

НАБЛЮДЕНИЕ ИЗ ПРАКТИКИ

14.01.04 – Внутренние болезни (медицинские науки)
14.01.09 – Инфекционные болезни (медицинские науки)

УДК 616.981.71-082.5

DOI 10.17021/2020.15.4.116.125

© К.В. Котралева, Е.А. Попов, А.Г. Сердюков, 2020

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ БОЛЬНОГО АСТРАХАНСКОЙ РИККЕТСИОЗНОЙ ЛИХОРАДКОЙ

Котралева Камилля Владимировна, ассистент кафедры поликлинического дела и скорой медицинской помощи с курсом семейной медицины, ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121, тел.: (8512) 52-41-43, e-mail: kotralewa@yandex.ru.

Попов Евгений Антонович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой поликлинического дела и скорой медицинской помощи с курсом семейной медицины, ФГБОУ ВО ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121, тел.: (8512) 52-41-43, e-mail: agma@astranet.ru.

Сердюков Анатолий Гаврилович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения с курсом последипломного образования, ФГБОУ ВО ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121, тел.: (8512) 52-41-43, e-mail: agma@astranet.ru.

Представлен анализ 172 случаев обращения за медицинской помощью в ГБУЗ АО «Областная инфекционная клиническая больница им. А.М. Ничоги» в связи с различными заболеваниями, сопровождающимися гипертермией, в том числе – 71 случай с поставленным впоследствии диагнозом «Астраханская риккетсиозная лихорадка» (основная группа) и 101 эпизод – с прочими заболеваниями, сопровождающимися лихорадкой (группа сравнения). На основании жалоб, клинической картины, эпидемиологических, социальных и демографических характеристик составлен медико-социальный портрет больного Астраханской риккетсиозной лихорадкой.

Ключевые слова: Астраханская риккетсиозная лихорадка, эпидемиология, анкетирование, симптомы.

MEDICAL AND SOCIAL PORTRAIT OF THE STATISTICAL PATIENT WITH ASTRAKHAN RICKETSIOUS FEVER

Kotrалева Kamilya V., Assistant, Astrakhan State Medical University, 121 Bakinskaya St., Astrakhan, 414000, Russia, tel.: (8512) 52-41-43, e-mail: kotralewa@yandex.ru.

Popov Evgeniy A., Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of Department, Astrakhan State Medical University, 121 Bakinskaya St., Astrakhan, 414000, Russia, tel.: (8512) 52-41-43, e-mail: agma@astranet.ru.

Serdyukov Anatoliy G., Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of Department, Astrakhan State Medical University, 121 Bakinskaya St., Astrakhan, 414000, Russia, tel.: (8512) 52-41-43, e-mail: agma@astranet.ru.

A survey was conducted of 172 people who applied for medical care at the regional clinical infectious diseases hospital, including 71 with a subsequently diagnosed Astrakhan rickettsial fever (main group) and 101 with other diseases accompanied by fever (comparison group). The survey included 38 items, which made it possible to draw up a medical and social portrait of the average patient with Astrakhan rickettsial fever considering social, epidemiological and demographic characteristics.

Key words: Astrakhan rickettsial fever, epidemiology, survey, symptoms.

Введение. Сегодня известны различные инфекционные заболевания, передающиеся трансмиссивным путем и протекающие с продолжительной лихорадкой и экзантемой [1, 10, 11, 12, 15]. Вызываемые вирусами и/или риккетсиями, они могут иметь различную степень тяжести (от легкой до тяжелой) и, помимо появления на фоне лихорадки экзантемы, ряд других симптомов. Например, заболевание, вызываемое вирусом Зика (переносчик – комары рода *Aedes*), проявляется также слабостью, головной болью, артралгиями и артритами [11]. Лихорадки Денге и Чикунгунья, возбудителями которых являются арбовирусы, имеют сходные симптомы (переносчик – комары рода *Aedes*), но при лихорадке Денге характерен геморрагический синдром, а лихорадка Чикунгунья протекает преимуще-

ственно с миалгиями [10, 14, 16, 17, 18, 19]. Патогенные для человека риккетсии, вызывающие, например, пятнистую лихорадку Скалистых гор, Средиземноморскую клещевую лихорадку, лихорадку Западного Нила, Крымскую геморрагическую лихорадку, могут передаваться при укусе зараженных вшей, клещей и блох [13]. Астраханская риккетсиозная лихорадка (АРЛ) – эндемичное для Астраханской области (АО) инфекционное заболевание, случаи которого в основном регистрируются в теплое время года в связи с активностью в это время переносчика – клеща рода *Rhipicephalus pumilio*. Первые упоминания данной болезни в научной литературе появились в 1970-х гг. [8, 9, 16, 20]. В 2013 г. на территории Российской Федерации официально было зарегистрировано 397 случаев заболевания АРЛ, 386 из которых – в АО [2, 3, 4, 5, 9].

Коренное население области в основном осведомлено о симптомах, способах передачи, прогнозе АРЛ, опасности самолечения, оно готово к принятию каких-либо мер для его предупреждения. Примечательно, что более высокая заболеваемость, ранее наблюдавшаяся в районах дельты реки Волги, в последние годы стала смещаться в сторону увеличения числа заболевших в городской черте [6, 7].

Цель: составить медико-социальный портрет потенциального больного Астраханской риккетсиозной лихорадкой.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ 172 случаев обращения за медицинской помощью в ГБУЗ АО «Областная инфекционная клиническая больница им. А.М. Ничоги» в связи с различными заболеваниями, сопровождающимися гипертермией, в том числе – 71 наблюдение с поставленным впоследствии диагнозом «Астраханская риккетсиозная лихорадка» (основная группа) и 101 эпизод – с прочими заболеваниями, сопровождающимися лихорадкой (острая респираторная вирусная инфекция, острая внебольничная пневмония, туберкулез, острый гастроэнтерит) (группа сравнения). На основании жалоб, клинической картины, динамики клинических, эпидемиологических, социальных и демографических характеристик создан медико-социальный портрет больного АРЛ. Статистическую обработку результатов исследования проводили в среде Microsoft Excel с помощью пакета «Анализ данных».

Результаты исследования и их обсуждение. Проанализированы обращения 65 (37,79 %) женщин, 107 (62,21 %) мужчин, в том числе в основной группе: 31 (43,66 %) женщины и 40 (56,34 %) мужчин, в группе сравнения: 34 (33,66 %) женщин и 67 (66,34 %) мужчин.

