

От редакции. Авторы статьи — ведущие специалисты России по проблемам инфекций нервной системы. Они приводят данные анализа о состоянии проблемы диагностики и особенностях течения клещевого энцефалита в группе вакцинированных пациентов. Статья имеет огромное практическое значение, так как за последние годы в связи с ростом числа привитых жителей проявились проблемы гипердиагностики заболевания, участились случаи дефектной вакцинации и т.д. Все это вызывает множество вопросов, в основном разрешаемых в публикуемой статье.

Анализ заболеваемости острым клещевым энцефалитом у вакцинированных пациентов в сезон 2006 и 2007 гг. в Свердловской области

М. В. Анкудинова, Л. И. Волкова, А.В. Анкудинова

ГУЗ «Свердловская областная клиническая больница №1»,
Областной центр клещевых инфекций
ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии по Свердловской области»

Резюме

Свердловская область относится к высокоэндемичным территориям по клещевому энцефалиту (КЭ) с постоянно регистрируемой заболеваемостью. С 2000 года отмечается уменьшение числа заболевших острым клещевым энцефалитом (ОКЭ) на фоне массового охвата вакцинацией населения Свердловской области. Одной из эпидемиологических черт последних лет является рост регистрации случаев ОКЭ у вакцинированных больных.

В результате проведенного анализа эпидемиологического анамнеза, клиники, серологической диагностики и сведений о вакцинопрофилактике среди 45 пациентов с диагнозом: ОКЭ, лихорадочная форма, имевших в анамнезе активную специфическую профилактику, у большинства больных — 30 (66,7%) были выявлены различные варианты дефектов проведения курса вакцинации; полноценную схему получили только 15 больных. Анализ клиники, данных серологических исследований всей группы исследуемых 45 пациентов позволили поставить достоверный диагноз ОКЭ в 27 случаях (60%), из них только у 4 больных вакцинация была проведена без дефектов.

Проведенное исследование может свидетельствовать о гипердиагностике лихорадочных форм ОКЭ у вакцинированных больных, что ведет к дискредитированию вакцинации. К вакцинированным больным могут быть отнесены только пациенты, у которых отсутствуют нарушения схемы вакцинопрофилактики.

Ключевые слова: клещевой энцефалит, вакцинопрофилактика, заболеваемость, диагностика.

Свердловская область является напряженным природным очагом клещевых инфекций и относится к высоко эндемичным территориям по клещевому энцефалиту с постоянно регистрируемой заболеваемостью [1, 2, 4, 6].

В 2007 году в Свердловской области зарегистрировано 30044 человека, пострадавших от укуса клеща, в т. ч. жители Екатеринбурга составили 9107 человек (30,3%). В сезон 2007 года количество заболевших ОКЭ — 226 человек, в 2006 году 219 человек. С 2000 года отмечается уменьшение заболеваемости ОКЭ на фоне массового охвата вакцинацией населения Свердлов-

ской области (72% в 2006 году) [2, 6]. Однако регистрируется высокий процент (до 20%) вакцинированных среди больных ОКЭ, что способствует формированию мнения о низкой эффективности специфической профилактики против ОКЭ (активной иммунизации).

Основной целью нашей работы явился анализ правильности постановки диагноза ОКЭ у вакцинированных пациентов с целью уточнения причин развития заболевания и выработки критериев постановки диагноза ОКЭ у вакцинированных больных.

Материалы и методы

В исследуемую группу вошли 45 пациентов, имевших сведения о вакцинопрофилактике в анамнезе жизни, которым в сезон 2006,

Л. И. Волкова — к. м. н., Зав. неврологическим отделением и областным центром клещевых инфекций ГУЗ «СОКБ №1».

2007 гг. по эпидемиологическим картам был выставлен окончательный диагноз ОКЭ. В исследуемой группе было 23 мужчины и 22 женщины различных возрастных групп — от 12 до 82 лет, большинство больных старше 41 года — 71,1%, средний возраст $45,0 \pm 18,1$ лет. Исследование было проведено на основе анализа историй болезни городского центра клещевых инфекций г. Екатеринбурга, расположенного на базе медицинского объединения «Новая больница» и амбулаторных карт областного центра клещевых инфекций на базе ГУЗ СОКБ №1.

