

DOI: 10.29296/25877305-2018-04-17

ТЯЖЕЛЫЕ ФОРМЫ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ АСТРАХАНСКОЙ РИККЕТСИОЗНОЙ ЛИХОРАДКЕ

В. Василькова, кандидат медицинских наук,
Х. Галимзянов, доктор медицинских наук, профессор,
Б. Кантемирова, доктор медицинских наук,
О. Черенова, кандидат медицинских наук
Астраханский государственный медицинский университет
E-mail: niikipagma@mail.ru

Астраханская риккетсиозная лихорадка – острое трансмиссивное, природно-очаговое заболевание риккетсиозной этиологии. В последнее время с ростом туризма заболевание стало регистрироваться не только в низовьях Волги, но и на других территориях Российской Федерации; изменилась его клиническая симптоматика – появились осложнения и летальные исходы. Это требует повышения бдительности врачей-инфекционистов и специалистов общего профиля.

Ключевые слова: инфекционные болезни, риккетсии, лихорадка, осложнения.

Для цитирования: Василькова В., Галимзянов Х., Кантемирова Б. и др. Тяжелые формы и осложнения при астраханской риккетсиозной лихорадке // Врач. – 2018; 29 (4): 77–80. DOI: 10.29296/25877305-2018-04-17

Астраханская риккетсиозная лихорадка (АРЛ) – острое трансмиссивное, инфекционное заболевание риккетсиозной этиологии, спорадические случаи которого стали регистрироваться на территории Астраханской области (АО) с середины 70-х годов прошлого столетия [1–3]. Первоначально заболевание регистрировалось в южных районах области, там, где находятся основные производственные структуры газоперерабатывающего комплекса, – Красноярский, Наримановский и Приволжский административные центры АО [7, 8]. За последние десятилетия ареал переносчика существенно расширился. В настоящее время заболевание регистрируется на всей территории АО и в ряде областей Российской Федерации вследствие интенсивно развивающейся сферы туризма. Заболевание переносится клещом *R. pumilio*, обильно представленным на территории АО [4, 5, 7]. Клещ поражает не только диких, но и домашних животных, что создает угрозу как для местных жителей, так и для приезжающих в регион туристов, охотников и рыболовов.

С момента открытия (в течение более чем 40 лет) АРЛ имела доброкачественное течение, осложнений

и летальных исходов не наблюдалось [6]. В последние годы характер клинического течения заболевания изменился, появились осложнения (чаще – со стороны почек) и летальные исходы.

Целью нашего исследования было изучить характер и частоту осложнений при АРЛ.

Проведен ретроспективный анализ медицинской документации пациентов, находившихся на стационарном лечении в областной инфекционной клинической больнице (ОИКБ) им. А.М. Ничоги (Астрахань), а также осуществлено динамическое клиничко-лабораторное и инструментальное обследование пациентов с диагнозом АРЛ.

Анализ материалов медицинской документации и клиническое наблюдение пациентов позволяют утверждать, что в последнее время отмечается рост заболеваемости и увеличение тяжелых форм АРЛ. В 2012 г. зарегистрировано 6 (3,6%) случаев тяжелого течения заболевания, в 2013 г. – 14 (5,8%), в 2014 г. – 14 (7,4%), в 2015 г. – 15 (7,0%), в 2016 г. – 5 (2,3%), в 2017 г. – 5 (3,5%) случаев.

Летальность при АРЛ в ОИКБ им. А.М. Ничоги за последние 6 лет составила 1,2% (из 1165 больных умерли 14).

Среди заболевших преобладали лица мужского пола – 32 (59,3%); женщин было 22 (40,7%). Возраст пациентов колебался от 35 лет до 88 лет: до 50 лет – 4, от 51 года до 60 лет – 6 (11,1%), от 61 года до 70 лет – 18 (33,3%), от 71 года до 80 лет – 21 (38,9%); 5 больных были в возрасте старше 80 лет; 44 (81,5%) пациента были старше 60 лет. Средний возраст больных составил 66,7 года.