Заражение человека АРЛ возможно при укусе иксодовых клещей, инфицированных *Rickettsia conorii* subsp. *caspia*, или при контакте с гемолимфой данных насекомых, возможном при раздавливании клеща в процессе снятия его с кожных покровов или слизистых [9, 10, 15, 16, 17]. Соответственно, шансы «встречи» с данным заболеванием у человека тем выше, чем чаще и продолжительнее он находится в местах, где сконцентрированы популяции этих насекомых. Это может быть физическая работа вне офиса, отдых «на дикой природе», за городом, на рыбной ловле, приусадебном участке или на собственном подворье в городе.

Жители города составили 38,03 % (27) и 33,66 % (34) в основной группе и группе сравнения, соответственно (рис. 1).

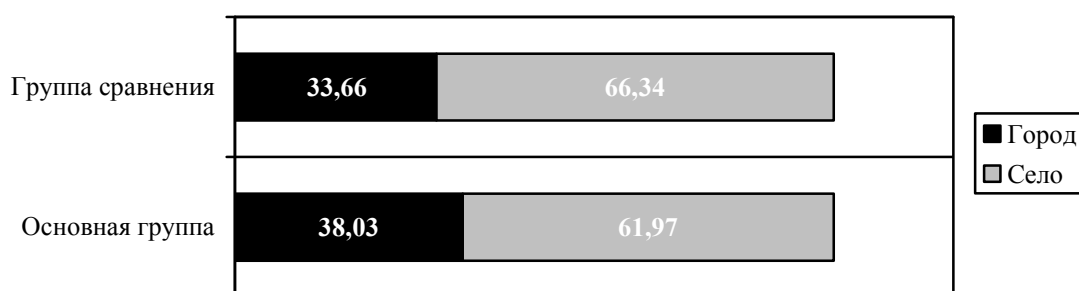


Рис. 1. Структура городских и сельских жителей среди лиц основной группы и группы сравнения (%)

В основной группе преобладали лица, проживающие в Приволжском, Красноярском и Наримановском районах АО, – 19,72, 15,49 и 11,27 %, соответственно. В группе сравнения чаще встречались пациенты из Камызякского, Енотаевского и Володарского районов АО – 10,89, 9,9 и 8,91 %, соответственно (табл. 1).

Таблица 1

Распределение лиц из основной группы и группы сравнения по районам проживания в г Астрахани и АО

Район проживания	Группа сравнения		Основная группа	
	Абс.	%	Абс.	%
г. Астрахань	34	33,66	27	38,03
Ахтубинский район	3	2,97	–	–
Володарский район	9	8,91	2	2,82
Енотаевский район	10	9,90	2	2,82
Икрянинский район	1	0,99	3	4,23
Камызякский район	11	10,89	3	4,23
Красноярский район	5	4,95	11	15,49
Лиманский район	6	5,94	–	–
Наримановский район	5	4,95	8	11,27
Приволжский район	5	4,95	14	19,72
Харабалинский район	4	3,96	1	1,41
Черноярский район	3	2,97	–	–
Временное пребывание на территории Астраханской области	5	4,95	–	–
Итого	101	100	71	100

Примечание: Абс. – абсолютные значения

В обеих группах преобладали лица в возрасте от 40 до 70 лет, однако АРЛ несколько чаще встречалась в возрасте 50+, тогда как в группе сравнения преобладали лица в возрасте 40–70 лет (рис. 2).

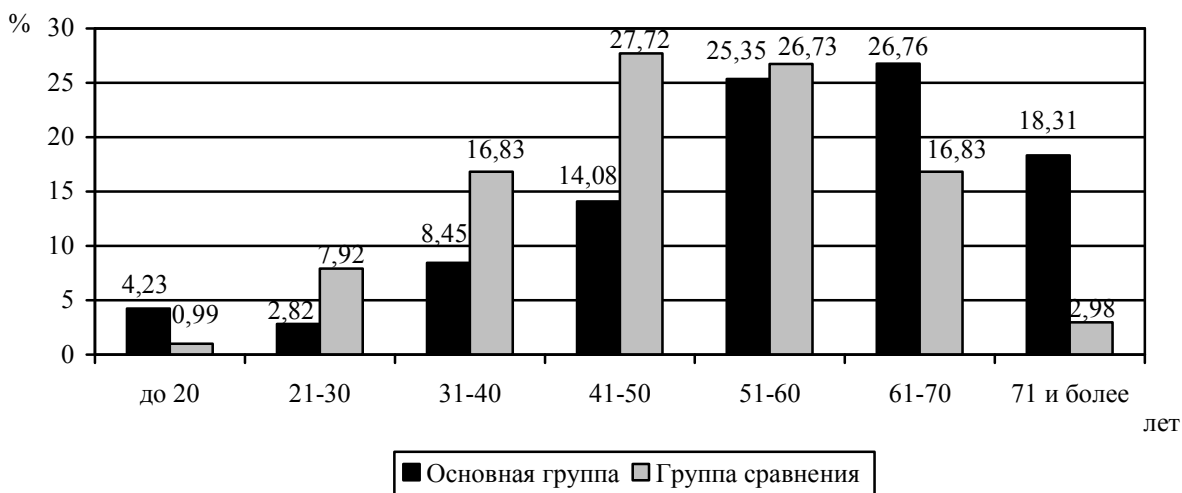


Рис. 2. Распределение по возрастам лиц основной группы и группы сравнения (%)

При анализе возрастного состава и трудовой занятости выявлено, что в основной группе пенсионеры составили 64,79 % (46), лица, работа которых связана с физическим трудом на свежем воздухе, – 12,68 % (9), лица, официально не работающие, – 8,45 % (6), лица, работа которых связана с офисным трудом, – 5,63 % (4), прочие – 8,45 % (6). В группе сравнения соотношение было несколько иным: пенсионеры – 28,71 % (29), официально не работающие – 24,75 % (25), работа связана с физическим трудом – 23,76 % (24), прочие – 15,84 % (16), работа связана с офисным трудом – 6,93 % (7) (рис. 3).

