±0,2	2,4±0,2	5,0±0,6	$p_{1,2,5,6} < 0,001$; $p_1 < 0,01$
Рвота	6,5±0,8	1,7±0,4	1,0±0	4,1±0,5	$p_{1,2,5,6} < 0,001$; $p_1 < 0,05$
Миалгии	6,6±0,4	4,7±0,3	6,7±0,5	8,6±0,8	$p_{1,4,5} < 0,001$; $p_1 < 0,05$
Склерит	8,7±0,7	5,7±0,4	6,5±0,4	9,1±0,5	$p_{1,5,6} < 0,001$; $p_1 < 0,05$
Гиперемия в зеве	7,6±0,6	5,7±0,4	6,4±0,4	7,5±0,4	$p_1 < 0,001$; $p_5 < 0,01$
Гепатомегалия	5,2±0,6	8,3±0,7	11,2±0,8	8,9±0,9	$p_{1,4} < 0,01$
Спленомегалия	-	5,0±1,0	12,2±2,0	-	$p_4 < 0,001$

Примечания: * - в процентах к общему числу больных в группе

p_1 – различие между КЭ и ИКБ; p_2 – различие между КЭ и КР;

p_3 – различие между КЭ и КЭ+ИКБ; p_4 – различие между ИКБ и КР;

p_5 – различие между ИКБ и КЭ+ИКБ; p_6 – различие между КР и КЭ+ИКБ

У больных КЭ и КЭ+ИКБ более длительно сохранялась общая слабость - 20,0±0,8 и 17,3±0,9 дней соответственно. У больных ИКБ общая слабость длилась в два раза короче, чем в группе больных КЭ (7,4±0,3 дней; $p < 0,001$). А у пациентов КР также достоверно короче ока-

залась продолжительность общей слабости по сравнению с пациентами с КЭ (10,6±0,6 дней; $p < 0,05$), и КЭ+ИКБ ($p < 0,001$), но более длительно общая слабость сохранялась у больных КР по сравнению с ИКБ (7,4±0,3 и 10,6±0,6 дня соответственно). У группы больных КЭ

и КЭ+ИКБ головная боль характеризовалась большей продолжительностью ($14,4 \pm 0,6$ и $13,2 \pm 0,7$ дней соответственно), чем в других клинических группах ($p < 0,001$). В то же время продолжительность головной боли имела относительно длительный срок в группе больных КР по сравнению с группой больных ИКБ ($p < 0,001$).

Головокружение более длительно беспокоило больных КЭ - $10,5 \pm 2,8$ дней, менее длительно - ИКБ - $3,5 \pm 1,3$ дней ($p < 0,05$). Тошнота ($7,3 \pm 0,6$ дней) и рвота ($6,5 \pm 0,8$ дней) сохранялись более длительный срок при КЭ, чем в других клинических группах ($p < 0,001$). Также достоверными были различия по длительности указанных симптомов между ИКБ, КР и КЭ+ИКБ ($p < 0,001$). Более длительное время жаловались на боли в мышцах больные КЭ+ИКБ ($8,6 \pm 0,8$ дня) по сравнению с больными других групп ($p < 0,05$). Что касается болей в суставах, то продолжительность данного синдрома во всех наблюдаемых группах примерно была одинакова, и между собой достоверно не отличались ($p > 0,05$).

Одними из часто встречаемых симптомов были инъекции сосудов склер и конъюнктивы. Они более продолжительное время сохранялись у больных КЭ ($8,7 \pm 0,7$ дней) и КЭ+ИКБ ($9,1 \pm 0,5$ дня), ($p > 0,05$). У больных ИКБ и КР эти же симптомы наблюдались относительно реже и короче ($5,7 \pm 0,4$ и $6,5 \pm 0,4$ дней соответственно; $p < 0,05$). Длительность сохранения гиперемии зева у больных КЭ и КЭ+ИКБ имела большую продолжительность, чем в других группах пациентов ($7,6 \pm 0,6$ и $7,5 \pm 0,4$ дня соответственно; $p < 0,001$). Эритема на кожных покровах сохранялась почти одинаково долго у группы больных ИКБ и КЭ+ИКБ ($13,5 \pm 0,4$ и $13,5 \pm 1,1$ дней соответственно; $p > 0,05$). В длительности сохранения регионарного лимфаденита также достоверных отличий между изучаемыми группами не отмечено ($p > 0,05$).

Относительно непродолжительное время отмечалось увеличение размеров печени у больных КЭ - $5,2 \pm 0,6$ дней ($p < 0,001$), по сравнению

с группами больных ИКБ и КЭ+ИКБ. У них гепатомегалия сохранялась несколько дольше и, в среднем, составила $8,3 \pm 0,7$ и $8,9 \pm 0,9$ дней соответственно ($p > 0,05$). Однако в группе больных КР продолжительность гепатомегалии была относительно дольше, чем у всех остальных групп ($11,2 \pm 0,8$ дней; $p < 0,001$). Длительная сплсномегалия также была характерна для больных КР и составила в среднем $12,2 \pm 2,0$ дней, против $5,0 \pm 1,0$ дней в группе больных ИКБ ($p < 0,01$). По течению заболевания в клинических группах также выявлены определенные различия.