При тяжелой форме АРЛ чаще наблюдалась поздняя госпитализация больных в стационар (позже 3-го дня) – 42 (77,8%) случая. Только 12 (22,2%) больных были госпитализированы в первые 3 дня болезни, на 4–5-й день – 18 (33,3%), на 6–7-й день – 15 (27,8%), на 8–10-й день – 9 (16,7%). В среднем госпитализация осуществлялась на 7-й день болезни.

Структура и частота осложнений АРЛ

| Структура осложнений | Частота, n (%) |
|---------------------------------------|----------------|
| Пневмония риккетсиозной этиологии | 25 (34,2) |
| Острая дыхательная недостаточность | 30 (41,1) |
| ИТШ | 26 (35,61) |
| ДВС-синдром | 5 (6,9) |
| Токсическая энцефалопатия. Отек мозга | 27 (36,7) |
| Острый риккетсиозный миокардит | 5 (6,9) |
| ОПН | 47 (64,4) |
| Острая печеночная недостаточность | 31 (42,5) |

Примечание. ДВС – диссеминированное внутрисосудистое свертывание; ОПН – острая почечная недостаточность.

Из эпидемиологического анамнеза известно, что укус клеща отметили 23 (42,6%) больных, контакт с клещами – 8 (14,8%); 16 (29,6%) городских жителей отметили пребывание на природе, на дачах. Инкубационный период при АРЛ колебался от нескольких дней до 1 мес. Первым признаком болезни являлся первичный аффект, который формировался на месте присасывания клеща.

Клиническая картина АРЛ характеризовалась типичными симптомами. Однако при тяжелой форме болезни эти симптомы были максимально выражены. Лихорадка наблюдалась у всех больных и, как правило, была высокой. Повышение температуры тела от 38 до 39°C было отмечено у 11 (20,4%) больных; от 39,1 до 40°C – у 35 (64,8%); выше 40°C (до 41°C) – у 8 (14,8%). Средняя продолжительность лихорадки у больных с тяжелой формой АРЛ составила 9,8 дня.

Кожная сыпь появлялась на 2–5-й день болезни. Высыпания сопровождалась подъемом температуры и усилением симптомов интоксикации. Сыпь была симметричного, распространенного характера, с локализацией на туловище, конечностях, у части больных – на ладонях и подошвах. Ее исчезновение с образованием пигментации отмечено на 6–9-й день болезни.

В начальном периоде болезни наблюдались симптомы интоксикации. Для всех больных были характерны выраженная слабость, головная боль, снижение аппетита, нарушение сна. Мышечные боли, особенно в икроножных мышцах, отмечены у 47 (87%) больных. У ряда пациентов из-за сильных болей в мышцах нижних конечностей наблюдалась специфическая («обезьянья») походка (на полусогнутых ногах); артралгии – у 42 (77,8%) больных. У 33 (61,1%) обследованных наблюдалась тошнота, у 25 (46,3%) – рвота; у 9 (16,7%) – диарея; у 39 (72,2%) – выраженный склероконъюнктивит.

В разгар болезни все симптомы достигали наивысшего развития, выявлялись нарушения со стороны ряда органов и систем.

У 21 (38,9%) больного отмечены кашель, одышка. В 19 (35,2%) случаях диагностирована пневмония, подтвержденная рентгенологически. Нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы наблюдались у большинства обследованных: тахикардия – у 46 (85,2%), гипотония – у 32 (59,3%). Инфекционно-токсический шок (ИТШ) развился у 18 (33,3%) больных. Изменения на ЭКГ зафиксированы у 25 (46,3%) пациентов.

У 40 (74,1%) больных выявлено увеличение печени, у 19 (35,2%) – селезенки. Желтуха наблюдалась у 31 (57,4%) больного.

