

А. И. Гаманович, Г. А. Пискун, Е. А. Хорова, К. З. Руцкая

СЛУЧАИ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

ГУ «1134 военный клинический медицинский центр
Вооруженных Сил Республики Беларусь» г. Гродно

Случаи, клещевого энцефалита, часто имеют нетипичные характеристики, которые у практического врача вызывают трудности в постановке диагноза. Очевидна опасность ошибочной диагностики у таких пациентов, учитывая тяжесть и возможные фатальные последствия. При этом высокотехнологические методы нейровизуализации могут быть малоэффективны. Между тем, правильно и вовремя поставленный клинический диагноз, основанный на мультидисциплинарном подходе к тактике ведения пациента, существенно влияет на положительный исход заболевания. Авторы статьи делятся опытом с коллегами о том, каким путём удалось прийти к диагнозу. Представлены клинические случаи клещевого энцефалита, протекающие под масками острой респираторной инфекции, гастроэнтерита и психотического расстройства.

Ключевые слова: клещевой энцефалит, случай из практики.

A. I. Hamanovich, G. A. Piskun, E. A. Khorova, K. Z. Rutskaya

CASES OF TICK ENCEPHALITIS IN MILITARY SERVANTS

Cases of tick-borne encephalitis often have atypical characteristics that make it difficult for a practitioner to make a diagnosis. The risk of misdiagnosis in such patients is obvious, given the severity and possible fatal consequences. In this case, high-tech methods of neuroimaging may be ineffective.

Meanwhile, the correct and timely clinical diagnosis based on a multidisciplinary approach to patient management tactics significantly affects the positive outcome of the disease. The authors of the article share their experience with colleagues about how they managed to arrive at a diagnosis. Clinical cases of tick-borne encephalitis occurring under the masks of acute respiratory infection, gastroenteritis and psychotic disorder are presented.

Key words: tick-borne encephalitis, case study.

Клещевой энцефалит (КЭ) – острое, реже хроническое инфекционное заболевание вирусной этиологии, с трансмиссивным путем передачи, протекающее в различных клинических формах, с преимущественным поражением центральной и периферической нервной системы. Возбудитель – арбовирус семейства *Flaviviridae*.

Из общего числа заболевших КЭ до 70% больных составляют жители сельской местности. Присасывание клещей на человека происходит в большинстве случаев в лесу [1]. Однако, в настоящее время клещи атакуют людей не только в лесных массивах, но и в городской черте. Трудности с диагностикой КЭ на сегодняшний день в том, что до 40% пациентов с клещевой патологией не указывают на эпизод снятия с себя клеща, а также ввиду того, что сезонность данной патологии простирается не только на весеннее – летний период, а на позднюю осень и даже раннюю зиму.

Инкубационный период при первичном инфицировании составляет 8–23 дня (чаще 10–12 дней). Изредка наблюдаются продромы: общая слабость, недомогание, головная боль, тошнота, нарушения сна. Отмечаются не стойкие симптомы: слабость в конечностях, мышцах шеи, онемение кожи лица и шеи.

Между тем, клинические проявления КЭ многообразны, течение отличается значительной вариабельностью, что существенно затрудняет своевременную диагностику заболевания. Болезнь начинается остро, с озноба и повышения температуры тела до 38–40 °С, лихорадка длится от 2 до 10 дней. Заболевание манифестирует общеинфекционной симптоматикой, астенизацией, цефалгическим синдромом. Нередко в дебюте болезни возникает угнетение сознания, усиление которого может достигать степени комы, обычно характерна разной степени оглушенность. Тем не менее, болезнь часто протекает в легких, стертых формах с коротким лихорадочным периодом.

Клинически особый вариант развития острой инфекции представляет КЭ с двухволновым течением. Первая лихора-

дочная волна продолжается 3–7 дней, характеризуется легким течением. Отмечаются слабовыраженные оболочечные симптомы без поражения черепно-мозговых нервов. Изменения в ликворе не определяются. На фоне интоксикации отмечаются вегетативные расстройства. В периферической крови – лейкопения и увеличенная СОЭ. За первой волной следует период апиреksии, длящийся 7–14 дней. Вторая лихорадочная волна возникает в 10–50% случаев и начинается так же остро, как и первая, температура тела поднимается до высоких значений.

Учитывая выраженность и стойкость неврологических симптомов, выделяют следующие основные клинические формы болезни: общеинфекционную (лихорадочную), менингеальную, менингоэнцефалитическую, менингоэнцефалополлиомиелитическую, полирадикулоневритическую.