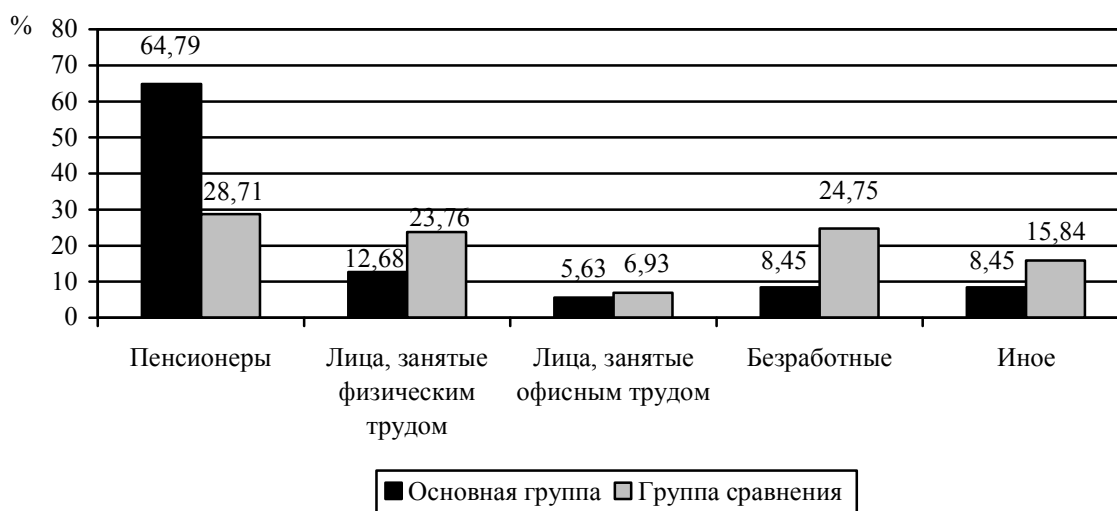


Рис. 3. Структура трудовой занятости лиц основной группы и группы сравнения (%)

Регулярно отдыхают за городом на природе, выезжая на дачу, рыбную ловлю, шашлыки, – 38,03 % (27) и 45,54 % (46) лиц основной группы и группы сравнения, соответственно; иногда – 60,56 % (43) и 36,63 % (37). В то же время – 1,41 % (1) и 5,94 % (6) человек из основной группы и группы сравнения, соответственно, не признают такой вид отдыха, а 11,88 % (12) человек группы сравнения регулярно выезжают за город, но не для отдыха, а по работе (строители, водители и т.д.) (рис. 4).

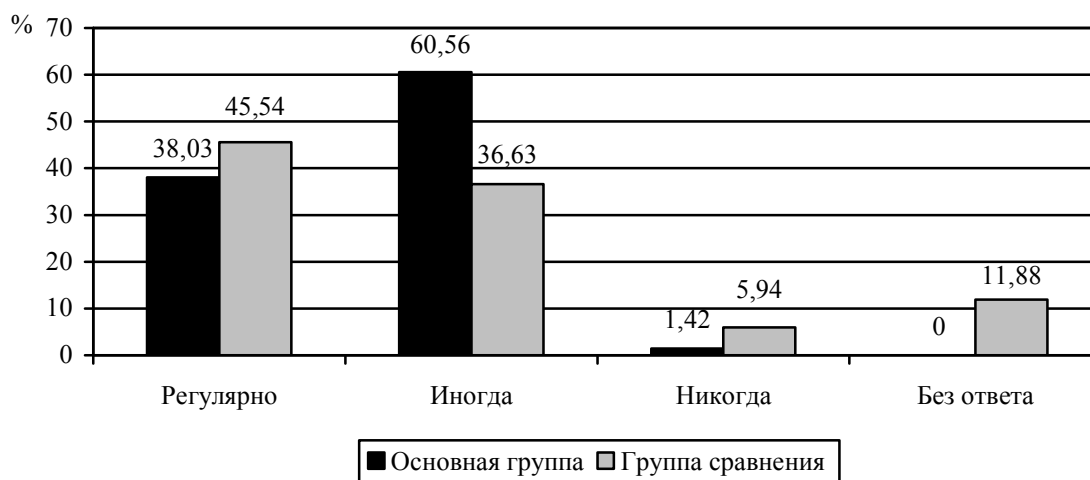


Рис. 4. Частота отдыха на природе или за пределами городской черты лиц основной группы и группы сравнения (%)

Проживали в доме с частичными удобствами 69,77 % (120) обследованных лиц, в квартире со всеми удобствами – 28,49 % (49), в общежитии – 1,16 % (2), иное – 0,58 % (1). Пациенты с АРЛ проживали в квартире со всеми удобствами в 39,44 % (28) случаев, в доме с частичными удобствами – в 60,56 % (43). В группе сравнения проживали в квартире со всеми удобствами 20,79 % (21), в доме с частичными удобствами – 76,24 % (77), в общежитии – 1,98 % (2), иное – 0,99 % (1) (рис. 5).

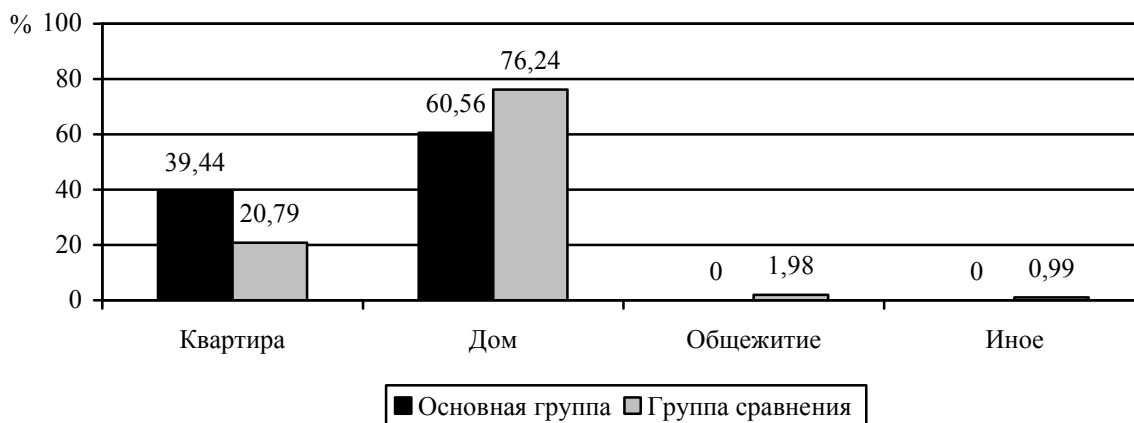


Рис. 5. Место проживания лиц основной группы и группы сравнения (%)

47,67 % (82) человек были женаты/замужем, 13,95 % (24) – разведены, 6,4 % (11) – овдовели, 31,98 % (55) состояли в гражданском браке. Из 71 больного АРЛ 57,75 % (41) были женаты/замужем, 29,58 % (21) – разведены, 7,04 % (5) – овдовели, 5,63 % (4) – в гражданском браке. В семье был один взрослый – 30,99 % (22) и 50,5 % (51), двое взрослых – 38,03 % (27) и 30,69 % (31), трое – 23,94 % (17) и 7,92 % (8), четверо и более – 7,04 % (5) и 9,9 % (10) в основной группе и группе сравнения, соответственно. Один ребенок в семье был у 62,07 % (18) и 14,85 % (15), два ребенка – у 24,14 % (7) и 10,89 % (11) в основной группе и группе сравнения, соответственно.

