

Вафакулов С.Х.,
Ярмухамедова Н.А.,
Ярмухамедова М.К.,
Вафакулова Г.С.

**ПРОБЛЕМА РИККЕТСИОЗОВ В УЗБЕКИСТАНЕ
И ИХ ИЗУЧЕНИЕ**
Самаркандский государственный медицинский институт

Риккетсиозы являются важной проблемой инфекционной патологии человека, передаваемых иксодовыми клещами. Одним из ярких представителей этой инфекции является клещевой тиф, активные эндемические очаги которого распространены в азиатской части Российской Федерации и неуклонно увеличиваются в последние годы. Доказано, что из группы инфекционных заболеваний, на долю которых приходится 35% случаев лихорадки неясного генеза, особое значение отводится риккетсиозам.

По данным ученых Узбекского научно-исследовательского ветеринарного института на территории Самаркандской области выявлено 26 видов экто- и эндопаразитов, среди которых имеются переносчики различных трансмиссивных заболеваний, в частности клещевого сыпного тифа (Рузимурадов А., 2008). Распространение переносчиков чаще всего было обнаружено у крупного рогатого скота.

Сходство риккетсиозов со многими инфекционными заболеваниями, отсутствие четко выраженных характерных симптомов, а также недостаточная информации о клинике этих заболеваний привели к тому, что данное заболевание в нашем регионе почти не изучено.

В настоящее время в диагностике различных заболеваний широко используется метод иммуноферментного анализа, считающийся одним из наиболее достоверных методов исследования, преимуществом которого является высокая чувствительность и специфичность. Однако работ посвященных использованию иммуноферментного анализа для диагностики клещевого тифа до сих пор не было.

Целью настоящего исследования явилось изучение клиники клещевого тифа с использованием метода иммуноферментного анализа.

Материалы и методы исследования: нами были проанализированы 396 больных с лихорадкой 5 и более дней. Исследование проводилось в период с 2004 - 2007 годы, в инфекционных стационарах города Самарканда и Самаркандской области (Тайлакского, Джамбайского, Булунгурского, Ургутского районов). Для уточнения диагноза этим больным наряду с общеклиническими, биохимическими, бактериологическими и серологическими методами исследования, проведен иммуноферментный анализ для выявления специфических иммуноглобулинов класса М к группе клещевых пятнистых лихорадок, а именно к клещевому тифу (*R. Sibirica*). Основываясь на результатах проведенных нами исследований методом ИФА из 396 больных, находившихся под наблюдением у 80 (9,5%) был установлен диагноз клещевой тиф. У всех этих больных, нами проведено детальное исследование анамнеза больных, характера лихорадки, а также объективного статуса пациента, включающего анализ состояния кожных покровов, наличия регионарного лимфаденита, изменения со стороны органов дыхания, кровообращения, пищеварения, мочевыделения, нервной системы с акцентом на выявление специфических симптомов для той или иной патологии.

Результаты исследования: так из анамнеза, у 64 (80,0%) больных клещевым тифом заболевание началось остро, в виде общей интоксикации, повышения температуры тела, озноба, головной боли, болей в мышцах и суставах, недомогания, быстрой утомляемости. У 16 (20,0%) больных начало болезни было постепенным. При поступлении в стационар больные жаловались на повышение температуры – у 80 лиц (100,0%), озноб и чувство жара – у 47 (58,6%), общую слабость и вялость у 80 (100,0%), головную боль - у 72 (90,0%), снижение аппетита – у 78 (97,5%) больных. Наблюдение за характером лихорадки, являющегося одним из основных симптомов клещевого тифа и причин госпитализации больных в стационар, позволило выделить ряд типов температурных кривых.

Высота лихорадки существенный симптом при данной патологии. Так субфебрильная температура отмечалась в 36 (45,0%) случаях, умеренная лихорадка – в 21 (26,2%) и высокая лихорадка – в 23 (28,8%) случаях. Средняя продолжительность лихорадки у наблюдаемых больных составила $16,05 \pm 2,7$ дней, с колебаниями от 2 до 35 дней. Снижение температуры происходило постепенно (литически), укороченным лизисом или критически. В период разгара заболевания на фоне повышенной температуры больных продолжали беспокоить головная боль - в 78 случаях (97,5%), общая слабость – в 40 (50,0%), головокружение - у 10 (12,5%) больных,

боль в мышцах - у 35 (43,8%), суставах - у 21 (26,3%), ломота в теле - у 47 (58,8%) больных и нарушение сна в виде бессонницы у 28 (35,0%), снижение аппетита - у 78 (97,5 %), тошнота и рвота - у 15 (18,8 %) больных.