У 41 (75,9%) обследованного с тяжелой формой АРЛ выявлены изменения со стороны почек. Отмечались боли в поясничной области, положительный симптом Пастернацкого – у 19 (35,2%), олигурия – у 32 (59,3%), анурия – у 13 (24,1%) больных.

Поражение центральной нервной системы (ЦНС) выявлены у 36 (66,7%) больных — они были вялыми, адинамичными, заторможенными, с трудом отвечали на вопросы, периодически отмечалась некоторая неадекватность. У 18 (33,3%) пациентов заболевание осложнилось токсической энцефалопатией: отмечалось нарушение сознания, вплоть до развития комы. В единичных случаях больным проводилась спинномозговая пункция — изменений в цереброспинальной жидкости не выявлено.

С патогенетической точки зрения основной причиной возникновения осложнений явилось нарушение деятельности ЦНС и сердечно-сосудистой системы с последующим развитием полиорганной недостаточности [9]. Частота и характер возникших осложнений представлены в таблице.

Наиболее часто встречаемое осложнение АРЛ — это ОПН, причиной возникновения которой является расстройство системного кровообращения. Клиническая симптоматика ОПН была обусловлена уменьшением или полным прекращением мочеиспускания и характеризовалась гиперазотемией, нарушением кислотно-основного состояния и водно-электролитного баланса. Накопление азотистых шлаков приводило к нарушению деятельности ЦНС, проявляющейся энцефалопатией различной степени выраженности. При осложненных формах в 64,4% случаев мы наблюдали резкое уменьшение диуреза (от 100 мл/сут до полного прекращения). Больные жаловались на боли в животе, пояснице, жажду, тошноту, повторную рвоту. При исследовании общего анализа мочи отмечалось резкое снижение ее относительной плотности, в осадке мочи обнаруживали эритроциты, белок, зернистые цилиндры, лейкоциты. У больных возникала гипокалиемия, вследствие чего наблюдались боли в сердце, нарушение сердечного ритма, изменения на ЭКГ.

Приводим наблюдение.

Больная П., 65 лет, поступила в ОИКБ 08.06.17 с направительным диагнозом АРЛ на 10-й день болезни.

При поступлении жалобы на высокую температуру, головную боль, общую слабость, боли в суставах, сыпь на коже, боли в поясничной области, тошноту. Из анамнеза: больна с 29.05.17 — температура тела постепенно повысилась с 37,5 до 39°C, присоединились выраженная головная боль, боли в суставах и мышцах, нарушение сна. На 5-й день болезни на туловище и конечностях появились обильные высыпания. Эпидемиология — работала на дачном участке, укусы клеща не отрицает. Объективно — состояние тяжелое, выраженные явления интоксикации. Акроцианоз. Обильная розеолезно-папулезная сыпь на коже туловища, верхних и нижних конечностях. Геморрагическая сыпь на кистях, предплечьях, в

области голеней и стоп. Гематомы в местах инъекций. В легких — ослабленное дыхание, сухие хрипы. Пульс — 86 в минуту, АД — 110/85 мм рт. ст. Гепатомегалия. Диурез снижен. Большая заторможена, адинамична. Менингеальные симптомы отрицательные.

Лабораторные данные: общий анализ крови (10-й день болезни): эр. — $4,68 \cdot 10^{12}/л$, Hb — 164 г/л; цв. показатели — 1,0; л. — $10,8 \cdot 10^9/л$, п. 6%, с. — 66%, лимф. — 30%, мон. 4%; тромбоцит. — $133,6 \cdot 10^9/л$, СОЭ — 12 мм/ч. Общий анализ мочи — протеинурия, лейкоциты — 5–6 в поле зрения, цилиндрурия. Креатинин крови (10-й день болезни) — 336,4 мкмоль/л, мочевина крови — 19,2 мкмоль/л.

