

Признаки клещевого энцефалита. Клинические формы клещевых энцефалитов

Инкубационный период от 5 до 30 дней, в среднем 10-14 дней. Заболевание в большинстве случаев начинается остро, без продромальных явлений. Продромальные явления наблюдаются только у 20-30% больных и продолжаются 2-3 дня. В этот период больные жалуются на недомогание, разбитость, легкую головную боль, пониженную работоспособность; повышение температуры обычно начинается с субфебрильных цифр и к 3-му дню достигает 38-39°C. Двухфазность болезни типична и встречается у 80-90% больных. Первая лихорадочная волна продолжается 5-6 дней, безлихорадочный интервал 6-8 дней; вторая лихорадочная фаза с менингоэнцефалитическими симптомами длится 7-9 дней. Во второй фазе лихорадочная реакция более продолжительна. Температурные кривые разнообразны, но чаще лихорадка ремиттирующего типа.

Первая волна заболевания характеризуется симптомами общей интоксикации, и потому часто расценивается как грипп. В первые дни повышения температуры отмечаются гиперемия и одутловатость лица, гиперемия конъюнктивы и склер. Пульс учащен, реже замедлен - относительная брадикардия. У большинства больных выявляется гипотония. Головная боль умеренная, у части больных отмечается светобоязнь. Течение второй волны заболевания, как правило, более тяжелое. На фоне легкого или умеренного менингеального синдрома и выраженных общетоксических явлений развиваются неврологические симптомы, которые схематически можно разделить на вегетативные, мозжечковые, пирамидальные расстройства, радикулоневритические и невритические.

Во второй фазе более интенсивна и продолжительна резкая головная боль, отмечаются тошнота, рвота, световая и звуковая гиперестезия. Наблюдаются расстройства аппетита, сна, головокружение и чувство неустойчивости. Сознание остается ясным, и лишь в отдельных случаях отмечают оглушенность, возбуждение и бред. Часто наблюдается отвращение к сладкому, иногда полная анорексия. Выражена гиперемия лица и склер; характерны учащенный пульс и низкое артериальное давление, задержка стула, быстро проходящая сыпь.

Отмечаются симптомы вегетативно-сосудистой дистонии, изменения дермографизма, легкие трофические нарушения в виде сухости кожи, цианоза губ и конечностей. Оболочечные симптомы сочетаются с симптомами поражения вещества мозга, корешков и периферических нервов. Отмечаются миоз, иногда анизокория, вялость световой реакции зрачков. Глазное дно в большинстве случаев оказывается неизменным, и лишь в тяжелых случаях наблюдается неврит зрительных нервов, слабость конвергенции. Пирамидные

нарушения у большинства больных проявляются гемисиндромом с соучастием корково-ядерных волокон седьмой и двенадцатой пар черепных нервов. У части больных выявляются симптомы орального автоматизма. Сухожильные и надкостничные рефлексy снижены, асимметричны, имеются преходящие патологические симптомы - Бабинского, реже Россолимо. В картине заболевания мозжечковые нарушения встречаются чаще, чем пирамидальные; вестибулярные нарушения в виде характерных головокружений, шаткости походки, нистагма. Отмечаются дрожание языка и конечностей, интенционное дрожание, дизметрия. Чувствительные расстройства нечетко представлены в виде нестойких гемипарестезий.



Опыт последних десятилетий позволяет выделить следующие клинические формы клещевого энцефалита: лихорадочную, менингеальную, менингоэнцефалитическую, полиомиелитическую и полирадикулоневритическую.

Лихорадочная форма протекает наиболее благоприятно с повышением температуры тела в течение 1-3-5 дней, умеренно выраженными общетоксическими проявлениями; менингеальные и другие поражения нервной системы при этом не наблюдаются. В более тяжелых случаях развивается клиника серозного менингита с лимфоцитарным плеоцитозом. Длительность лихорадки 7-14 дней. При менингоэнцефалитической форме помимо указанных симптомов появляются очаговые поражения черепных нервов. При полиомиелитическом варианте болезни резко выражен болевой синдром в области мышц шеи, плечевого пояса с развитием двигательных нарушений и последующей атрофией пораженных мышц (больные не могут удерживать голову и др.). Полирадикулоневритическая форма проявляется болью по ходу нервных стволов, парестезиями, развитием вялых параличей

мускулатуры ног с распространением на туловище и руки по типу восходящего спинального паралича Ландри.

На фоне этих поражений могут периодически возникать гиперкинетические и эпилептиформные проявления. Вирус клещевого энцефалита имеет тенденцию к длительному сохранению в ЦНС, обуславливая развитие медленной хронической инфекции.

В крови больных клещевым энцефалитом определяется лейкопения с лимфоцитозом в первой фазе болезни и умеренный лейкоцитоз с почти неизменной лейкоцитарной формулой во второй фазе. Отмечается снижение сахара крови с извращенными сахарными кривыми.

После перенесенной болезни длительно остается астения. По истечении года после острого периода лишь 5-10% больных чувствуют себя здоровыми. В половине случаев остаются жалобы на головную боль в виде приступов, общую раздражительность, быструю утомляемость, нарушение сна и ослабление памяти. У некоторых больных после выздоровления выявляются гипоталамические расстройства: выпадение волос, длительная артериальная гипотония. У части больных сохраняются дефекты со стороны ЦНС в виде стойких парциальных выпадений функций. Интеллект, как правило, не страдает.