**РАЗДЕЛ III. МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ
СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.00.00.****ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОГО ТЕЧЕНИЯ МЕНИНГЕАЛЬНОЙ ФОРМЫ
ЛИХОРАДКИ ЗАПАДНОГО НИЛА****FEATURES OF THE CURRENT COURSE OF THE MENINGEAL FORM OF THE
FEVER OF THE WESTERN NILE**

**ВАСИЛЬКОВА В.В.¹
КАНТЕМИРОВА Б.И.²
КУРЯТНИКОВА Г.К.¹
ШЕРЫШЕВА Ю.В.¹**

**VASILKOVA V.V.¹
KANTEMIROVA B.I.²
KURYATNIKOVA G.K.¹
SHERYSHEVA YU.V.¹**

¹ФГБОУ ВО «Астраханский
государственный медицинский
университет» Минздрава России

¹FSBEI of Higher Education "Astrakhan
State Medical University" of the Ministry of
Health of Russia

²Научно-исследовательский институт
краевой инфекционной патологии
Астраханского государственного
медицинского университета
Министерства здравоохранения
Российской Федерации

²Scientific Research Institute of Regional
Infectious Pathology of the Astrakhan State
Medical University of the Ministry of Health
of the Russian Federation

vasilkova.ver@yandex.ru

vasilkova.ver@yandex.ru

doi: 10.18411/pivsn-9

idsp: pivsn-9

АННОТАЦИЯ

Лихорадка Западного Нила - арбовирусная инфекция, которая регистрируется на территории Российской Федерации и ряда зарубежных стран. Менингеальная форма лихорадки Западного Нила характеризуется тяжелым клиническим течением, сложностью дифференциальной диагностики, особенно на ранних этапах, что создает предпосылки для неправильной постановки диагноза и выбора дальнейшей тактики специализированного лечения. В статье приведены клинические примеры, обращающие внимание специалистов на ранние проявления лихорадки Западного Нила и позволяющие настороженно относиться к данной инфекции.

Ключевые слова: лихорадка Западного Нила, менингеальная форма, осложнения, дифференциальная диагностика.

ABSTRACT

Fever of the Western Nile is registered in the territory of the Russian Federation and a number of foreign countries. Meningeal form of West Nile fever is characterized by a severe clinical course, the complexity of differential diagnosis, especially in the early stages, which creates the prerequisites for misdiagnosis and selection of further tactics for specialized treatment. The article cites clinical examples that draw the attention of specialists to the early manifestations of West Nile fever and allow one to be wary of this infection.

Keywords: West Nile fever, meningeal form, complications, differential diagnosis.

ВВЕДЕНИЕ

Лихорадка Западного Нила (ЛЗН) – природно-очаговая инфекция арбовирусной этиологии с трансмиссивным механизмом передачи, характеризующаяся лихорадкой, интоксикационным синдромом, серозным поражением оболочек головного мозга и в редких случаях - вещества мозга [1].

В течение последнего десятилетия ЛЗН является одной из актуальных природно-очаговых инфекций для ряда территорий Российской Федерации, в первую очередь относящихся к Южному федеральному округу [5, 8]. Природные очаги данной инфекции с конца прошлого столетия активизировались в Астраханской, Ростовской и Волгоградской областях, в Ставропольском крае [2, 3, 4].

На территории Астраханской области ЛЗН регистрируется с 1967 г., когда у 12 пациентов инфекционной больницы был выделен вирус ЛЗН [7].

Многолетние клинические наблюдения позволили выделить две основные формы ЛЗН - с поражением ЦНС (менингеальная форма) и без поражения ЦНС (гриппоподобная форма). Менингеальная форма ЛЗН протекает с выраженными симптомами поражения ЦНС – общетоксическими, энцефалитическими расстройствами [6, 7, 8, 9, 10].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Описание течения менингеальной формы лихорадки Западного Нила.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследовано 80 пациентов с ЛЗН находившихся на лечении в Областной инфекционной клинической больнице им. А.М. Ничоги г. Астрахани (ОИКБ). Диагноз подтвержден выявлением антител к вирусу ЛЗН методом ИФА.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В исследовании приняли участие пациенты в возрасте от 18 до 70 лет. Основное число заболевших составили мужчины трудоспособного возраста. Более половины больных были городские жители

В ходе сбора эпидемиологического анамнеза было установлено, что больные связывали свое заболевание с укусами комаров и выездом на природу (пребывание в сельской местности, на охоте, рыбалке, отдыхе). Выявлена летне-осенняя сезонность заболеваемости (с июля по октябрь). Наибольшее число случаев заболеваний ЛЗН (до 82%) регистрировали в период с августа по сентябрь, единичные случаи болезни выявляли в июле и октябре.