Преобладали лица со средним образованием – 45,07 % (32) и 51,49 % (52) и средним техническим образованием – 47,89 % (34) и 37,62 % (38), высшее образование было у 5,63 % (4) и 9,9 % (10); окончили 9 классов школы 1,41 % (1) и 0,99 % (1) в основной группе и группе сравнения, соответственно.

Сбор урожая на даче, рыбная ловля – это «отдых», считают 14,08 % (10) и 16,83 % (17); «источник дополнительного дохода» – 36,62 % (26) и 33,66 % (34); «основные продукты питания» – 1,41 % (1) и 6,93 % (7); «отдых и расширение рациона питания» – 46,48 % (33) и 30,69 % (31); «источник основного дохода» – 1,41 % (1) и 11,88 % (12) лиц основной группы и группы сравнения, соответственно. Расценивают свое питание как «разнообразное и полноценное» 23,94 % (17) и 41,58 % (42); употребляют овощи и фрукты только в сезон 46,48 % (33) и 30,69 % (31); употребляют мясо и/или птицу не чаще 2 раз в неделю 29,58 % (21) и 25,74 % (26) лиц основной группы и группы сравнения, соответственно. 1,98 % (2) человек из группы сравнения были вегетарианцами.

В общем состоянии своего здоровья оценивают как хорошее – 45,07 % (32) и 52,48 % (53); как удовлетворительное – 49,3 % (35) и 43,56 % (44); затрудняются ответить – 5,63 % (4) и 1,98 % (2) человек основной группы и 33,8 % (24) и 35,21 % (25) – из группы сравнения, соответственно. В группе сравнения в двух случаях пациенты расценили свое здоровье как «плохое» (1,98 %).

Травмы в анамнезе были у 4,23 % (3) и 7,92 % (8); операции – у 15,49 % (11) и 15,84 % (16) лиц основной группы и группы сравнения соответственно. Сопутствующие заболевания встречались в единичных случаях, среди них лидировала артериальная гипертензия в обеих группах (табл. 2).

Подавляющее большинство пациентов в обеих группах (91,55 % и 83,17 %) проходили диспансеризацию (профилактический медосмотр) более 5 лет назад. Ежегодную диспансеризацию проходило 8,45 % (6) и 12,87 % (13) лиц основной и группы сравнения, соответственно; 1 раз в 2 года – 3,96 % (4) пациентов только из группы сравнения.

Предпочитают обращаться за медицинской помощью при первых признаках инфекционного заболевания (повышение температуры, кашель и т.д.) 9,86 % (7) и 11,88 % (12); «в крайнем случае, так как предпочитают народные способы лечения» – 28,17 % (20) и 27,72 % (28); в основном справляются сами («лечусь тем, что рекомендует продавец в аптеке») – 29,58 % (21) и 31,68 % (32) лиц в основной группе и группе сравнения, соответственно. «Все зависит от самочувствия: если легкая простуда – обхожусь сам, при высокой температуре, кашле – вызову врача» утверждает 21,58 % (21) человек из основной группы и 21,78 % (22) – из группы сравнения. 1 раз в 6 месяцев проходит амбулаторное или стационарное лечение 1,41 % (1) и 5,94 % (6); 1 раз в год – 7,04 % (5) и 7,92 % (8);

менее 1 раза в год – 18,31 % (13) и 7,92 % (8) лиц основной и группы сравнения, соответственно. За медицинской помощью стараются обращаться так редко, что не могут вспомнить, когда это было в последний раз, – 59,15 % (42) и 69,31 % (70) лиц основной и группы сравнения, соответственно.

Таблица 2

Сопутствующие заболевания у лиц из основной группы и группы сравнения

Сопутствующие заболевания	Основная группа		Группа сравнения	
	Абс.	%	Абс.	%
Артериальная гипертензия	6	3,49	8	7,92
Хронический бронхит	–	–	5	4,95
Хронический гастрит	4	2,33	–	–
Гепатит	2	1,16	1	0,99
Грыжа	–	–	2	1,98
Язвенная болезнь	4	2,33	–	–
Пиелонефрит	2	1,16	1	0,99
Инфаркт	–	–	2	1,98
Инсульт	–	–	1	0,99
Рак молочной железы	1	0,58	1	0,99
Узловая струма	2	1,16	1	0,99
Хронический холецистит	1	0,58	5	4,95
Сахарный диабет	3	1,74	1	0,99

Примечание: Абс. – абсолютные значения

До обращения за медицинской помощью в связи с развитием настоящего инфекционного заболевания 52,11 % (37) и 63,37 % (64) обследованных лиц в основной группе и группе сравнения, соответственно, не знали о существовании АРЛ. Источником информации об АРЛ был доктор инфекционного стационара у 54,93 % (39) и 43,56 % (44); материалы на стенде или листовки в поликлинике – у 1,41 % (1) и 5,94 % (6); знакомые – у 43,66 % (31) и 33,66 % (34); телевидение – у 12,68 % (9) и 13,86 % (14); Интернет – у 1,41 % (1) и 8,91 % (9) лиц в основной группе и группе сравнения, соответственно. В то же время утверждают, что заражение АРЛ возможно при укусе клеща 70,42 % (50) и 61,39 % (62); при любом контакте с клещом (его раздавливании, снятии с одежды, животного) – 59,15 % (42) и 39,6 % (40); при укусе комара или мошки – 43,66 % (31) и 52,48 % (53) лиц в основной группе и группе сравнения, соответственно, причем 8,91 % (9) человек из группы сравнения считают, что одним из источников может быть и больной человек.

Госпитализация посредством самообращения пациентов основной группы была осуществлена в 11 случаях (15,5 %), в 38 (84,4 %) больные были доставлены каретой скорой помощи. В группе сравнения самообращение было в 20 случаях (19,8 %).

