

THE INCIDENCE OF TICK-BORNE ENCEPHALITIS IN THE REPUBLIC OF BASHKORTOSTAN

A.I. Davletova¹, R.V. Magzhanov¹, R.A. Ibatullin²¹Bashkir State Medical University, Ufa, Russia;²Kuvатов Republican Clinical Hospital, Ufa, Russia**Keywords:** incidence, tick-borne encephalitis.

Введение. Клещевой энцефалит (КЭ) представляет собой классическую природно-очаговую нейроинфекцию, нередко приводящую к тяжелым инвалидизирующим последствиям и даже к летальному исходу. Территория Республики Башкортостан (РБ) является эндемичной зоной по клещевому энцефалиту. Кафедра неврологии Башкирского государственного медицинского университета проводит совместно с Управлением Роспотребнадзора РБ регулярный анализ многолетней динамики заболеваемости. **Цель исследования** — определение основных клинко-эпидемиологических показателей КЭ в РБ за период с 2000 по 2018 г. **Материал и методы.** Проанализированы сведения о заболеваемости в РБ по результатам изучения медицинской документации (амбулаторные карты, истории болезни) больных в остром периоде КЭ, а также официальные данные Роспотребнадзора РБ, начиная с 2000-х годов. **Результаты.** За указанный период (2000—2018 гг.) в РБ официально зарегистрировано 707 случаев заболевания, что в среднем составило до 30 и более заболевших за год. Лица мужского пола (65,9±3,3%) болеют КЭ чаще женщин (34,7±3,6,2%). Болеют КЭ в любом возрасте, но преимущественно это люди трудоспособного возраста 21—60 лет (64,7±9%). Возрастные категории дети до 14 лет и лица старше 70 лет составили 14,9 и 1,9% соответственно. Наиболее часто (21,6±15,1%) заражение происходило во время походов или отдыха на природе. Алиментарный путь заражения при употреблении козьего молока составил 4,7%. За истекший период (2000—2018 гг.) основную долю различных форм КЭ составили апаралитические случаи инфекции, т.е. лихорадочная (68,8±12,9%) и менингеальная (18,9±9,3%). Наиболее тяжелым течением характеризуются очаговые формы заболевания, встречавшиеся в 11,6±9,5% случаев. Указанные показатели характеризуют тенденцию к более легкому клиническому течению заболевания с преобладанием лихорадочной и менингеальной форм и небольшой долей очаговых форм. Всего за это время зарегистрировано 45 случаев очаговых форм КЭ. В большинстве (35) указанных случаев заражение произошло в административных районах Южного Урала. Летальность составила 3,6%, что превысило ($p<0,05$) данный показатель аналогичного периода прошлого века (1,5%). Хроническое течение встречалось в 4,5% случаев. **Заключение.** Таким образом, заболеваемость КЭ в 2000-е годы в РБ характеризуется невысоким уровнем, составившим 0,66±0,18 случая на 100 тыс. населения. Наблюдается преобладание легких клинических форм. Однако указанные особенности не являются поводом для ослабления внимания, а многолетние колебания клинко-эпидемиологических показателей нуждаются в регулярном анализе с целью своевременного осуществления профилактических мероприятий.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА

А.И. Давлетова¹, Р.В. Магжанов¹, Р.А. Ибатуллин²¹ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа, Россия;²БУЗ Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова, Уфа, Россия**Ключевые слова:** качество жизни, клещевой энцефалит.

EVALUATION OF QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CONSEQUENCES OF TICK-BORNE ENCEPHALITIS

A.I. Davletova¹, R.V. Magzhanov¹, R.A. Ibatullin²¹Bashkir State Medical University, Ufa, Russia;²Kuvатов Republican Clinical Hospital, Ufa, Russia**Keywords:** quality of life, tick-borne encephalitis.