Частота встречаемости клинических симптомов у пациентов с диагнозом ЛЗН представлена в таблице 1.

Таблица 1.

Основные клинические симптомы лихорадки Западного Нила

Симптом, синдром	Частота в % (M±m)
Лихорадка	
- постоянная	52,5±5,62
- ремитирующая	38,75±4,48
- неправильная	8,75±1,87
Слабость	97,4±1,82
Головная боль	89,5±3,52
Анорексия	10,5±3,52
Нарушение сна	77,6±4,12
Артралгии	44,7±5,7
Миалгии	43,3±5,7
Тошнота	34,2±5,44
Рвота	18,4±4,44
Ретроорбитальные боли	25,5±3,98
Озноб	48,8±3,65
Потливость	25,5±3,15

Гиперемия лица	23,7±4,87
Склерит	28,9±5,2
Конъюнктивит	22,4±4,78
Экзантема	17,1±4,23
Лимфоаденопатия	15,8±4,19
Кашель	42,1±5,66
Тахикардия	44,7±5,7
Относительная брадикардия	10,5±3,52
Гипотония	17,1±4,32
Гипертония	49,5±4,35
Боль в животе	6,6±2,85
Жидкий стул	5,3±2,75
Гепатомегалия	40,8±5,64
Спленомегалия	3,9±2,22
Боль в поясничной области	5,3±2,57
Менингеальные симптомы	52,6±1,82

Материалы, представленные в таблице, позволяют констатировать, что симптомы поражения головного мозга в виде менингита и менингоэнцефалита встречались в половине случаев.

Клиническая картина менингеальной формы ЛЗН протекала в двух вариантах – серозный менингит и серозный менингоэнцефалит.

Течение болезни у наблюдавшихся пациентов с серозным менингитом характеризовалось острым началом болезни с появления фебрильной или пиретической лихорадки (до 40°C), чаще всего постоянного характера, в единичных случаях (у 10%) наблюдали двухволновую температурную кривую. Одновременно с повышением температуры тела регистрировали другие симптомы интоксикации (озноб, миалгии, общая слабость). Со 2–4-го дня болезни присоединялись интенсивная головная боль, тошнота, у каждого третьего пациента – повторная рвота. В отдельных случаях наблюдали легкие катаральные явления, диспептические расстройства, экзантему розеолезно-папулезного характера. Продолжительность лихорадочного периода варьировала в пределах от 3–4 дней до 2 недель.

У большинства пациентов с серозным менингитом менингеальные симптомы появились на 2–3 день госпитализации. Часть больных поступала в отделение лихорадящих состояний с диагнозами: аденовирусная инфекция, острая респираторная вирусная инфекция, а затем при появлении менингеальных симптомов больных переводили в отделение нейроинфекций. У всех пациентов отмечали ригидность затылочных мышц различной степени выраженности, которая сохранялась от 7 до 25 дней. Явления ригидности мышц затылка преобладали над слабовыраженными симптомами Брудзинского и Кернига. Помимо мышечных контрактур выявляли тремор, анизорефлексию, нистагм.

При люмбальной пункции спинномозговая жидкость вытекала под повышенным давлением, была прозрачной или слабоопалесцирующей. Цитоз варьировал в широких пределах – от 15–20 до 2000 клеток/мкл, преимущественно 400–800 клеток/мкл. Клеточный состав ликвора зависел от сроков проведения исследования. В первые 5 суток болезни плеоцитоз был лимфоцитарным, а у части больных смешанным или с преобладанием нейтрофилов. Количество белка было нормальным или умеренно повышенным. Уровень глюкозы в спинномозговой жидкости находился на верхней границе нормы или был умеренно повышенным. Белково-осадочные пробы (реакции Панди, Нонне–Апельта) были слабоположительными.

В качестве иллюстрации приводим клинические примеры течения лихорадки Западного Нила с симптомами поражения центральной нервной системы.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР 1.