В основной группе первые симптомы заболевания в виде слабости, головной боли, лихорадки, болей в мышцах появлялись в сроки от 1 до 11 дней до поступления в стационар ($4,4 \pm 1,3$ дня). До госпитализации лихорадка беспокоила от 1 до 7 дней ($3,6 \pm 1,5$ дней) на уровне $37,5\text{--}40,1^\circ\text{C}$.

В группе сравнения первые признаки заболевания в виде снижения аппетита, слабости и гипертермии появлялись в сроки от 1 до 30 дней до момента госпитализации ($7,2 \pm 4,3$ дня). Чем выше была лихорадка, тем меньше был срок между началом заболевания и обращением за медицинской помощью ($r = 0,8$).

У пациентов с АРЛ характерная пятнисто-папулезная сыпь появлялась на 1–7 день от начала заболевания ($3,2 \pm 1,0$ дня), причем экзантема была решающим симптомом, по поводу которого люди обращались за медицинской помощью, если ранее предпочитали ограничиться симптоматическим самолечением ($r = 0,9$). При осмотре были отмечены такие признаки заболевания, как гиперемия зева (100 %), склерит (83 %), заложенность носа (4,2 %), увеличение периферических лимфоузлов (31 %), гепатомегалия (35,2 %), которые пациенты, напротив, не принимали во внимание, считая несущественными симптомами. Респираторной патологии не выявлялось, сатурация составляла $97,6 \pm 1,0$ %.

У 66 (93 %) пациентов заболевание протекало в средней степени тяжести, у 3 (4,2 %) заболевших зафиксировано тяжелое течение с развитием инфекционно-токсического шока, сердечно-сосудистой недостаточности или инфекционно-токсической почки.

На электрокардиограмме отклонения от нормы в виде мерцательной аритмии, неполной блокады правой ножки пучка Гиса, гипертрофии левого желудочка, нарушения внутрижелудочковой проводимости, метаболических нарушений миокарда выявлены у 23 (32,4 %) пациентов. При исследовании крови обнаружены: анемия – у 4 (8,9 %) больных, лейкоцитоз – у 6 (8,9 %) обследованных,

лейкопения – у 15 (21,1 %) пациентов, тромбоцитопения – у 56 (78,9 %) человек, ускорение скорости оседания эритроцитов – у 35 (49,3 %) пациентов, повышение содержания мочевины – у 6 (8,9 %) обследованных, креатинина – у 36 (50,7 %) человек, аланинаминотрансферазы – у 31 (43,7 %) больного.

Все пациенты получали этиотропную (доксциклин) и патогенетическую (инфузионная) терапию. Нормализация температуры наступала на 2–7 день терапии ($3,6 \pm 1,5$ дня), в общей сложности продолжительность лихорадки составила $8,0 \pm 2,0$ дня, сыпь исчезала на 4–10 день терапии ($6,0 \pm 1,1$ дней). Во всех случаях через 5–15 дней ($7,7 \pm 1,5$) антибактериальной терапии заболевание закончилось выздоровлением.

Для профилактики заражения АРЛ лица основной группы и группы сравнения, соответственно, использовали одежду с длинным рукавом и брюки в 61,97 % (44) и 51,49 % (52); закрытую обувь – в 91,55 % (65) и 66,34 % (67); головные уборы – в 92,96 % (66) и 81,19 %; репелленты – в 32,39 % (23) и 32,67 % (33) случаев. Считают, что клещей способны отпугивать масло ванили и масло гвоздики 22,77 % (23) и 23,76 % (24) из лиц основной группы и 33,8 % (24) и 35,21 % (25) – из группы сравнения, соответственно.

Для профилактики АРЛ в последующем планируют использовать репеллент 19,72 % и 15,84 %; репеллент и специальную одежду с длинными рукавами и брюки – 8,45 % и 7,92 %; репеллент и противовирусные препараты – 14,08 % и 13,86 %; спецодежду с длинными рукавами и брюки – 5,63 % и 1,98 %; противовирусные препараты – 2,82 % и 4,95 %; репеллент, специальную одежду (с длинными рукавами, брюки) и противовирусные препараты – 1,41 % и 2,97 % лиц основной и группы сравнения, соответственно. Самым популярным оказался ответ «для профилактики АРЛ ничего не планирую» – так ответило 43,66 % лиц из основной группы и 44,55 % – из группы сравнения (рис. 6).

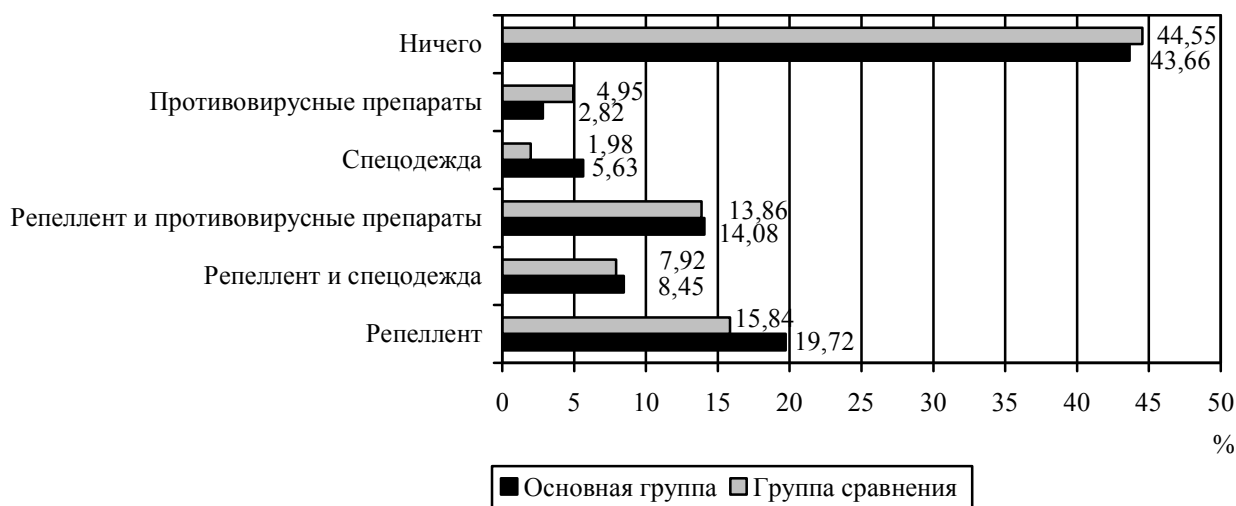


Рис. 6. Частота вариантов профилактики АРЛ среди лиц основной группы и группы сравнения (%)