Введение. Клещевой энцефалит (КЭ) — острая вирусная природно-очаговая нейроинфекция, нередко приводящая к тяжелым последствиям вплоть до летальных исходов. Частота остаточных явлений после перенесенного КЭ достигает 50—75%, оказывая негативное влияние на человека, снижая качество его жизни, принося экономический ущерб обществу в целом. Территория РБ является эндемичной по КЭ. Очаговые формы встречаются в 16,9±15,5% случаев. **Цель исследования** — оценка последствий перенесенного острого КЭ. **Материал и методы.** Проводилось исследование неврологического статуса, уровня тревоги и депрессии, а также качества жизни пациентов. Все 4 пациента — лица мужского пола, в возрасте от 28 до 62 лет, перенесли острый, лабораторно подтвержденный КЭ. У 3 пациентов имелись стойкие остаточные явления перенесенного заболевания (легкие парезы, астенический синдром), у 1 — диагностировано хроническое течение в виде синдрома Кожевниковской эпилепсии с умеренно выраженным парезом руки и миоклоническим гиперкинезом. Качество жизни оценивали с помощью опросника Medical Outcomes Study Short Form-36 (MOS SF-36). Уровень тревожности определяли по результатам шкалы Спилберга—Ханина, наличие либо отсутствие депрессии оценивали с помощью шкалы Бека. **Результаты.** Обследование пациентов с помощью опросника MOS SF-36 показало существенное снижение качества жизни всех больных. При этом наиболее снижены показатели ролевого физического и эмоционального функционирования, что говорит о том, что пациенты значительно ограничены в своей привычной деятельности. В результате тестирования по шкале Спилберга—Ханина выяснилось, что у всех обследованных пациентов имеется повышенный уровень как ситуативной (СТ), так и личностной тревожности (ЛТ). У пациента с хроническим течением клещевого энцефалита показатели были в пределах умеренной тревожности (СТ — 39 баллов, ЛТ — 41 балл), у остальных показатели свидетельствовали о выраженной тревоге (СТ от 51 до 67 баллов, ЛТ от 41 до 69 баллов). Данные, полученные по результатам тестирования по шкале Бека, выявили наличие у 3 пациентов депрессивного синдрома (от умеренной до тяжелой степени). У пациента с Кожевниковской эпилепсией депрессия отсутствовала по данным шкалы Бека. В ходе исследования обратил на себя внимание тот факт, что выраженность неврологического дефицита и локомоторных нарушений не коррелировала со степенью тревоги и депрессии, однако при этом выявилась зависимость: у па-

циентов с более высоким уровнем тревожности и депрессии показатели качества жизни были существенно ниже, чем у больных с умеренными показателями. **Заключение.** Таким образом, последствия перенесенного КЭ значительно ухудшают физические, психологические и социальные составляющие качества жизни, что в определенной степени связано с повышенным уровнем тревожности и наличием депрессивного синдрома. Поэтому для улучшения качества жизни таких пациентов необходимо своевременно диагностировать данные состояния и проводить как медикаментозное, так и немедикаментозное лечение.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОТЕЛИЙ ПРОТЕКТИВНЫХ И АНТИТРОМБОЛИТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ В ТЕРАПИИ ВИРУСНЫХ ЭНЦЕФАЛИТОВ

Е.С. Егорова, Н.В. Скрипченко, Т.Н. Трофимова, Г.П. Иванова, А.А. Вильниц

ФГБУ «Детский научно-клинический центр инфекционных болезней» ФМБА, Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: вирусные энцефалиты, Д-димер, циркулирующие эндотелиоциты, цитофлавин, сулодексид.

PATHOGENETIC RATIONALE FOR THE USE OF ENDOTHELIUM PROTECTIVE AND ANTITHROMBOLYTIC DRUGS IN THE TREATMENT OF VIRAL ENCEPHALITIS

E.S. Egorova, N.V. Skripchenko, T.N. Trofimova, G.P. Ivanova, A.A. Vilnits

Children Scientific-Research Center of Infectious Diseases, St.-Petersburg, Russia

Keywords: viral encephalitis, d-dimer, circulating endothelial cells, cytoflavin, sulodexide.