Кожные покровы и слизистые были бледные у 38 (47,5%) больных. Гиперемия мягкого неба, язычка и миндалин обнаружены у 19 (23,8%) больных, а сочетание гиперемии кожи туловища, конечностей, лица и инъекцией склер. Сыпь наиболее постоянный признак клещевого тифа, однако некоторые авторы указывали на ее отсутствие у больных [35]. В наших наблюдениях, элементы сыпи розеолезного и геморрагического характера выявлены лишь у 5 больных, что составило всего 6,3% от общего числа больных. Сроки появления сыпи были различными, сыпь, у всех больных, появлялась на 2-5 день заболевания. Нами были выявлены геморрагические элементы у 2-х (2,5%) больных с тяжелым течением заболевания. Сыпь наблюдалась в течение 4-5 дней, и длительно сохранялась в области нижних конечностей. На 6-7 день сыпь переходила в стадию пигментации, сыпь располагалась на неизменном фоне кожи.

Регионарный лимфаденит сохранялся, в течение всего острого периода заболевания и постепенно уменьшаясь в размерах с момента нормализации температуры. При анализе локализации лимфаденита преимущественное поражение отмечено подчелюстных лимфатических узлов - в 22 (27,5%) случаях, у 8 (10,0%) больных - заднешейных лимфатических узлов, в 4 (5,0%) случаях - затылочных лимфатических узлов. У 6 (7,5%) больных выявлялся генерализованный лимфаденит с одновременным увеличением шейных, подмышечных и паховых лимфоузлов до 1,5-2,0 см, безболезненных при пальпации. Поражения верхних отделов дыхательной системы проявлялись жалобами больных на боли в горле, сухой кашель 7 (16,3%), катаральные явления и выявлены у 19 (23,8%) больных. При осмотре у 54 (67,5%) больных в легких выслушивали жесткое дыхание и единичные сухие хрипы и у 7 (8,8%) больных были обнаружены изменения характерные для пневмонии. Изменения со стороны сердечно-сосудистой системы были выраженными, особенно в разгар заболевания. Обращали на себя внимание: тахикардия у 74 больных (92,5%), тогда как согласно литературным данным, тахикардия отмечается достаточно редко - в 11,3% случаев и имеет место у больных с тяжелым течением болезни, в дальнейшем она у большинства сменяется брадикардией. Брадикардия в наших наблюдениях не выявлена. Повышение артериального давления выявлено только у 1 (1,3%) больного, в то же время гипотензия имела место у 31 (38,8 %) больного. Поражение миокарда при клещевом тифе отмечалось у 62,2%. Нами было выявлено у 78 (97,5%) больных приглушение сердечных тонов, систолический шум на верхушке.

У 38 (47,5%) больных наблюдалось расстройство стула, из них у 21 (26,3%) запоры в течение 3-4 дней и у 25 (31,5%) кратковременная диарея. В этот же период больных беспокоили тошнота и рвота у 15 (18,8%). При объективном осмотре выявлены: умеренная обложенность языка (характер налета от белого до грязно – коричневого) - у 79 (98,0%), увеличение печени у 51 (63,8%) больных. Изменений со стороны мочевыделительной системы у большинства больных клинически не отмечалось. Только лишь у одного больного отмечались жалобы на боли в пояснице и слабо положительный симптом Пастернацкого с обеих сторон и выявлена умеренная кратковременная лейкоцитурия.

Ведущим признаком поражения центральной нервной системы в разгаре заболевания была головная боль у 78 больных (97,5%), при этом в большинстве случаев головная боль носила распространенный характер – у 73 (91,3 %), характер боли при этом был различный. Так у 31 (38,8%) боль была пульсирующая, тупая в 22 (27,5%) случаях, приступообразная у 11 (13,8%) и постоянная у 9 (13,8%) больных. И в лишь некоторых случаях боль локализовалась в височных 3 (3,8%) и лобных 2 (2,5%) областях. Вторым по частоте признаком поражения центральной нервной системы было нарушение сна проявляющееся в виде бессонницы у 28 (35%) больных. Кроме того, 14 (17,5%) больных жаловались на повышенную утомляемость. При тяжелом течении у 2 (2,5%) больных отмечалась заторможенность, у 2 (2,5%) были выявлены менингеальные знаки в виде ригидности затылочных мышц и положительные симптомы Кернига и верхний Брудзинского. У этих больных исследован ликвор и установлен диагноз серозный менингит.

Вышеперечисленные симптомы поражения систем и органов носили переходящий характер и ярко проявлялись в период разгара болезни на фоне повышенной температуры тела. При снижении температуры, наступала нормализация состояния. У трети больных (23,8%) в пери-

од ближайшей и отдаленной реконвалесценции, имел место астеновегетативный синдром (общая слабость, недомогание, быстрая утомляемость, снижение трудоспособности).