Легкое течение чаще отмечалось у больных ИКБ (20,6%; $p < 0,001$). Среднетяжелое течение наблюдалось у большинства больных КЭ ИКБ КР и КЭ+ИКБ (70,2%, 76,3%, 67,3% и 72,8% соответственно). Однако достоверно чаще легкое течение регистрировалось в группе больных ИКБ (76,3%; $p < 0,05$). Тяжелое течение инфекции наблюдалось среди больных ИКБ в 3,1% случаях, особенно при диссеминированной форме инфекции. У больных КР тяжелое течение регистрировалось в 14,3% случаев, что достоверно ниже, чем у больных КЭ и больных КЭ+ИКБ, но выше, чем у больных ИКБ ($p < 0,001$).

Выводы. Таким образом, в результате проведенного сравнительного исследования клинической картины природно-очаговых трансмиссивных клещевых заболеваний Иркутской области выявлены свои особенности течения и отличительные признаки.

Если клиническая картина КР имеет характерные проявления болезни, то для микст-форм КЭ и ИКБ присущи признаки, которые создают определенные трудности в проведении дифференциальной диагностики. Особенно это наблюдается при диссеминированной форме ИКБ. Более выраженная интоксикация отмечалась у больных КЭ, менее выраженная - у больных ИКБ. Наибольшая продолжительность интоксикации и лихорадки отмечена у больных КЭ. У больных КР клиническая симптоматика была развернутой уже в первые дни болезни и

состояние больных чаще, чем в других группах оценивалось при поступлении в стационар как тяжёлое.

У больных КР, ИКБ и КЭ+ИКБ на кожном покрове были выявлены специфические изменения. Экзантема и первичный аффект в совокупности с регионарным лимфаденитом являются патогномоничными признаками для КР. Характерная триада симптомов (сыпь, первичный аффект, лимфаденит) позволяет своевременно установить диагноз КР и назначить соответствующее лечение. Мигрирующая эритема определялась при ИКБ и КЭ+ИКБ. Изменения со стороны нервной системы больше отмечалось у больных КЭ и микст-формами в виде менингеального симптомокомплекса и очаговых изменений.

При исследовании состояния внутренних органов были выявлены изменения со стороны сердечно-сосудистой системы. У больных КР выявлялась брадикардия и гипотония. У больных ИКБ и КЭ+ИКБ выявлялся гипертензионный синдром, что может быть связано с более высоким удельным весом в этих клинических группах лиц старше 50 лет. Гепатомегалия отмечалась у больных всех групп, но более характерной она была для больных КР. Среди больных КР также чаще выявлялась спленомегалия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анто́в К.А. Природно-очаговые трансмиссивные клещевые инфекции Прибайкалья: Автореф. дис. ... докт. мед. наук: 14.00.30, 14.00.10 /ИЭМ НЦ МЭ ВС НЦ СО РАМН, Иркутский гос. мед. университет. – Иркутск, 2005. – 48 с.
2. Борисов В.А. Клещевой энцефалит в Иркутской области: Автореф.дис. ... докт. мед. наук: 14.00.30, 14.00.10 /ИЭМ НЦ МЭ ВС НЦ СО РАМН, Иркутский гос. мед. университет. – Иркутск, 2002. – 42 с.
3. Анто́в К.А., Борисов В.А., Малов И.В. Клинико-эпидемиологическая характеристика клещевого риккетсиоза //Сборник трудов: Актуал. вопр. инфекц. патологии. Выпуск второй. – Иркутск, 1999. – С. 83-85.
4. Алексеев А.Н. Проблема взаимодействия боррелий, вируса клещевого энцефалита и антибиотиков при микст-инфекциях /А.Н. Алексеев, Е.В. Дубинина, Л.И. Волкова, М.А. Вашукова // Тез. докл. VI Российско-Итальянской научной конференции «инфекционные болезни: диагностика, лечение, профилактика». – Санкт-Петербург. – 2000. – С. 2.
5. Волкова Л.И. Клинико-эпидемиологические особенности микст-инфекций, передающиеся иксодовыми клещами в Свердловской области /Л.И. Волкова, М.В. Анкутдинова, И.Л. Русаков, О.Г. Охулкова //Матер. науч.- практ. конф. «Клещевые боррелиозы». – Ижевск: изд-во ООО «Ижтехносервис», 2002. – С. 89-91.
6. Лайковская Е.Э. Микст-инфекция Лайм-боррелиоза и клещевого энцефалита /Е.Э. Лайковская, О.М. Лесняк, Л.И. Волкова и др. //Проблемы клещевых боррелиозов. – М., 1993. – С. 93-97.
7. Леонова Г.Н. Клещевые микст-инфекции в Приморском крае / Г.Н. Леонова, С.С. Якушева, В.А. Иванис // Матер. науч.- практ. конф. «Клещевые боррелиозы». – Ижевск, 2002. – С. 179-182.
8. Осинцева Т.С. Неврологические аспекты микст-инфекции иксодового клещевого боррелиоза и клещевого энцефалита в резидуальном периоде /Т.С. Осинцева //Матер. науч.- практ. конф. «Клещевые боррелиозы». – Ижевск, 2002. – С. 222-225.
9. Федорчук Т.Н. Клинико-эпидемиологические особенности микст-инфекции клещевого энцефалита и иксодовых клещевых боррелиозов в Удмуртской республике / Т.Н. Федорчук, Г.А. Малинина, М.Л. Ертахова // Матер. науч.- практ. конф. «Клещевые боррелиозы». – Ижевск, 2002. – С. 285-287.