Клинический пример. Мужчина 3., 52 года. Поступил в приемное отделение ГБУЗ АО «Областная инфекционная клиническая больница им. А.М. Ничоги» с жалобами на головную боль, слабость, повышение температуры до $38-39^{\circ}\text{C}$ и сыпь. При осмотре отмечено состояние средней степени тяжести, температура тела – $39,2^{\circ}\text{C}$, склерит, зев умеренно гиперемирован, миндалины не увеличены, язык обложен сероватым налетом, кариозных зубов нет. На коже конечностей, туловища, ладонях и подошвах определяется пятнисто-папулезная сыпь. Периферические лимфоузлы (подмышечные, передне- и заднешейные, паховые) увеличены до 1 степени, мягкоэластичные, безболезненные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений – 22 в 1 мин. Тоны сердца умеренно приглушены, систолический шум на верхушке. Частота сердечных сокращений – 94 в 1 мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень +1,5; +1; +0,5 см, край заострен, пальпация безболезненна. Селезенка не пальпируется. Из анамнеза выяснено, что лихорадка и слабость беспокоят пациента четвертые сутки, лечился ранее самостоятельно (принимал парацетамол, чай с малиной, растирал кожные покровы водкой), улучшения не отмечалось. В день обращения заметил на коже верхних и нижних конечностей сыпь, в связи с чем вызвал карету скорой помощи. Проживает

в Астрахани, в квартире со всеми удобствами, с женой и ребенком 15 лет. Работает автослесарем, каждые выходные выезжает на приусадебный участок, где выращивает овощи. 2 недели назад выехал в Приволжский район Астраханской области на рыбную ловлю. Со слов пациента, про АРЛ знает давно, считает, что данное заболевание возникает после укуса комаров или клещей и проявляется кратковременной лихорадкой и сыпью, для профилактики достаточно просто быть внимательнее на природе при выборе места для отдыха («чтобы рядом не было клещей») и использовать репеллент для отпугивания комаров. Обследован. В общем анализе крови – гемоглобин – 138 г/л, тромбоциты – 155×10^9 /л, лейкоциты – $5,4 \times 10^9$ /л, палочкоядерные – 4, сегментоядерные – 72, лимфоциты – 24, скорость оседания эритроцитов – 8 мм/ч. На электрокардиограмме – синусовая тахикардия. Результат полимеразной цепной реакции на АРЛ – положительно.

Назначена этиотропная (доксциклин) и инфузионная терапия. Нормализация температуры наступила на 4 день пребывания в стационаре, экзантема разрешилась на 6 день, на 8 день выписан с выздоровлением.

Заключение. Среднестатистический больной Астраханской риккетсиозной лихорадкой сегодня – это женатый мужчина старше 50 лет, со среднетехническим образованием, проживающий в г. Астрахани или в Приволжском, Красноярском, Наримановском районах Астраханской области в доме с частичными удобствами. Увлекается рыбной ловлей и работой на приусадебном участке, имеет скромный материальный достаток, в связи с чем данное «хобби», как правило, является источником дополнительного дохода и расширяет рацион питания его семьи. Предпочитает как можно реже обращаться за специализированной медицинской помощью (менее 1 раза в год), лечится при необходимости, народными средствами или руководствуясь рекомендациями сотрудника аптеки. Имеет общее представление об Астраханской риккетсиозной лихорадке как инфекционной болезни. Допускает возможность заражения как при укусе насекомых (в основном клеща, но, возможно, и комара, мошки), иногда использует для профилактики репеллент (причисляя к нему масло ванили и гвоздики), защитную одежду, закрытую обувь, но часто пренебрегает даже и этими нехитрыми мерами безопасности. Заболевание у него начиналось со слабости, головной боли, болей в мышцах, лихорадки, средняя продолжительность которой до начала специфической терапии составляла $3,6 \pm 1,5$ дней. Лихорадку пациент предпочитал лечить народными средствами или согласно рекомендациям фармацевта в аптеке. Через $3,2 \pm 1,0$ дня от начала заболевания, когда на высоте лихорадки появлялась экзантема, обращался за специализированной медицинской помощью в состоянии средней степени тяжести. На фоне этиотропной терапии в стационаре нормализация температуры наступала через $3,6 \pm 1,5$ дня, в общей сложности продолжительность лихорадки составила $8,0 \pm 2,0$ дня, сыпь исчезала через $6,0 \pm 1,1$ дней и через $7,7 \pm 1,55$ дней наступало выздоровление.

Список литературы

1. Бедлинская, Н. Р. Эпидемиологические аспекты Астраханской риккетсиозной лихорадки на территории Астраханской области / Н. Р. Бедлинская, Х. М. Галимзянов, Е. В. Мирекина, Р. С. Аракельян, А. А. Алиева, О. Н. Горева / В сборнике: Актуальные вопросы современной медицины. Материалы II Международной конференции Прикаспийских государств (г. Астрахань, 5–6 октября 2017 г.). – Астрахань : Изд-во Астраханского ГМУ, 2017. – С. 16–18.
2. Галимзянов, Х. М. Клинико-эпидемиологические особенности Астраханской риккетсиозной лихорадки / Х. М. Галимзянов, В. В. Василькова, Б. И. Кантемирова, И. О. Лунина // Пест-Менеджмент. – 2018. – Т. 105, № 1. – С. 18–22.
3. Ковалевская, А. А. Риск-ориентированная характеристика современной эпидемиологической обстановки в Астраханской области по Крымской геморрагической лихорадке / А. А. Ковалевская, О. Л. Василькова, Б. Л. Агапов, Е. В. Куклев, В. А. Сафронов, Ю. И. Ящечкин, В. П. Топорков, С. А. Щербакова, Н. Н. Никешина, Л. Н. Носкова, Т. Е. Аршба, Г. Г. Руденко, А. М. Шишлонов // Проблемы особо опасных инфекций. – 2018. – № 4. – С. 58–62.
4. Колчин, Е. А. Анализ проявления Астраханской риккетсиозной лихорадки на территории Астраханской области / Е. А. Колчин, А. Н. Бармин, Н. С. Шуваев, И. С. Шарова // Экология России: на пути к инновациям. – 2015. – № 11. – С. 95–98.
5. Лунина, И. О. Современные клинико-экологические особенности Астраханской риккетсиозной лихорадки / И. О. Лунина, Х. М. Галимзянов, В. В. Василькова // В сборнике: когнитивные аспекты развития бизнеса и общества. Сборник статей Международной научно-практической конференции. (г. Москва, 14 марта 2018 г.). – М. : Импульс, 2018. – С. 386–388.
6. Углева, С. В. Астраханская риккетсиозная лихорадка-клещевой риккетсиоз на территории Нижнего Поволжья / С. В. Углева, А. В. Тутельян, С. В. Шабалина // Инфекционные болезни. – 2018. – Т. 16, № 2. – С. 86–91.