Результаты

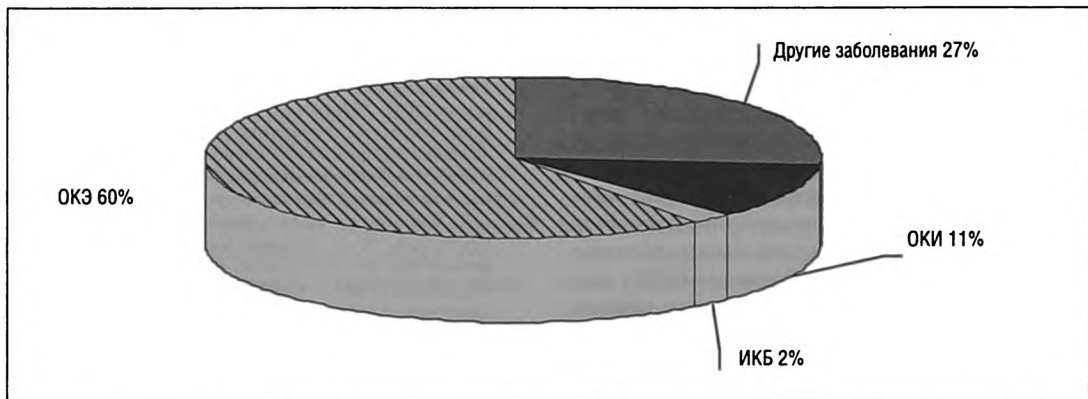
При проведении исследования у всех 45 больных имел место «клещевой анамнез» — у 88,9% укус клеща — трансмиссивный путь заражения, посещение леса — «лесной фактор» — у 8,9%, сочетание факторов — лесной и алиментарный — у 2,2%.

В эпидемиологических картах всех пациентов группы исследования было отмечено проведение вакцинации. Но при подробном анализе схем вакцинопрофилактики у каждого пациента, только в 15 случаях нарушений выявлено не было. Остальные 30 пациентов (60%) имели те или иные дефекты вакцинации: незаконченный курс — введение только 1 дозы; несоблюдение сроков между прививками в первичном курсе вакцинации; нарушение сроков ревакцинаций — проведение ревакцинации более чем через 3 года; упоминание о вакцинации 3 и более лет назад; ряд пациентов представляли сведения о вакцинации неизвестным видом вакцины. Практически все пациенты не имели прививочного сертификата или справки из здравпункта с места работы или жительства, вакцинальный анамнез был собран только со слов пациента или родственников.

Несмотря на то, что у большинства больных были выявлены нарушения в проведении вакцинации, у всех 45 больных имела место лихорадочная форма болезни, не было зарегистрировано ни менингеальной, ни очаговой формы ОКЭ, что может свидетельствовать о клинической эффективности активной иммунизации против КЭ.

На основании комплексной оценки эпидемиологических факторов, характера клинического течения заболевания, результатов серологической диагностики, у 12 пациентов (26,7%), которым был выставлен окончательный диагноз клещевой энцефалит, диагноз не соответствовал клиническому и лабораторному стандарту случая и был снят (рисунок). У этих пациентов общеинфекционный синдром длился 1-2 дня с минимальными субъективными жалобами на общую слабость, недомогание, головную боль, потливость, либо вообще отсутствовал, не выявлялись Ig M в реакции ИФА, либо сохранялись их минимальные значения без динамики титра. Чаще имело место выявление специфических Ig M антител в первой пробе крови, что может быть обусловлено пассивным иммунитетом, вызванным профилактическим или лечебным введением специфического иммуноглобулина (СИГ) высокого титра до взятия крови на исследование. Не прослеживалось 4-х кратного нарастания титра антител класса Ig G, в серологических анализах. Преимущественно регистрируется рост уровня антител класса Ig G в 2 раза. Стабильные титры Ig G можно расценивать как поствакцинальные. У этой группы больных отмечено выявление другой острой или обострение хронической патологии: острый ринофарингит, обострение хронического пиелонефрита, калькулезного холецистита, пневмония, ОРВИ, герпетическая инфекция и др.

Рисунок Структура уточненных диагнозов у вакцинированных пациентов, имевших в эпидемиологической карте диагноз: «острый клещевой энцефалит»



У 5-ти пациентов (11,1%) вместо диагноза острый клещевой энцефалит была выставлена острая клещевая инфекция неуточненной этиологии, т.к. отсутствовало серологическое подтверждение ОКЭ: не прослеживалось нарастания титра антител класса Ig G в серологических анализах, либо рост титра Ig G составлял менее чем в 4 раза, отсутствовали Ig M-антитела в реакции ИФА, либо сохранялись их минимальные значения без динамики титра, но имелся факт присасывания клеща и длительность общеинфекционного синдрома составляла более 3-х дней, выявлялись и продромальные явления в виде: миалгий, артралгий, общей слабости, озноба, отсутствовали другие соматические заболевания. Окончательная этиология острой клещевой инфекции была затруднена в виду ограничения возможности проведения серологических исследований на другие инфекции, передающиеся укусом клеща.

