Резюме

Проведенные электрофизиологические исследования у 100 больных со стертой и менингеальной формами КЭ в остром периоде даже при отсутствии очаговой неврологической симптоматики позволили выявить заинтересованность разных уровней нервной системы, что свидетельствует о мультифокальном характере процесса при КЭ. В то же время положительная динамика и нормализация нейрофизиологических показателей ЭЭГ ЭМГ и СВП, выявляемые при повторных исследованиях, дали основание говорить о преходящем характере изменений. Они косвенно отражают динамику патологического процесса, во многом обусловленного характером взаимодействия макроорганизма и вируса КЭ, что в конечном итоге и определяет ту или иную форму заболевания.

Литература

1. Конев В.П., Кветкова Э.А. Морфогенез и патоморфоз клещевого энцефалита // ЖИП, 1987. — С. 18-21.
2. Левкович Е.Н., Погодина В.В., Засухина Г.Д., Карпович Л.Г. Вирусные комплексы клещевого энцефалита. — М., 1967. — 280 с.
3. Шаповал А.Н. Клещевой энцефаломиелит. — М., 1980. — 253 с.
4. Lehtinen I., Halonen JP EEG finding in tick-born encephalitis. // J.Neurol. Psychiatry. — 1984. — 47(5). — P. 500-504.
5. Logar C., Wieselmann G., Lehner H. EEG changes in earle summer meningoencephalitis.- Wien Klin.Wochenschr 1988. — 21; 100(20). — P. 673-674.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКИХ ФОРМ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА

М.Е. Самсонова, М.В. Надеждина, М.Л. Амосов

Хроническое течение клещевого энцефалита (КЭ) занимает особое место среди прочих клинических форм данной патологии в связи с достаточно поздним развитием развернутой клинической картины заболевания и высоким риском инвалидизации больных. По материалам литературы хронические формы КЭ развиваются в 1–3% случаев от общего количества перенесших острый КЭ [3].

Под хронической формой клещевого энцефалита понимают заболевание, в основе которого лежит нейроинфекционный процесс, связанный с жизнедеятельностью вируса [1] и проявляющийся медленным нарастанием очаговых и неочаговых признаков поражения ЦНС.

К клиническим симптомам хронического клещевого энцефалита относятся: синдром кожевниковской эпилепсии, синдром бокового ами-

отрофического склероза (БАС), гиперкинезы без эпилеприпадков, эпилептический синдром, нарастание атрофий и двигательных нарушений при полиомиелитической форме КЭ и поздние психические нарушения.

Непредсказуемость развития хронической формы клещевого энцефалита и не всегда достаточно эффективные меры профилактики и терапии КЭ делают проблему весьма актуальной [2]. С учетом изложенного, цель нашего исследования — выявление и оценка клинических особенностей хронических форм КЭ.

Пациенты и методики

В исследование включено 16 больных с прогрессивным течением КЭ, состоящих на диспансерном учете в городском центре по лечению и профилактике природно-очаговых инфекций, что составляет 1,9% от числа всех диспансерных больных.

Среди пациентов 14 мужчин и 2 женщины в возрасте от 16 до 64 лет, при этом от 16 до 35 лет — 8 человек, от 36 до 45 лет — 2 человека, от 46 до 60 — 5 человек, старше 60 — один человек.

У 15 больных в анамнезе имел место укус клеща, у одного - лесной фактор.

Ни один из больных не вакцинирован. Серопротекция иммуноглобулином в титре 1/80 в дозе 3,0 в/м проводилась только в одном случае в первые сутки после укуса клеща.

Ранее прогрессивное течение (в сроке до 6 месяцев от начала заболевания) наблюдалось у 4 больных, в том числе у больного с проведенной серопротекцией. У остальных 12 больных выявлялось позднее прогрессивное течение в сроке от 6 до 13 месяцев от начала заболевания.

Все случаи заболевания подтверждены серологически методом ИФА. Серологическое исследование проводилось всем пациентам не менее трех раз в течение года.

Результаты и их обсуждение

В остром периоде заболевания у 6 больных диагностирована менингеальная форма (МФ) клещевого энцефалита, у 8 — полиомиелитическая форма (ПМФ), в одном случае — менингоэнцефалополиомиелитическая форма (МЭПМФ) и в одном — менингоэнцефалитическая форма (МЭФ).

В остром периоде у больных с МФ наблюдались симптомы инфекционного токсикоза, менингеальные симптомы, общемозговая симптоматика. В дальнейшем при развитии клинической картины прогрессивного течения хронической формы клещевого энцефалита в трех случаях развилась энцефалитическая форма с гиперкинези-

ческим синдромом, в двух случаях — полиомиелитическая форма с передне-роговой патологией на шейном уровне, верифицированной по данным ЭМГ, в одном случае развился синдром БАС.