Общеинфекционная форма болезни характеризуется благоприятным течением с быстрым выздоровлением. Продолжительность лихорадки 3–5 дней. Основными клиническими признаками ее являются токсико-инфекционные проявления: головная боль, слабость, тошнота при слабовыраженной неврологической симптоматике. Показатели ликвора без отклонения от нормы.

Менингеальная форма является наиболее частым проявлением КЭ [2, 3]. Доминирует цефалгический синдром, усиливающийся при малейшем движении головы, характерны вестибулярные и диспепсические (тошнота, однократная или многократная рвота) расстройства, боли при движении глаз, светобоязнь, оглушение. Определяются ригидность мышц затылка, симптомы Кернига и Брудзинского. Менингеальные симптомы сохраняются на протяжении всего лихорадочного периода, иногда проявляясь и при нормальной температуре. В ликворе определяется умеренное повышение содержания лимфоцитов, повышение концентрации белка. Внутричерепное давление повышено. Изменения в спинномозговой

жидкости, возникшие в остром периоде болезни, могут сохраняться длительное время, даже в период выздоровления. Длительность лихорадки – 7–14 дней. Исход всегда благоприятный.

Менингоэнцефалитическая форма протекает тяжело и дает летальность в отдельных странах Западной Европы 0,5–1,5%. В клинической картине преобладают нарушение сознания (легкое оглушение), цефалгический и менингеальный синдромы. Выражены ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига и Брудзинского. Нередко наблюдаются бред, галлюцинации, психомоторное возбуждение с утратой ориентировки в месте и времени, эпилептиформные приступы. Судорожный синдром может повторяться несколько раз в сутки, иногда развивается эпилептический статус. Позднее может развиваться кожевниковская эпилепсия, когда на фоне постоянного гиперкинеза развиваются общие эпилептические приступы с потерей сознания. Характерно появление гемипарезов, подкорковых гиперкинезов, стволовых расстройств, а также очаговых поражений черепных нервов: III, IV, V, VI, VII, IX, X, XI и XII пар. При исследовании спинномозговой жидкости в остром периоде отмечается лимфоцитоз и повышенное содержание белка. Таким образом, при тяжелой менингоэнцефалитической форме болезни, ведущие очаговые симптомы поражения ЦНС выявляются на фоне общемозговых и токсико-инфекционных проявлений. Период выздоровления длится до 2 лет. Резвившиеся атрофические параличи мышц восстанавливаются частично.

Менингоэнцефаломиелитическая форма характеризуется ранним, на 3–4 день болезни развитием вялых симметричных парезов мышц шеи, туловища, верхних конечностей на фоне общетоксических и менингеальных явлений. Реже в процесс вовлекаются межреберные мышцы, мускулатура диафрагмы и нижних конечностей. Больной не способен удержать голову в вертикальном положении, отсутствуют движения в руках. В дальнейшем развивается выраженная атрофия отдельных групп мышц плечевого пояса, груди, конечностей [4, 5].

Своевременное лечение в стационарных условиях является наиболее эффективным и помогает избежать ряда тяжелых последствий. Этиотропная терапия включает введение человеческого иммуноглобулина. Назначается дезинтоксикационная и симптоматическая терапия (жаропонижающие, противосудорожные и т. д.). Экстренную профилактику иммуноглобулином против вируса клещевого энцефалита следует проводить как можно раньше, лучше – в первые сутки.

Для иллюстрации приводим собственные клинические наблюдения

Пациент К. мужчина 19 лет. При поступлении в инфекционное отделение предъявлял жалобы на сильную распирающую головную боль в лобно-височной области, тошноту и рвоту до 15–20 раз в сутки, не приносящую облегчения, озноб с лихорадкой до 39,5 °С, выраженную общую слабость, отсутствие аппетита. Считает себя больным в течение суток. В анамнезе был укус клеща 1,5 месяца назад. При поступлении – общее состояние средней степени тяжести. Общесоматический статус без отклонений от нормы, кроме синусовой тахикардии до 90 в минуту на фоне гипертермии. Неврологический статус: легкое оглушение, черепные нервы без патологии. Сила сохранена, гипотрофии нет. Сухожильно-периостальные рефлексы с рук и ног без четкой разницы сторон, координаторные пробы выполняет удовлетворительно, гиперестезия кожных покровов, ригидность затылочных мышц, офтальмотригеминальный симптом Лобзина – положительный. Общеклинический анализ крови: СОЭ 24 мм/ч, остальные показатели в пределах нормы. Биохимический анализ крови в пределах нормы, положительная реакция на С-реактивный белок. Люмбальная пункция и анализ ликвора: белок – 1,0 г/л, реакция

