

1,2±0,1 у.е (r=0,46, p<0,05). В период регресса клинических проявлений содержание дефензинов снижалось до 90±7,4 ng/ml (p<0,05), а ЛИ повышался до 1,5±0,1 у.е. При менингоэнцефалитической форме течения микст-инфекции (11 чел -23,9%) отмечалось наибольшее нарастание концентрации дефензинов, в отличие от менингеальной формы, в остром периоде 189±7,4 ng/ml (p<0,05) и находилось в прямой зависимости с ЛИ-1 1,8±0,1 у.е (r 0,8 p<0,05). В период регресса общеинфекционных проявлений отмечалось снижение дефензинов до 138±5,4 ng/ml (p<0,05) что соответствовало динамике ЛИ- II 1,6±0,1 у.е. В сравнении с моноинфекцией КЭ (11 чел- 6,5%), содержание дефензинов (135±7,4 ng/ml) было выше (p<0,05) и соответствовало значению ЛИ-1 1,7±0,1 у.е., в период регресса клинических проявлений дефензины и ЛИ снижались до 83±5,4ng/ml и 1,2у.е соответственно. Достоверных отличий ЛИ при соответствующих формах моно- и микст-инфекции (при p<0,05) не выявлено.

Заключение. Исследование динамики люциферазной активности и уровня дефензинов позволяет оценить степень участия организма в воспалительных реакциях, отражая активность патологического процесса. Несоответствие степени выраженности клинических проявлений и уровня повышения люциферазной активности в сочетании с высоким содержанием дефензинов в динамике заболевания является прогностически неблагоприятным признаком и соответствует более тяжелому течению заболевания.

**Н.Н. Воробьева, Е.А. Макарова,
Е.Г. Градобоева, В.И. Фризен**

ХИМИОПРОФИЛАКТИКА КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА

Пермская государственная медицинская академия имени Е.А.Вагнера

Государственное учреждение здравоохранения «Краевая клиническая инфекционная больница». г. Пермь

В связи с длительной схемой иммунизации против клещевого энцефалита (КЭ), необходимостью ревакцинаций, наличием противопоказаний, а также недостаточной эффективностью и высокой себестоимостью специфического иммуноглобулина проводится поиск новых средств экстренной профилактики инфекций.

Цель исследования. Изучить эффективность применения противовирусного химиопрепарата ПК-Мерц (амантадин сульфат) для профилактики КЭ. Материалы и методы. В эпидсезоны 2007-2008гг. в краевой клинической инфекционной больнице г. Перми проведено клиническое наблюдение и серологическое (ИФА) обследование 26 пациентов (от 20 до 63 лет) с присасыванием вирусофорных клещей, не вакцинированных против КЭ и не получавших экстренную иммуноглобулиновую профилактику вследствие позднего обращения (4 сутки и более). Пациентам назначали таблетированную форму препарата ПК-Мерц в дозе 100мг 2 раза в сутки перорально курсом 5 дней. Группу сравнения составили 64 пациента без медикаментозной профилактики в связи с поздним обращением.

Результаты. У пациентов, получавших ПК-Мерц, случаев заболеваний КЭ не установлено. Напротив, в группе сравнения у 29 (45,3%) человек верифицирован диагноз КЭ: у 23 пациентов - лихорадочная форма, у 3 -менингеальная и у 3 - очаговая. У 5 человек (17,2%) наблюдался двухволновый вариант течения инфекции. Профилактика ПК-Мерцем показала высокий результат приверженности пациентов - 93%, причем основными факторами, повышающими ее, были: удобство применения препарата, доступность, хорошая переносимость.

Заключение. Таким образом, установлена

значительная эффективность ПК-Мерца в качестве средства поздней профилактики КЭ, когда нецелесообразно введение прогивознцефалитного иммуноглобулина.

В.И. Вотяков, И.И. Протас, А.И. Корзан

КЛЕЩЕВОЙ ЭНЦЕФАЛИТ В БРЕСТСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Республиканский научно-практический центр эпидемиологии и микробиологии

Введение. До 1952 г. основная доля КЭ отмечалась на территории Беловежской пуши. Именно здесь был выделен в 1940 году вирус КЭ, здесь же работали экспедиции Л.А. Зильбера с участием неврологов И.С. Глазунова и Л.М. Поповой (1949), обследовавшие больных, перенесших КЭ с картиной серозного менингита «О заболевании людей шотландским энцефалитом» (Вопросы мед. вирусологии. — 1949. — С. 50-55).

Постоянное наблюдение за очагами начато с 1955 года, регистрировались лишь отдельные случаи среди заболевших работников пуши. В 1993-2006 гг. зарегистрировано 425 больных с трансмиссивным путем инфицирования (96.3%).

Цель исследования. Дать клинико-эпидемиологическую характеристику КЭ в регионе Беловежской пуши и прилегающих к ней районах области.

Пациенты и методы исследования. Обследовано 430 больных КЭ. Помимо эпиданамнеза выполнялась лабораторная диагностика методом ИФА в парных сыворотках, при обнаружении специфических антител класса МиG. В 4 случаях неврологический статус в динамике — микст-инфекция (КЭ+ЛБ).

Результаты исследований подвергнуты

статистической обработке на персональном компьютере с использованием программы Microsoft Excel XP.

Результаты. Динамика заболеваемости КЭ на территории области имела выраженную тенденцию к росту с максимальным показателем в 1996 году (4,1 случая на 100000 населения). По отдельным территориям показатель достигал 50.1 и 52.5 на 100000 в отдельные годы. Обострение эпидемической ситуации по КЭ на территории области происходило в основном за счет сельского населения, доля которого по очаговым территориям достигала 70%. В период с 1955 по 1992 годы основная доля заболеваний КЭ приходилось на Государственный национальный парк «Беловежская пуша» — 77.5%. Отличительной чертой 1993-2006 гг. от периода 1955-1992 гг. стал тот факт, что помимо «основной» очаговой территории ГНП «Беловежская пуша» — случаи заболеваний КЭ начали регистрироваться на 8 новых территориях области, что свидетельствовало об изменении ареала болезни КЭ. Ведущим путем инфицирования как в период с 1955 по 1992, так и в период с 1993 по 2006 годы был трансмиссивный. Возраст 34-64 года, дети — 7.5%.

Заболевание начиналось с повышения температуры до 38-39.5°C. Обращали на себя внимание головная боль, гиперемия лица, светобоязнь, отсутствие аппетита. Типичной клинико-патогенетической чертой было двухфазное течение заболевания со вторым лихорадочным периодом (62,7%). В ЦСЖ клеточно-белковая диссоциация при умеренно выраженном плеоцитозе. Анализ клинической картины и течения заболевания и исходов позволил выделить общеинфекционную, менингеальную, менингоэнцефалитическую и миелорадикулоневритическую формы. У 24,3% больных КЭ протекал без заметных неврологических проявлений (общеинфекционная форма). У пациентов с небольшой ригидностью мышц затылка в ЦСЖ не обнаруживались воспалительные изменения.