7. Углева, С. В. Итоги и перспективы изучения клещевых трансмиссивных лихорадок (на примере Астраханской риккетсиозной лихорадки) / С. В. Углева, С. В. Шабалина, В. И. Покровский // *Инфекционные болезни*. 2016. – Т. 14, № 4. – С. 5–10.
8. Углева, С. В. Современная эпидемиолого-энтомологическая оценка трансмиссивных лихорадок, доминирующих на территории Астраханской области / С. В. Углева, А. В. Буркин, С. В. Шабалина // *Эпидемиология и Вакцинопрофилактика*. – 2011. – Т. 59, № 4. – С. 5–11.
9. Углева, С. В. Эпидемиологическая характеристика природно-очаговых заболеваний с трансмиссивным механизмом передачи, доминирующих на территории Астраханской области / С. В. Углева, А. В. Буркин, И. Э. Борисова, С. В. Шабалина // *Дальневосточный журнал инфекционной патологии*. – 2010. – № 17. – С. 167–173.
10. Чикунгунья. Всемирная организация здравоохранения. – 2020. – Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/chikungunya>, свободный. – Заглавие с экрана. – Яз. рус. – Дата обращения: 27.01.2020.
11. Christofferson, R. C. Zika Virus Emergence and Expansion: Lessons Learned from Dengue and Chikungunya May Not Provide All the Answers / R. C. Christofferson // *Am. J. Trop. Med. Hyg.* – 2016. – Vol. 95, № 1. – P. 15–18. doi: 10.4269/ajtmh.15-0866.
12. Huntington, M. K. Emerging Vector-Borne Diseases / M. K. Huntington, J. Allison, D. Nair // *Am. Fam. Physician*. – 2016. – Vol. 94, № 7. – P. 551–557.
13. Luce-Fedrow, A. Strategies for detecting rickettsiae and diagnosing rickettsial diseases / A. Luce-Fedrow, K. Mullins, A. P. Kostik, H. K. St John, J. Jiang, A. L. Richards // *Future Microbiol.* – 2015. – Vol. 10, № 4. – P. 537–564. doi: 10.2217/fmb.14.141.
14. Merle, H. Ocular manifestations of emerging arboviruses: Dengue fever, Chikungunya, Zika virus, West Nile virus, and yellow fever / H. Merle, A. Donnio, A. Jean-Charles, J. Guyomarch, R. Hage, F. Najioullah, R. Césaire, A. Cabié // *J. Fr. Ophtalmol.* – 2018. – Vol. 41, № 6. – e235–e243. doi: 10.1016/j.jfo.2018.05.002.
15. Peters, C. J. Emerging infections: lessons from the viral hemorrhagic fevers / C. J. Peters // *Trans. Am. Clin. Climatol. Assoc.* – 2006. – Vol. 117. – P. 189–196; discussion 196–197.
16. Sam, S. S. Review of Dengue hemorrhagic fever fatal cases seen among adults: a retrospective study / S. S. Sam, S. F. Omar, B. T. Teoh, J. Abd-Jamil, S. AbuBakar // *PLoS Negl. Trop. Dis.* – 2013. – Vol. 7, № 5. – e2194. doi: 10.1371/journal.pntd.0002194.
17. White, M. K. Zika virus: An emergent neuropathological agent / M. K. White, H. S. Wollebo, J. David Beckham, K. L. Tyler, K. Khalili // *Ann. Neurol.* – 2016. – Vol. 80, № 4. – P. 479–489. doi: 10.1002/ana.24748.
18. Wiemer, D. Dengue fever: Symptoms, epidemiology, entomology, pathogen diagnosis and prevention / D. Wiemer, H. Frickmann, A. Krüger // *Hautarzt*. – 2017. – Vol. 68, № 12. – P. 1011–1020. doi: 10.1007/s00105-017-4073-6.
19. Xavier-Carvalho C. Host genetics and dengue fever / C. Xavier-Carvalho, C. C. Cardoso, F. de Souza Kehdy, A. G. Pacheco, M. O. Moraes // *Infect. Genet. Evol.* – 2017. – Vol. 56. – P. 99–110. doi: 10.1016/j.meegid.2017.11.009.
20. Zhu, Y. Proposal to create subspecies of *Rickettsia conorii* based on multi-locus sequence typing and an emended description of *Rickettsia conorii* / Y. Zhu, P. E. Fournier, M. Ereemeeva, D. Raoult // *BMC Microbiol.* – 2005. – № 5. – P. 11. doi: 10.1186/1471-2180-5-11.

References

1. Bedlinskaya N. R., Galimzyanov Kh. M., Mirekina Ye. V., Arakel'yan R. S., Aliyeva A. A., Goreva O. N. *Epidemiologicheskiye aspekty Astrakhanskoy rikketsioznoy likhoradki na territorii Astrakhanskoy oblasti* [Epidemiological aspects of the Astrakhan rickettsial fever in the Astrakhan region]. *Materialy II Mezhdunarodnoy konferentsii Prikaspiyskikh gosudarstv "Aktual'nyye voprosy sovremennoy meditsiny"* [Materials of the II International Conference of the Caspian States "Actual issues of modern medicine". October 5–6, 2017]. Astrakhan. Publishing house of the Astrakhan State Medical University, 2017, pp. 16–18.
2. Galimzyanov Kh. M., Vasil'kova V. V., Kantemirova B. I., Lunina I. O. *Kliniko-epidemiologicheskiye osobennosti Astrakhanskoy rikketsioznoy likhoradki* [Clinical and epidemiological features of the Astrakhan rickettsial fever]. *Pest-Menedzhment* [Pest Management], 2018, vol. 105, no. 1, pp. 18–22.
3. Kovalevskaya A. A., Vasil'kova O. L., Agapov B. L., Kuklev Ye. V., Safronov V. A., Yashechkin Yu. I., Toporkov V. P., Shcherbakova S. A., Nikeshina N. N., Noskova L. N., Arshba T. Ye., Rudenko G. G., Shishlonov A. M. *Risk-orientirovannaya kharakteristika sovremennoy epidemiologicheskoy obstanovki v Astrakhanskoy oblasti po Krymskoy gemorragicheskoy likhoradke* [Risk-based characteristics of the current epidemiological situation in the Astrakhan region for Crimean hemorrhagic fever]. *Problemy osobo opasnykh infektsiy* [Problems of especially dangerous infections], 2018, no. 4, pp. 58–62.
4. Kolchin Ye. A., Barmin A. N., Shuvayev N. S., Sharova I. S. *Analiz proyavleniya Astrakhanskoy rikketsioznoy likhoradki na territorii Astrakhanskoy oblasti* [Analysis of the manifestation of the Astrakhan rickettsial fever in the Astrakhan region]. *Ekologiya Rossii: na puti k innovatsiyam* [Ecology of Russia: Towards Innovation], 2015, no. 11, pp. 95–98.