У 1-го пациента с клещевым энцефалитом по эпидемиологической карте выставлен диагноз: «иксодовый клещевой боррелиоз (ИКБ)», т.к. по данным ИФА к ИКБ выявлены титры Ig M и Ig G во второй сыворотке.

У 27 пациентов (60%) на основании эпидемиологического анамнеза, клинической картины общеинфекционного синдрома и результатов ИФА, диагноз «острый клещевой энцефалит» был подтвержден. Из них только у 4-х человек (8,9%) сохранены все сроки вакцинации и ревакцинации, причем у 2-х больных имелся отягощенный соматический фон (дефицит массы тела, сопутствующие заболевания ЖКТ), что могло способствовать дефекту формирования специфического иммунного ответа.

Таким образом, признать диагноз острой формы КЭ можно только у 4-х пациентов, вакцинированных по полной схеме.

Причиной развития лихорадочной формы ОКЭ у 23 больных явилось несоблюдение правил проведения вакцинации.

У 18 из 45 больных исследуемой группы были допущены ошибки в постановке диагноза ОКЭ. Чаще диагноз основывался на наличии стабильных титров Ig G в повторных сыворотках, без Ig M, что чаще свидетельствует только о поствакцинальном иммунитете. У ряда больных в основу диагноза была положена положительная качественная реакция или низкий уровень Ig M в количественных пробах, что может являться следствием проведения пассивной профилактики, введение СИГ с лечебной целью в течение предыдущего месяца. У этих больных для постановки диагноза ОКЭ

требуется наличие нарастания титров Ig M в повторных пробах.

Безусловно, в связи с тем, что у пациентов, имевших вакцинацию в анамнезе, развивается легкое течение ОКЭ, характеризующееся общеинфекционным синдромом, дифференциальная диагностика с другой острой инфекционной патологией крайне затруднительна в виду неспецифичности симптомов.

Поэтому в основу диагноза ОКЭ у вакцинированных больных должны быть положены данные серологических тестов: обязательное наличие динамики 4-х кратного нарастания или снижения антител класса Ig M и (или) Ig G и учет эпидемиологических и клинических данных.

Выводы

1. Среди исследуемой группы пациентов у 40% диагноз острый клещевой энцефалит был снят, либо изменен на другой (острая клещевая инфекция, иксодовый клещевой боррелиоз), что говорит о гипердиагностике лихорадочных форм клещевого энцефалита.

2. ОКЭ чаще развивается у пациентов, в анамнезе у которых существует дефект вакцинации.

3. В анализируемой группе у вакцинированных пациентов не развивалось очаговых форм заболевания.

4. Необходимо соблюдать критерии постановки диагноза острый клещевой энцефалит у вакцинированных пациентов.

Литература

1. Анкудинова М. В., Волкова Л. И. Некоторые аспекты дифференциальной диагностики клещевых инфекций. Вестник первой ОКБ №1, 2005; 77-80.
2. Волкова Л. И. Клещевой энцефалит на Среднем Урале (современные аспекты эпидемиологии и клиники). Нейроиммунология: Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Современное состояние проблемы нейроинфекций». том III: 2. 2005; 7.
3. Волкова Л. И. Клещевой энцефалит. Современное состояние проблемы. Материалы 1 Национальной Конференции «Нейроинфекции», 2007
4. Ковтун О. П. Клещевой энцефалит. О. П. Ковтун. Детские инфекционные болезни: Руководство. Часть I. Под ред. В. В. Фомина, Э. А. Кашубы, М. О. Гаспарян, С. Н. Козловой, О. П. Ковтун, А. У. Сабитова. Екатеринбург-Тюмень, Уральская государственная медицинская академия, 2000; 382-427.
5. Эпидемиология, этиология, клиника, диагностика, лечение и профилактика клещевого энцефалита. Методические указания (под ред. Л. И. Волкова, В. В. Романенко с соавт.). Екатеринбург. 2004; 72.
6. L. I. Volkova, V. V. Romanenko, N. L. Struin, O. G. Prohorova, E. V. Prasdniczkova. Epidemiological peculiarities and vaccination efficiency of tick-borne encephalitis (TBE) in middle Urals. European Journal of Neurology: Abstracts of the 9th Congress of the EFNS-September 2005; 12, Supplement 2: 1180-80.