Панди – (++), глюкоза – 3,39 ммоль/л, цитоз – $117,6 \times 10^6$ /л, лимфоциты – 75%. Рентгенография органов грудной клетки и придаточных пазух носа – без патологии. Данные ЭКГ и ультразвукового исследования внутренних органов без патологических изменений. ПЦР ликвора на ДНК HSV 1,2 типа от – не выделена. ИФА ликвора на антигены энтеровирусам и JgM к энтеровирусам – отрицательные. ИФА крови на JgM к энтеровирусам – отрицательный. ИФА крови на суммарные антитела к возбудителю Лайм-боррелиоза – не выявлены. Выполнена ИФА крови на клещевой энцефалит – выявлены JgM и JgG к возбудителю вирусного клещевого энцефалита. Выставлен окончательный диагноз: «Клещевой энцефалит, менингеальная форма, среднетяжелое течение». После проведенного лечения наступило выздоровление.

Пациент Т. мужчина, 19 лет. Поступил в инфекционное отделение с жалобами на тошноту, четырех кратную рвоту, головную боль. Считает себя больным около суток. В анамнезе за 10 суток до госпитализации был укус клеща. При поступлении температура тела 38,0 °С. Общее состояние удовлетворительное. В общесоматическом статусе все показатели в пределах нормы, кроме синусовой тахикардии на фоне гипертермии. В неврологическом статусе очаговой и общемозговой симптоматики не выявлено. На следующий день после госпитализации у пациента усилилась головная боль температура тела повысилась до 38,3 °С. Выявлена ригидность затылочных мышц. Анализ ликвора: белок – 0,3 г/л, глюкоза – 3,3 ммоль/л, цитоз – $3,96 \times 10^6$ /л. Через сутки жалобы на головную боль усилились, сохранялась гипертермия до 39 °С, выраженная ригидность затылочных мышц. Выполнена повторно люмбальная пункция: белок – 1,0 г/л, глюкоза – 2,8 ммоль/л, цитоз – $60,4 \times 10^6$ /л, лимфоциты – 55%, нейтрофилы – 42%. Рентгенография органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости и почек, ЭКГ и МРТ головного мозга – без патологии. Общеклинический анализ крови: лейкоцитоз до $14,5 \times 10^9$ /л, палочкоядерные – 15%, СОЭ – 16 мм/ч. Биохимический анализ крови и коагулограмма в пределах нормы. Бактериологический посев – патогенных микробов кишечной группы не выделено. ПЦР ликвора на ДНК HSV 1,2 типа – не выделена. ПЦР ликвора на туберкулёз – ДНК микобактерий туберкулеза не обнаружена. ИФА ликвора на антигены энтеровирусам и JgM к энтеровирусам от соответственно – отрицательные. ИФА крови на суммарные антитела к возбудителю Лайм-боррелиоза – не выявлены. ИФА крови на клещевой энцефалит – выявлены JgM и JgG к возбудителю вирусного клещевого энцефалита. Выставлен диагноз: «Клещевой энцефалит, менингеальная форма, среднетяжелое течение (подтверждено методом ИФА)». На седьмые сутки на фоне проводимого лечения: режим, диета, цефтриаксон, ацикловир, дексаметазон, дезинтоксикационная и симптоматическая терапия – состояние улучшилось. Уменьшились проявления инфекционно-токсического и менингеального симптомокомплекса. На 18-е сутки возникла легкое онемение левой щеки, на следующий день появилась слабость в левой половине лица, невозможность закрыть левый глаз, боль в области левого плеча и слабость в пальцах левой кисти. В неврологическом статусе: левосторонний легкий периферический прозопарез, снижен глоточный рефлекс, сухожильно-периостальные рефлексы с рук S > D, рефлекс Якобсона-Ласка слева, снижена сила в разгибателях I–III пальцев левой кисти до 2-х баллов, менингеальные симптомы не вызываются. Окончательный диагноз «Клещевой энцефалит, менингоэнцефаломиелитическая форма. Умеренный периферический прозопарез слева, смешанный умеренный дистальный парез разгибателей левой кисти». Проведено лечение: метаболическая терапия, лечебная физкультура, электростимуляция. На фоне терапевтических мероприятий прозопарез и парез разгибателей левой кисти регрессировали полностью через 4-е месяца. Таким

образом, у данного пациента имело место, двухфазное течение заболевания.