5. Lunina I. O., Galimzyanov Kh. M., Vasil'kova V. V. Sovremennyye kliniko-ekologicheskiye osobennosti Astrakhanskoy rickettsioznoy likhoradki [Modern clinical and ecological features of the Astrakhan rickettsial fever]. V sbornike: kognitivnyye aspekty razvitiya biznesa i obshchestva. Sbornik statey Mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii [In the collection: cognitive aspects of business and society development. Collection of articles of the International Scientific and Practical Conference]. Moscow, Impuls, 2018, pp. 386–388.
6. Ugleva S. V., Tutel'yan A. V., Shabalina S. V. Astrakhanskaya rickettsioznaya likhoradka – kleshchevoy rickettsioz na territorii Nizhnego Povolzh'ya [Astrakhan rickettsial fever – tick-borne rickettsiosis in the Lower Volga region]. *Infektsionnyye bolezni* [Infectious diseases], 2018, vol. 16, no. 2, pp. 86–91.
7. Ugleva S. V., Shabalina S. V., Pokrovskiy V. I. Itogi i perspektivy izucheniya kleshchevykh transmissivnykh likhoradok (na primere Astrakhanskoy rickettsioznoy likhoradki) [Results and prospects of the study of tick-borne transmission fevers (on the example of the Astrakhan rickettsial fever)]. *Infektsionnyye bolezni* [Infectious diseases], 2016, vol. 14, no. 4, pp. 5–10.
8. Ugleva, S. V., Burkin A. V., Shabalina S. V. Sovremennaya epidemiologo-entomologicheskaya otsenka transmissivnykh likhoradok, dominiruyushchikh na territorii Astrakhanskoy oblasti [Modern epidemiological and entomological assessment of vector-borne fevers prevailing in the Astrakhan region]. *Epidemiologiya i Vaktsinoprofilaktika* [Epidemiology and Vaccine Prophylaxis], 2011, vol. 59, no. 4, pp. 5–11.
9. Ugleva S. V., Burkin A. V., Borisova I. E., Shabalina S. V. Epidemiologicheskaya kharakteristika prirodno-ochagovykh zabolevaniy s transmissivnym mekhanizmom peredachi, dominiruyushchikh na territorii Astrakhanskoy oblasti [Epidemiological characteristics of natural focal diseases with a transmission mechanism of transmission, dominant on the territory of the Astrakhan region]. *Dal'nevostochnyy zhurnal infektsionnoy patologii* [Far Eastern Journal of Infectious Pathology], 2010, no. 17, pp. 167–173.
10. Chikugun'ya. Vsemirnaya organizatsiya zdravookhraneniya [Chikugunya. World Health Organization], 2020. Available at : <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/chikugunya> (accessed 27 January 2020).
11. Christofferson R. C. Zika Virus Emergence and Expansion: Lessons Learned from Dengue and Chikungunya May Not Provide All the Answers. *Am. J. Trop. Med. Hyg.*, 2016, vol. 95, no. 1, pp. 15–18. doi: 10.4269/ajtmh.15-0866.
12. Huntington M. K., Allison J., Nair D. Emerging Vector-Borne Diseases. *Am. Fam. Physician.*, 2016, vol. 94, no. 7, pp. 551–557.
13. Luce-Fedrow A., Mullins K., Kostik A. P., St John H. K., Jiang J., Richards A. L. Strategies for detecting rickettsiae and diagnosing rickettsial diseases. *Future Microbiol.*, 2015, vol. 10, no. 4, pp. 537–564. doi: 10.2217/fmb.14.141.
14. Merle H., Donnio A., Jean-Charles A., Guyomarch J., Hage R., Najioullah F., Césaire R., Cabié A. Ocular manifestations of emerging arboviruses: Dengue fever, Chikungunya, Zika virus, West Nile virus, and yellow fever. *J. Fr. Ophtalmol.*, 2018, vol. 41, no. 6, e235–e243. doi: 10.1016/j.jfo.2018.05.002.
15. Peters, C. J. Emerging infections: lessons from the viral hemorrhagic fevers. *Trans. Am. Clin. Climatol. Assoc.*, 2006, vol. 117, pp. 189–196; discussion 196–197.
16. Sam S. S. Review of Dengue hemorrhagic fever fatal cases seen among adults: a retrospective study / S. S. Sam, S. F. Omar, B. T. Teoh, J. Abd-Jamil, S. AbuBakar. *PLoS Negl Trop Dis.*, 2013, vol. 7, no. 5, e2194. doi: 10.1371/journal.pntd.0002194.
17. White M. K., Wollebo H. S., David Beckham J., Tyler K. L., Khalili K. Zika virus: An emergent neuropathological agent. *Ann. Neurol.*, 2016, vol. 80, no. 4, pp. 479–489. doi: 10.1002/ana.24748.
18. Wiemer D., Frickmann H., Krüger A. Dengue fever: Symptoms, epidemiology, entomology, pathogen diagnosis and prevention. *Hautarzt.*, 2017, vol. 68, no. 12, pp. 1011–1020. doi: 10.1007/s00105-017-4073-6.
19. Xavier-Carvalho C., Cardoso C. C., de Souza Kehdy F., Pacheco A. G., Moraes M. O. Host genetics and dengue fever. *Infect. Genet. Evol.*, 2017, vol. 56, p. 99–110. doi: 10.1016/j.meegid.2017.11.009.
20. Zhu Y., Fournier P. E., Eremeeva M., Raoult D. Proposal to create subspecies of *Rickettsia conorii* based on multi-locus sequence typing and an emended description of *Rickettsia conorii*. *BMC Microbiol.*, 2005, no. 5, p. 11. doi: 10.1186/1471-2180-5-11.