

кова является триада: судорожный синдром, спастико-атрофические парезы и контрактуры в конечностях, охваченных гиперкинезом. Судорожный синдром всегда является ведущим в клинике заболевания. Он состоит из локальных клонических сокращений мышц (гиперкинезов), периодически усиливающихся до степени общих судорожных разрядов. Именно гиперкинезы являются основным и постоянным симптомом заболевания. Своеобразие паралитических явлений заключается в их смешанном спастико-атрофическом характере, прямой зависимости от интенсивности гиперкинеза и преобладании выраженности в дистальных отделах верхних конечностей. Форма контрактур как бы повторяет направление мышечных сокращений, придавая руке сгибательные, а ноге – разгибательные позы.

ЭЭГ выявляет специфику в расположении локальных патологических паттернов: на участках «межпароксизмального периода» они преобладают в височных и затылочных отведениях контрлатерального и лобно-теменных одноименного гиперкинезу полушария. Пароксизмальный период характеризуются внезапным возникновением билатерально-синхронных медленных колебаний с преобладанием по амплитуде и выраженности в одноименном гиперкинезу полушарии. Одновременная регистрация ЭЭГ и гиперкинеза на одном из каналов электроэнцефалографа выявляет совпадение по времени усиления гиперкинеза с возникновением пароксизмов билатерально-синхронных медленных волн. МРТ и КТ не обнаруживают структурных дефектов в полушариях головного мозга.

Наблюдается три варианта формирования судорожного синдрома, три типа течения и два вида исходов: первый (у 47,9%) отличается сохранением всех компонентов синдрома, второй (у 52,1%) – его трансформацией в другие гиперкинетические формы клещевого энцефалита.

Заключение. Систематизация показателей клинико-нейрофизиологических исследований

позволяет логически сформулировать концепцию патофизиологических механизмов двигательных нарушений при эпилепсии Кожевникова. Согласно ей при эпилепсии Кожевникова формируется сложный нейродинамический субстрат, дезорганизирующий все структуры мозга, отвечающие за реализацию двигательных актов. В процессе его функционирования возникают и взаимодействуют две системы – эпилептическая и реализующая экстрапирамидные миоклонии. Их связующим звеном становится дефект каудальных отделов мозга. Асимметричное расположение субстрата приводит к распространению патологических влияний в восходящем и нисходящем направлениях. На определенном этапе развития патологии эти две системы могут превратиться в конкурирующие и привести к распаду судорожного состояния. Поэтому перспективы лечения эпилепсии Кожевникова будут зависеть от того, насколько удастся реализовать этот принцип в каждом конкретном случае.

Г.А. Данчинова* , В.И. Злобин**,
И.В. Петрова* , А.К. Тарбеев***,
Л.В. Миронова* , В.В. Долгих* ,
Е.В. Арбатская*** , Т.В. Глушенкова** *
Е.А. Кропоткина

**ДАнные сравнительной профи-
лактики клещевого энцефалита
химиопрепаратом йодантипи-
рин и иммуноглобулином в го-
роде Иркутске.ГУ НЦ медицин-
ской экологии ВСНЦ СО РАМН, г.
Иркутск;***

ГУ Институт вирусологии им. Д.И. Иванов-
ского РАМН, г. Москва;**
ФГОУ ВПО Иркутский государственный ме-
дицинский университет, г. Иркутск***

В июне-сентябре 2008г. на базе Центра кле-
шевых инфекций ГУ НЦ медицинской эко-

логии ВСНЦ СО РАМН проводилась научно-практическая работа по изучению эпидемиологической эффективности экстренной профилактики заболеваний клещевым энцефалитом (КЭ) среди взрослого населения г.Иркутска противовирусным препаратом йодантипирин (ЙА). В исследование было взято 2 группы лиц: опытная группа, принимающая в качестве неспецифической профилактики КЭ ЙА, в качестве препарата сравнения использовался иммуноглобулин человека против КЭ. В каждую группу было включено 50 не вакцинированных ранее пациентов в возрасте от 18 до 70 лет, подвергшихся укусу клеща и имеющих положительный результат на антиген вируса КЭ при исследовании методом ИФА суспензии клеща или сыворотки крови человека (при невозможности исследования клеща). Средний возраст пациентов опытной группы 40 лет, контрольной – 43 года. В первой группе мужчин больше – 62%, во второй – 51%.

С 17 марта по 1 сентября 2008 г. проведено свыше 6,5 тыс. исследований клещей и сывороток крови на выявление антигена вируса КЭ, из которых положительный результат обнаружен у 4,2%, что в 2,2 раза меньше, чем в предыдущий эпидсезон. Профилактические препараты назначались строго по инструкции. Дозировка иммуноглобулина зависела от массы тела пациента и в контрольной группе составила от 5,0 до 10,0 мл. Все испытуемые применяли ЙА по схеме указанной в инструкции в течение 9 дней. Сыворотки крови пациентов в обеих группах на обнаружение вируса КЭ и наличие специфических антител исследовались методом ИФА через 2 и 4 недели после проведенной экстренной профилактики КЭ. В опытной группе на втором визите в 10% сохранялся антиген вируса КЭ или его следы. У одной пациентки, наряду с антигеном были обнаружены IgM-антитела к вирусу КЭ. На третьем визите антиген и антитела у данной пациентки не выявлены. В течение месяца после укуса клеща антиген сохранялся у одного пациента, который не предъявлял никаких жалоб весь период

наблюдений. Вызывают интерес исследования в контрольной группе: только у каждого третьего пациента обнаружены IgG-антитела к вирусу КЭ через 2 недели, хотя, судя по инструкции по применению иммуноглобулина, период полувыведения антител из организма составляет 4-5 недель. До третьего визита эти антитела в меньшей концентрации сохранились лишь у 13%. У 4% пациентов антиген выявлялся в крови через 2 недели, выработка антител и заболевания у них не зарегистрированы. В обеих группах больных КЭ не было, исследование продолжается. Кроме этого из сообщений специалистов Роспотребнадзора известно, что в эндемичных по КЭ районах Иркутской области (Слюдянский и Усть-Илимский –укусам клещей подверглось не менее 500 человек в каждом районе) и в Республике Бурятия ЙА был рекомендован всем людям, обратившимся в медицинские учреждения после укусов клещей. Ни один из них впоследствии не заболел КЭ.

Таким образом, нами показана высокая (в нашем исследовании 100%-ная) эпидемиологическая эффективность ЙА, сравнимая с иммуноглобулином и даже превосходящая по некоторым параметрам. В нескольких случаях ЙА применялся позднее 4 дня после укуса клеща, когда введение иммуноглобулина противопоказано.

**Е.В. Замятина, Н.Г. Жукова,
Е.М. Климанова, Е.А. Кропоткина**

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ НАУЧНО - ПРАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ПО ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЙОДАНТИПИРИНА В ПРОФИЛАКТИКЕ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА

ГОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет *

Введение. При изучении КЭ практически