

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.

Клиническим ядром заболевания явилась менингеальная форма (56,8%), которая развивалась во второй фазе. Основанием для выделения менингоэнцефалитической формы (17,1%) было развитие у больных церебральных нарушений в виде сопора, единичных судорог и пирамидальных гемипарезов. Миелорадикулоневритическая форма встречалась в 1,8% случаев. Основанием для ее выделения было развитие у 3 больных вялых парезов конечностей: у 6 односторонних, у двух двухсторонних.

Заключение. Очаги заболеваемости КЭ в регионе Беловежской пуши остаются активными на протяжении последних десятилетий, несмотря на некоторые колебания заболеваемости. На протяжении всего периода наблюдений ядром клинической картины оставался серозный менингит. Таким образом, в Белоруссии продолжает регистрироваться западный (центрально-европейский) КЭ (В.И. Вотяков, И.И. Протас, В.М. Жданов, 1978).

Г.Ю. Галиева¹, Т.В. Попонникова²,
Т.Ю. Бедарева¹, Е.Б. Лукьянычева¹

ИЗМЕНЕНИЯ БЕЛКА S100 В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ КЛЕЩЕВЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ

¹ГУЗ Кемеровская областная клиническая больница, Кемерово

²ГОУ ВПО Кемеровская государственная медицинская академия

Введение. В условиях повсеместного распространения клещевых инфекций особое значение приобретает прогнозирование течения и исходов данных заболеваний. В последние годы в качестве возможных маркеров поражения нервной системы интенсивно изучаются нейроспецифические белки (НСБ).

Цель исследования. Определить диагно-

стическую значимость изменений концентрации белка S100 в сыворотке крови и ликворе в остром периоде клещевых инфекций у детей.

Методы. Проведено исследование образцов парных сывороток крови 86 пациентов в возрасте $10,6 \pm 1,8$ лет с различными формами клещевых инфекций и 39 пар образцов ликвора с целью определения содержания белка S100A1B; S100BB. Среди обследуемой группы ($n=86$) моноинфекция клещевого энцефалита (КЭ) выявлена у 31 пациента, иксодовый клещевой боррелиоз (ИКБ) у 16 человек, гранулоцитарный анаплазмоз (ГАЧ) человека диагностирован в 2 случаях, 37 детей перенесли клещевую микст-инфекцию. Этиологическим фактором микст-инфекций в 18 случаях было сочетание КЭ и ИКБ, в 5 случаях КЭ диагностирован одновременно с моноцитарным эрлихиозом (МЭЧ), выявлено 7 случаев ИКБ и ГАЧ, у 5 пациентов КЭ диагностированы одновременно с ГАЧ и МЭЧ, в 1 случае КЭ сочетался с ГАЧ, у 1 пациента выявлено сочетание ИКБ и МЭЧ. Исследование проводилось двукратно: в острый период инфекции (1-3 день от начала заболевания) и в период регресса клинических проявлений – на 16-18 день. Исследование концентрации белка S-100 (S100A1B + S100BB) в парных сыворотках крови и ликворе проводилось с использованием диагностических наборов CanAg-Diagnostics, согласно инструкции производителя. В группу сравнения вошли 50 здоровых детей в возрасте $10,5 \pm 1,6$ лет. Средние концентрации белка S100 в крови составили $49,7 \pm 12,1$ нг/л.

Результаты. Повышенные концентрации белка S100 в сыворотке крови обнаружены во всех случаях клещевых инфекций в остром периоде в сравнении с группой контроля ($p < 0,05$). У детей с лихорадочной формой КЭ ($n=10$), уровень белка S100 в разгар клинических проявлений был $109,2 \pm 43,7$ нг/л, повышаясь до $128,7 \pm 49,0$ нг/л на 16-18 день болезни ($p < 0,05$). Концентрация белка S100 при менингеальной