Пациент К., мужчина, 34 года. При поступлении в инфекционное отделение предъявлял жалобы на озноб, сильную головную боль в лобно-височной области при малейших движениях головой, выраженную общую слабость, чувство ломоты, гипертермию до 38 °С, першение в горле. Из анамнеза – заболел остро, в течение пяти суток была фебрильная лихорадка, лечился амбулаторно цефтриаксоном. Наступило улучшение. Через семь суток после улучшения вновь возникла субфебрильная температура и головная боль. За одиннадцать дней до лихорадки был укус клеща. Общесоматический и неврологический статусы без отклонений от нормы. Общеклинический анализы крови и мочи, биохимический анализ крови и коагулограмма, ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки, придаточных пазух носа, УЗИ органов брюшной полости, МРТ головного мозга – без патологии. В связи с сохраняющейся головной болью и периодической фебрильной лихорадкой проведена люмбальная пункция: белок – 0,7 г/л, Панди – (+), глюкоза – 3,3 ммоль/л, цитоз – $9,6 \times 10^6$ /л. ПЦР ликвора на ДНК HSV 1,2 типа, на ДНК МБТ – отрицательная. ИФА ликвора на антигены энтеровирусам и Jg M к энтеровирусам – отрицательные. ИФА крови на суммарные антитела к возбудителю Лайм-боррелиоза – не выявлены. ИФА крови на клещевой энцефалит – выявлены JgM и Jg G к возбудителю вирусного клещевого энцефалита. Диагноз: «Клещевой энцефалит, менингеальная форма, среднетяжёлое течение». На фоне проводимого лечения наступило выздоровление.

Пациент С., мужчина, 22 года. Заболел остро, утром появилась общая слабость сонливость головная боль. Вечером температура повысилась до 38 °С, принимал жаропонижающие. Утром на следующий день проснулся в спутанном сознании, не смог отвечать на простые вопросы, был дезориентирован в месте и времени, возбужден, агрессивен. Доставлен в приемное отделение стационара. Общесоматический и неврологический статусы без отклонений от нормы. Общеклинический анализы крови и мочи, биохимический анализ

крови и коагулограмма в пределах нормы, за исключением лейкоцитоза до $10,6 \times 10^9$ /л, СРБ – 22, фибриноген – 5,0. ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки, МРТ и КТ головного мозга – без патологии. Анализ мочи на наличие наркотических, психотропных и токсических веществ, а также кровь на алкоголь отрицательные. Выполнена люмбальная пункция: белок – 0,72 г/л, глюкоза – 3,28 ммоль/л, цитоз – $18,0 \times 10^6$ /л (лимфоцитарный), Панди+. ИФА крови на клещевой энцефалит – выявлены JgM к возбудителю вирусного клещевого энцефалита. Диагноз: «Клещевой энцефалит, менингоэнцефалитическая форма, среднетяжёлое течение». После проведенного лечения пациент выписан с выздоровлением.

Таким образом, течение клещевого энцефалита под маской острой респираторной инфекции, гастроэнтерита или психического расстройства, а также прогрессивности заболевания – требуют в каждом конкретном случае инфекционной патологии быть настороженным в отношении общемозговой и очаговой неврологической симптоматики, в сомнительных случаях необходимо проводить анализ спинномозговой жидкости, бактериологическое и вирусологическое исследование крови.

Литература

1. *Клещевые инфекции в Беларуси (клещевой энцефалит, клещевой боррелиоз): учебно-методическое пособие для студентов лечебного, педиатрического, медико-психологического, медико-диагностического факультетов и врачей / В. М. Цыркунов [и др.] – Гродно : ГрГМУ, 2009. – 72 с.*
2. *Шаповал, А. Н. Клещевой энцефаломиеелит / А. Н. Шаповал. – Л.: Медицина, 1980. – 256 с.*
3. *Руководство по инфекционным болезням / под редакцией чл. – корр. РАМН, проф. Ю. В. Лобзина 2003 г. Санкт – Петербург «Фолиант».*
4. *Полный справочник инфекциониста / под редакцией чл. – корр. РАЕ и РЭА, проф. Елисеева Ю. Ю. 2007 г. Москва – «Эксмо».*
5. *Штульман, Д. Р. Справочник практ. врача / Д. Р. Штульман, О. С. Левин. – 4-е изд., перераб. и доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – 944 с.*