При ПМФ клещевого энцефалита в остром периоде наблюдались менингеальные симптомы, симптомы инфекционного токсикоза, общемозговая симптоматика и вялые парезы верхних и нижних конечностей разной степени выраженности с переднероговой патологией по данным ЭМГ, лимфоцитоз в ликворе. В дальнейшем у одного пациента развился синдром БАС, у 6 больных произошло нарастание парезов, у одного — развился синдром кожевниковской эпилепсии.

В одном случае у пациента с МЭПМФ с нарушением сознания, цитозом в ликворе и верхним парапарезом, в дальнейшем развился синдром кожевниковской эпилепсии.

У больного с МЭФ острый период характеризовался менингеальными знаками, нарушением сознания и цитозом в ликворе, в последующем развилась полиомиелитическая форма с левосторонним гемипарезом и переднероговой патологией на шейном и поясничном уровнях, верифицированной по данным ЭМГ.

При клинико-серологическом сопоставлении на фоне прогрессивного течения заболевания у 7 пациентов повторно регистрировались иммуноглобулины класса М, исчезнувшие через 1–2 мес после острого периода заболевания; у 9 пациентов произошло четырехкратное нарастание титра иммуноглобулинов класса G.

Таким образом, среди хронических форм наиболее часто встречалась ПМФ — в 9 случаях, в 3 — энцефалитическая с гиперкинетическим синдромом, в 2 — БАС, в 2 — кожевниковская эпилепсия.

Резюме

Наиболее часто хроническая форма развивается из менингеальной и полиомиелитической форм клещевого энцефалита, причем наиболее разнообразные варианты клинического течения клещевого энцефалита наблюдаются при менингеальной форме, перенесенной в остром периоде. Обращает на себя внимание преобладание среди больных хроническим клещевым энцефалитом мужчин, а также достаточно молодой возраст заболевших. Отсутствие вакцинации у всех больных хронической формой позволяет сделать вывод о необходимости вакцинации против клещевого энцефалита для профилактики прогрессивного течения КЭ. Относительно частое развитие прогрессивного течения заболевания в поздние сроки — более 6 месяцев от начала заболевания обуславливает необходимость диспансерного наблюдения больных КЭ в течение не менее 2 лет.

Литература

1. Магазаник С.С., Робинзон И.А. К патогенезу прогрессивных форм клещевого энцефалита// Сб. трудов Ленинградского общества невропатологов и психиатров. Л. — 1966. — С. 38-48.
2. Осинцева Т.С., Осетров А.С., Садыков Т.Т. и др. К вопросу клиники хронических форм клещевого энцефалита// Актуальные проблемы природноочаговых инфекций. Ижевск. — 1998. — С. 209-211 с.
3. Шаповал А.Н. Хронические формы клещевого энцефалита. — Л. — 1976. — 175 с.

ВОЛНОВОЙ ХАРАКТЕР ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ КЛЕЩЕВОМ ЭНЦЕФАЛИТЕ

В.В. Слащев

Вспышки клещевого энцефалита всегда вызывали повышение интереса к этому заболеванию среди медицинских работников. Особенно это актуально для Уральского региона, на который по данным С.С. Магазаник (1962) приходится до 55% всей заболеваемости клещевым энцефалитом по Российской Федерации. В Свердловской области эту проблему начинали изучать М.Г. Польковский, Л.Р. Ларина и Д.Г. Шефер еще в 30-х годах.

Вспышка клещевого энцефалита в Свердловской области 90-х годов является наиболее крупной за все последние годы. При изучении заболеваемости был выявлен волновой характер эпидемического процесса, характеристика которого и будет дана в этой работе.

Анализируя литературные данные по вопросу исследования, можно отметить следующее. Заболеваемость клещевым энцефалитом в течение многих лет увеличивается циклически с периодом от 3–4 до 8–10 лет [5]. Рост заболеваемости находится в прямой связи с количеством клещей в лесах [2, 4]. Большинство авторов объясняют увеличение заболеваемости освоением новых лесных территорий и происходящим при этом контакте неиммунного населения с очагами клещевого энцефалита [2]. Для объяснения роста заболеваемости приводятся и другие причины: улучшение диагностики клещевого энцефалита, прекращение обработки лесов акарицидами [3]. Многими авторами особое значение придается метеорологическим факторам (особенно влажности) при объяснении роста заболеваемости, так как достаточная влажность воздуха и почвы является необходимым условием для жизнедеятельности всех стадий клещей [2]. При анализе кривой заболеваемости возможны две волны ее роста: первая обусловлена увеличением численности взрослых голодных клещей в при-