Введение. Повреждение сосудистого русла при вирусных энцефалитах (ВЭ) является обязательным компонентом в связи с преимущественно гематологическим путем распространения возбудителей. Проникновение микроорганизмов через гематоэнцефалический барьер в полость черепа и их гематогенная интратекальная циркуляция обуславливают повреждение церебральных сосудов, что нередко проявляется клинически и определяет тактику терапии и исход болезни. **Материал и методы.** Обследованы 50 детей с ВЭ, в возрасте от 5 до 17 лет 11 мес. Всем больным проводился неврологический мониторинг, определение Д-димера и циркулирующих эндотелиоцитов в крови при поступлении, через 21 и 45 дней, а также МРТ головного мозга и МР-ангиография. В зависимости от особенностей лечения были сформированы две группы. В основной группе ($n=30$) пациенты с момента поступления, наряду с противовирусными препаратами, в составе патогенетической терапии получали цитофлавин в суточной дозировке 0,6 мл на килограмм массы тела в течение 5 дней, а затем сулодексид перорально в течение 1 мес в дозировке: с 5 до 12 лет — 1 капсула в день, после 12 лет — 2 капсулы в день. Группу сравнения составили пациенты ($n=20$), получавшие противовирусную, дегидратационную терапию в сочетании с антигипоксантами и ноотропными препаратами. **Результаты.** В остром периоде ВЭ отмечалось увеличение показателей

Д-димера и циркулирующих эндотелиоцитов по сравнению с нормой, что свидетельствовало об эндотелиальном повреждении на фоне генерализованной вирусной инфекции и четко коррелировало с тяжестью заболевания. При МРТ у детей с ВЭ в 45% был выявлен стеноз, в 25% — окклюзия сосудов, в том числе — у 2% с синдромом моямая. На фоне повреждения средних мозговых артерий имело место вовлечение передних и задних мозговых артерий. Выявлено, что в основной группе длительность общинфекционного синдрома была достоверно короче ($2,3 \pm 0,4$ и $4,5 \pm 0,7$ сут соответственно). Очаговые проявления более длительно сохранялись у детей группы сравнения ($16,6 \pm 2,3$ и $27,8 \pm 4,9$ дней соответственно). Нормализация показателей ЦСЖ в основной группе в среднем происходила на $7,2 \pm 1,1$ день, а в группе сравнения на $15,2 \pm 5,3$ сут. На фоне проводимой терапии при ВЭ достоверное снижение показателей циркулирующих эндотелиоцитов и Д-димера в крови происходило быстрее ($21,0 \pm 2,9$ и $45,9 \pm 2,8$ сут соответственно) в отличие от группы сравнения ($32,9 \pm 4,9$ и $75,0 \pm 4,8$ сут). Изменения на МРТ отмечались в основной группе реже ($5,75 \pm 2,43$ и $8,94 \pm 2,81$ пациентов соответственно), что отразилось на количестве койко-дней, проведенных в стационаре ($20,7 \pm 3,6$ и $31,73 \pm 7,18$ койко-дней соответственно). **Заключение.** В комплексной терапии детей с ВЭ в остром периоде высокоэффективным является применение корректора эндотелиальной дисфункции — цитофлавина в сочетании с сулодексидом, что значительно улучшает прогноз и исходы заболевания при тяжелой нейроинфекционной патологии, а также сокращает сроки пребывания в стационаре.

КЛИНИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ РАННЕГО И ПОЗДНЕГО НЕЙРОБОРРЕЛИОЗА У ДЕТЕЙ

Г.П. Иванова, Н.В. Скрипченко, Е.Ю. Скрипченко, Е.А. Мурина

ФГБУ «Детский научно-клинический центр инфекционных болезней» ФМБА, Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: дети, клещевой боррелиоз.

CLINICAL SYNDROMES OF EARLY AND LATE NEUROBORRELIOSIS IN CHILDREN

G.P. Ivanova, N.V. Skripchenko, E.Yu. Skripchenko, E.A. Murina

Children Scientific-Research Center of Infectious Diseases FMBA Russia, St.-Petersburg, Russia

Keywords: children, tick-born borreliosis.

Введение. Среди инфекций, передаваемых клещами, иксодовый клещевой боррелиоз (ИКБ) является самым распространенным как в России, так и в мире. По заболеваемости ИКБ Северо-Западный регион занимает первое место среди всех регионов России. Коварство ИКБ обусловлено поражением различных органов и систем, в том числе и нервной системы. **Материал и методы.** Обследованы 440 детей с ИКБ от 1 года до 18 лет. Из них у 28% ($n=123$) наблюдалась безэритемная, а у 72% ($n=317$) эритемная формы. Дети от 4 до 13 лет составили 88%, от 15 до 17 лет — 10% и до 3 лет — 2%. Диагностика крови и ЦСЖ на *Borrelia burgdorferi*