Больной Р., 45 лет, поступил в ОИКБ через 4 дня от начала заболевания с жалобами на слабость, недомогание, снижение аппетита, головную боль, повышение температуры тела до 40⁰С, ломоту в теле, кашель с мокротой.

Из анамнеза болезни: заболел остро – повысилась температура тела до 39⁰С, появились интенсивная головная боль, неоднократная рвота на высоте лихорадки. Все последующие дни сохранялись лихорадка, головная боль и рвота.

Эпиданамнез – постоянно выезжал на дачный участок, укусы комаров не отрицал.

При поступлении состояние тяжелое. В сознании, вялый, адинамичный. Кожные покровы обычной окраски. Умеренный склерит. В зеве – разлитая гиперемия слизистой оболочки мягкого неба. В легких – дыхание ослабленное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс – 96 уд/мин. АД 130/70 мм рт. ст. Размеры печени не увеличены. Выявлена ригидность мышц затылка и положительный симптом Кернига.

Учитывая данные анамнеза заболевания и объективного осмотра, больному выставлен диагноз «Вирусный менингит».

Результаты лабораторного обследования:

- общий анализ крови – лейкоцитоз $12,1 \times 10^9/\text{л}$,
- общий анализ мочи в динамике без патологии,
- ликвор – прозрачный, цитоз 974 клетки/мкл (89% лимфоциты), белок 0,99 г/л.

После проводимой терапии – рибамидил 1000 мг/сут, циклоферон 2,0 в сутки в/м, дезинтоксикационная терапия в сочетании с мочегонными средствами. К 8-му дню болезни - состояние больного средней тяжести, температура тела нормализовалась, сохраняется слабость, слабовыраженная ригидность мышц затылка.

К 17-му дню болезни – состояние удовлетворительное, жалоб нет. В ликворе без патологии.

При серологическом исследовании сыворотки крови в ИФА обнаружены антитела к вирусу Западного Нила в титре 1:6400.

Клинический диагноз: лихорадка Западного Нила с поражением центральной нервной системы (менингит). Тяжелое течение.

Больной выписан в удовлетворительном состоянии на 21-й день болезни.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР 2.

Больной Р., 17 лет, поступил в ОИКБ через 2 дня от начала заболевания с жалобами на слабость, недомогание, снижение аппетита, головную боль в лобно – височной области, повышение температуры тела до 40⁰С, ломоту в теле, многократную рвоту.

Из анамнеза болезни: заболел остро – повысилась температура тела до 40⁰С, появились головная боль, неоднократная рвота на высоте лихорадки. Все последующие дни состояние не улучшалось – выше перечисленные симптомы сохранялись, присоединились кашель, общая слабость.

Эпиданамнез: за несколько дней до начала заболевания отдыхал на природе.

При поступлении состояние средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски. Умеренный склерит. В зеве – разлитая гиперемия слизистой оболочки мягкого неба. Дыхание через нос затруднено. В легких – дыхание жесткое, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс – 84 уд/мин. АД 120/80 мм рт. ст. Размеры печени и селезенки не увеличены. Менингеальных симптомов нет.

К вечеру состояние больного ухудшилось – выросла слабость, появилась многократная рвота, температура тела держалась на уровне 39⁰С. При осмотре состояние больного тяжелое. В сознании, заторможен. Выявлены менингеальные знаки. В общем анализе крови – лейкоцитоз до $20,0 \times 10^9/\text{л}$

Учитывая данные анамнеза заболевания и объективного осмотра, больному выставлен диагноз «Вирусный менингит»?

С диагностической целью проведена люмбальная пункция: ликвор прозрачный, вытекает под повышенным давлением, цитоз – 366 клеток/мкл (лимфоцитов 73%), белок 0,66% г/л.

Проводилась терапия – рибамидил в сочетании с циклофероном; дезинтоксикационная терапия в сочетании с мочегонными средствами, эуфиллин, пирацетам.

На 6-й день болезни – состояние больного средней тяжести, температура тела нормализовалась, исчезла головная боль, рвоты и тошноты нет, нормализовался сон, сохранялась слабость.

К 17-му дню болезни – состояние удовлетворительное, жалоб нет. В общем анализе крови – лейкоциты $7,0 \times 10^9$ /л; ликвор – цитоз 9 клеток в 1 мкл, белок 0,33 г/л.

При серологическом исследовании сыворотки крови в ИФА обнаружены антитела к вирусу Западного Нила в титре 1:6400.