В остром периоде болезни картина крови была проанализирована у 80 больных. При изучении состояния периферической крови оценивали изменения, главным образом, со стороны красной кровяной части, лейкограммы и СОЭ. В периферической крови выявлены: анемия – у 79 (98,75%) больных, лейкоцитоз – у 9 (11,25%), в 19 (23,75%) случаях лимфоцитоз и эозинофилия - в 27,5 % случаев. Скорость оседания эритроцитов в течение болезни была повышена у 40 % больных.

Учитывая схожесть клинических симптомов таких лихорадочных заболеваний как брюшной тиф и бруцеллез нами проведен анализ частоты встречаемости основных клинических критериев характерных для клещевого тифа (КТ) брюшного тифа (БТ) и бруцеллеза (БР), для определения их дифференциально-диагностической значимости по конкретному заболеванию.

Данные анамнеза показали, что острое начало заболевания встречалось в $80,0 \pm 5,5\%$ случаев при КТ, что оказалось значительно чаще по сравнению с БТ $20,0 \pm 0,0\%$ ($P < 0,001$) и вполне сопоставимо с БР - $77,1 \pm 9,9\%$ ($P > 0,5$). Постепенное начало КСТ наблюдалось у $20,0 \pm 5,5\%$ больных, чего не наблюдалось при БТ - $80,0 \pm 0,0\%$ ($P < 0,001$), но являлось характерным для БР - $22,9 \pm 9,9\%$ ($P > 0,5$).

Проведенный анализ частоты встречаемости показал что, бледность кожных покровов у больных КСТ - $43,7 \pm 5,5\%$ не имел ощутимой разницы у больных с БР $68,1 \pm 9,9\%$ ($P > 0,1$), превышая при этом показатели в группе БТ - $100,0 \pm 0\%$ ($P < 0,001$). Гиперемия лица, шеи, верхней части туловища значительно чаще регистрировалась среди больных КСТ - $30,0 \pm 5,5\%$, чем среди пациентов других групп ($P < 0,01$). Сыпь как наиболее важный и постоянный признак КСТ, выявлялась в наших наблюдениях лишь у $6,3 \pm 2,7\%$ больных, что оказалось столь же редко как в группах больных БР $4,5 \pm 6,1\%$ и БТ $4,5 \pm 6,1\%$ ($P > 0,5$). Слабость в группе больных с КСТ регистрировалась в $47,5 \pm 5,6\%$, что оказалось реже, чем в группе больных БТ $100,0 \pm 0\%$ ($P < 0,001$) и не отличалась от больных БР $27,3 \pm 9,5\%$ ($P < 0,05$).

Головная боль при КСТ наблюдалась у $97,5 \pm 1,7\%$ больных и носила интенсивный характер, при этом встречалась чаще, чем у больных с БР - $59,1 \pm 10,5\%$ ($P < 0,001$) и с БТ - $77,3 \pm 8,9\%$ ($P < 0,05$). При этом надо обратить внимание на характер болевого синдрома при этих инфекциях. Так при КСТ головная боль носит более интенсивный, распространенный характер и лишь в некоторых случаях локализуется в височных и лобных областях, тогда как при БР интенсивность головной боли не выраженная, а при БТ боль чаще локализуется только в височной и лобных областях. Головокружение наиболее чаще беспокоило больных БТ $50,0 \pm 10,7\%$, чем при КСТ $12,5 \pm 3,7\%$ ($P < 0,001$), но различий встречаемости между КСТ и БР $9,1 \pm 6,1\%$ нами выявлено не было ($P > 0,5$). Выявленная нами бессонница у $35,0 \pm 5,3\%$ больных при КСТ оказалась сравнимы с показателями в группе больных БР $27,3 \pm 9,5\%$ ($P > 0,5$), но выявлялась значительно реже по отношению к группе больных БТ $72,7 \pm 9,5\%$ ($P < 0,001$).

Лихорадочная реакция у больных сопровождалась болями в костях и ломотой во всем теле различной степенью интенсивности. Так данный симптом выявлялась чаще у больных БР - $81,8 \pm 8,2\%$ по отношению к КСТ - $58,8 \pm 5,5\%$ ($P < 0,02$), но различий между больными КСТ и БТ - $50,0 \pm 10,7\%$ не было ($P > 0,5$). Боль в мышцах выявлялась при КСТ у $46,3 \pm 5,6\%$ больных, что оказалось значительно чаще чем при БТ $18,2 \pm 8,2\%$ ($P < 0,01$), и значительно реже чем при БР $90,9 \pm 6,1\%$ ($P < 0,001$). Артралгический синдром регистрировался примерно с одинаковой частотой среди больных КСТ и БТ - $26,3 \pm 4,9\%$ и $13,6 \pm 7,3\%$ соответственно ($P > 0,2$), но выявлялась заметная разница данного симптома по отношению к группе больных БР - $59,0 \pm 10,4\%$ ($P < 0,01$).