Тяжесть состояния характеризовалась выраженной интоксикацией, а снижение диуреза было обусловлено преренальными причинами. Больная переведена в отделение интенсивной терапии с клиническим диагнозом: АРЛ, тяжелое течение (клинические и эпидемиологические проявления; полимерная цепная реакция — положительная). Осложнение — ОПН.

После проведенной интенсивной терапии состояние больной стабилизировалось, клинические симптомы развившегося осложнения регрессировали. Выписана с выздоровлением, в удовлетворительном состоянии на 17-й день болезни.

Таким образом, проведенное нами исследование демонстрирует большую частоту встречаемости на современном этапе тяжелых форм и осложнений АРЛ, что диктует необходимость формирования клинической настороженности врачей для ранней диагностики данного риккетсиоза, своевременной госпитализации пациентов и проведения эффективной и действенной медицинской помощи.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Литература

- Бедлинская Н.Р., Галимзянов Х.М., Лазарева Е.Н. и др. Клиническое течение Астраханской риккетсиозной лихорадки в зависимости от наличия тромбогеморрагического синдрома // Инфекционные болезни. — 2016; 14 (S1): 31.
- Галимзянов Х.М., Малеев В.В., Черенов И.В. и др. Дифференциальная диагностика Крымской геморрагической лихорадки и Астраханской риккетсиозной лихорадки // Инфекционные болезни. — 2006; 4 (1): 67–70.
- Галимзянов Х.М. Астраханская риккетсиозная лихорадка. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Астрахань: Астраханская государственная медицинская академия, 1997.
- Карпенко С.Ф., Галимзянов Х.М., Касимова Н.Б. и др. Сравнительная характеристика клинических проявлений и нейтрофильной защиты при коксиеллезе и Астраханской риккетсиозной лихорадке // Астраханский мед. журн. — 2010; 5 (4): 37–41.
- Касимова Н.Б. Клинико-патогенетические и иммуногенетические аспекты Астраханской риккетсиозной лихорадки. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Астрахань, 2004; 45 с.

6. Лазарева Е.Н., Галимзянов Х.М., Малеев В.В. Клинико-лабораторные критерии дифференциальной диагностики сезонных лихорадок в Астраханской области // Инфекционные болезни. – 2015; 13 (2): 30–8.

7. Малеев В.В., Степанов А.В., Тарасевич И.В. и др. Клинико-эпидемиологические особенности средиземноморской лихорадки в Астраханской области // Тер. арх. – 1998; 11: 6.

8. Малеев В.В., Шерышева Ю.В., Касимова Н.Б. и др. Современные представления об Астраханской риккетсиозной лихорадке и ее лечении // Инфекционные болезни. – 2006; 4 (4): 43–9.

9. Шайхуллина Л.Р., Хунафина Д.Х., Мурзабаева Р.Т. и др. Принципы терапии неотложных состояний при инфекционных заболеваниях // Вестн. Башкирского ГМУ. – 2013; 4: 14–8.

SEVERE FORMS OF AND COMPLICATIONS DUE TO ASTRAKHAN RICKETTSIAL FEVER

V. Vasilkova, Candidate of Medical Sciences; Professor **Kh. Galimzyanov**, MD; **B. Kantemirova**, MD; **O. Cherenova**, Candidate of Medical Sciences
Astrakhan State Medical University

Astrakhan rickettsial fever is an acute transmissible, natural focal disease caused by Rickettsia. With a growth of tourism in recent years, the disease has begun to be registered not only in the lower reaches of the Volga River, but also in other areas of the Russian Federation; its clinical symptoms have changed – complications and fatal outcomes have appeared. This requires the higher vigilance of infectiologists and general practitioners.

Key words: infectious diseases, Rickettsia, fever, complication.

For citation: Vasilkova V., Galimzyanov Kh., Kantemirova B. et al. Severe forms of and complications due to Astrakhan rickettsial fever // Vrach. – 2018; 29 (4): 77–80. DOI: 10.29296/25877305-2018-04-17