Клинический диагноз: лихорадка Западного Нила с поражением центральной нервной системы (менингит). Тяжелое течение.

Больной выписан в удовлетворительном состоянии на 23-й день болезни.

У пациентов с признаками развившегося серозного менингоэнцефалита выявлено острейшее начало болезни с повышения температуры тела до пиретических цифр уже в первые часы заболевания, с выраженной интоксикацией, нарастающей спутанностью сознания, психомоторным возбуждением, подергиванием и судорогами различных групп мышц. У части больных отмечали наличие симптомов поражения ядер черепных нервов, нистагм, парезы конечностей, на глазном дне – застойные сосочки зрительных нервов, иногда кровоизлияния. Менингеальные симптомы, напротив, отсутствовали или были слабо выражены. С 3-4 дня болезни уже на фоне появления менингеального синдрома продолжала нарастать энцефалитическая симптоматика: спутанность сознания, возбуждение, а в единичных случаях кома; часто регистрировали судорожный синдром, мышечный тремор, в единичных случаях появлялись парезы.

При исследовании ликвора выявляли плеоцитоз разной степени выраженности (от 40 до 2000 клеток/мкл), преобладали лимфоциты. Отмечали белково-клеточную диссоциацию.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, проведенный анализ клинического течения ЛЗН с поражением ЦНС показал, что заболевание регистрировалось в среднетяжелой и тяжелой форме. Следует отметить, что особенно тяжело заболевание протекало у людей пожилого возраста с развитием менингоэнцефалита и нарушением мозгового кровообращения. Менингеальные симптомы появлялись в более поздние сроки болезни – на 2-3 день, на ранних этапах заболевания не были опорными, ригидность затылочных мышц превалировала над симптомом Кернига и Брудзинского. Данные особенности требуют от специалистов настороженности и, для своевременной и эффективной медицинской помощи, постоянного динамического мониторинга клинической симптоматики.

1. Бутенко А.М., Лещинская Е.В., Львов Д.К. Лихорадка Западного Нила // Эволюция инфекционных болезней в России в XX веке. – М.: Медицина, 2003. – С.404-411.
2. Василькова В.В., Кабачек Н.И., Галимзянов Х.М. Дифференциальная диагностика Астраханской риккетсиозной лихорадки // Астрахань, 2009 г., 154 с.
3. Василькова В.В., Черенов И.В., Кантемирова Б.И. Современные клинко-патогенетические особенности трансмиссивных природно-очаговых инфекций на территории Астраханской области // Новая наука: Современное состояние и пути развития. 2016. № 2-2 (62). С. 35-39.
4. Венгеров Ю.Я., Платонов А.Е. Лихорадка Западного Нила // Лечащий врач. – 2000. - № 10. – С.56-60.

5. Галимзянов Х.М., Малеев В.В., Горелов А.В. и др. Дифференциальная диагностика Крымской геморрагической лихорадки и лихорадки Западного Нила // Инфекционные болезни. 2006. Т. 4. - № 3. - С. 95-96.
6. Ионниди Е.А., Божко В.Г., Смелянский В.П., Божко Е.Т. Клинико-эпидемиологические аспекты и вопросы лечения лихорадки Западного Нила // Лекарственный Вестник. 2015. Т. 9 - №3 (59) – С. 3-7
7. Курятникова Г.К., Галимзянов Х.М., Аршба Т.Е., Красков А.В. Лихорадка Западного Нила в Астраханской области // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. 2014. № 4 (9). С. 40-43
8. Львов Д.К., Бутенко А.М., Вышемирский О.И. и др. Выделение вируса Лихорадки Западного Нила от больных людей в период эпидемической вспышки в Волгоградской и Астраханской областях // Вопросы вирусологии. 2000. Т. 45. № 3. С. 9-12.
9. Платонов А.Е., Карань Л.С., Венгеров Ю.Я., Галимзянов Х.М. Перспективы лечения комариных флавивирусных инфекций // Терапевтический архив. 2009. Т. 81. № 11. С. 68-73.
10. Романцов М.Г., Галимзянов Х.М., Локтева О.М. и др. Экспериментальная и клинико-лабораторная оценка эффективности комплексной терапии арбовирусных заболеваний // Антибиотики и химиотерапия. 2012. Т. 57. № 7-8. С. 12-22.