Регионарный лимфаденит наблюдался в группе больных КСТ в $80,0 \pm 4,5\%$ случаев, что значительно выше, в сравнение с группой больных БТ $40,9 \pm 10,5\%$ и тем более БР $18,2 \pm 8,2\%$ ($P < 0,001$). Наряду с этим симптомом нами в единичных случаях выявлялось генерализованное поражение лимфатических узлов при КСТ - $6,3 \pm 2,7\%$, что реже по сравнению с группой БР - $59,1 \pm 10,5\%$ ($P < 0,001$) и практически идентично выявляемости данного симптома с группой больных БТ - $9,1 \pm 6,1\%$ ($P > 0,5$). Выявленные нами отличия частоты встречаемости регионарного лимфаденита, соответствует литературным данным [34] и свидетельствуют о значимости данного симптома в дифференциальной диагностике КСТ в сравнении с двумя другими инфекциями.

Со стороны легких патологические изменения отмечались у большинства больных во всех клинических группах: КСТ- в 76,2%, БТ - в 90,9%, БР - в 81,8%. Однако при сравнении выявленных нами, катаральных явлений в исследуемых группах: в 23,8±4,8% ; 9,1±6,1%; 18,2±8,2% нами выявлена разница между КСТ и БР ($P<0,05$).

В группе больных с КСТ приглушение тонов сердца 97,5±1,7% было выявлено чаще, по сравнению с БР 63,6±10,3% ($P<0,001$), и практически не имело никаких отличий при сравнении с группой больных БТ – 100% ($P>0,1$). Нами тахикардия выявлена преимущественно у больных КСТ в 96,3±2,1% что значительно чаще, по сравнению с группой больных БТ 13,6±7,3% и БР 59,1±10,5% ($P<0,001$). В наших случаях отмечалась гипотония преимущественно у больных БТ 90,9±6,1% в то время как при сыпном тифе достаточно редко - 25,0±4,8% случаев ($P<0,001$), новые же чаще, чем при бруцеллезе лишь в 9,0±6,1% ($P<0,001$).

Обложенность языка с одинаковой частотой выявлено у большинства больных КСТ 98,8±1,2% и БТ 90,9±6,1% ($P>0,1$), У больных КСТ тошнота и рвота наблюдалась - у 15,0±4,0% больных, при БТ –БР этот симптом отмечался у одинакового количества больных 4,5±4,4% ($P>0,02$). Гепатомегалии у больных КСТ встречалась значительно реже 65,8±5,4%, чем при БТ - 95,5±4,4%, и БР - 90,9±6,1% ($P<0,001$).

Итак, завершая, следует отметить, что между изучаемыми инфекциями сопровождающимися лихорадочными состояниями выявлены свои наиболее характерные, для каждой нозологии, симптомы и синдромы, наличие которых позволят практическим врачам своевременно проводить дифференциальную диагностику того или другого остролихорадочного заболевания. Вероятность развития клещевого тифа существенно повышается при наличии у больных с острыми лихорадочными состояниями таких симптомов как: острое начало, лихорадка, головная боль, гиперемия кожных покровов, регионарный лимфаденит, тахикардия и маловыраженная гепатомегалия.

Использованная литература:

1. Аитов К.А., Малеев И.В. Клинико-эпидемиологическая характеристика риккетсиоза Азии в Прибайкалье // Вестник инфектологии и паразитологии.- № 2 – С. 34–37.
2. Меморандум совещания ВОЗ. Глобальный надзор за риккетсиозами. Бюллетень ВОЗ. 1993 г. № 3-4. С. 8–11. Вестник РАМН. 1999 г., № 2. С. 7–13.
3. Лукин Е.П. «Риккетсиозы: современное состояние проблемы» // Вестник РАМН. - 2003. - №1. С. 30–35.
4. Вафакулова Г.С. О некоторых риккетсиозах в Самаркандской области // Журнал «Проблемы биологии и медицины». Самарканд, 2008.- № 3(54). – С. 104-106.
5. Вафакулова Г.С., Ярмухамедова Н.А., Ярмухамедова М.К. Диагностическая ценность иммуноферментного анализа в лабораторной диагностике лихорадочных состояний // Актуальные проблемы диагностики, лечения и профилактики инфекционных и паразитарных заболеваний. Материалы научно-практической конференции. – Ташкент, 2009. С. 125-126.