

у всех детей с КЭ были в норме.

**Заключение.** Методом ВП при энцефалите, вызванного вирусом клещевого энцефалита, выявляются нарушения преимущественно полушарий головного мозга аксонального характера, тогда как при энцефалите боррелиозной этиологии – распространенное поражение столбовых структур, полушарий головного мозга демиелинизирующего характера с частым вовлечением в процесс зрительного анализатора.

**А.И. Корзан**

## **ПОДХОДЫ К НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ И СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА В БРЕСТСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

ГУ «Брестский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья», Брест, Беларусь

**Введение.** Заболеваемость клещевым энцефалитом (КЭ) в 50-е годы в основном была сосредоточена в центральной части Белоруссии на стыке трех областей - Минской, Могилевской и Витебской. На территории Брестской области в 50–60гг. имелись лишь отрывочные данные об отдельных случаях КЭ. В 1993г. появилась необходимость во всестороннем и углубленном изучении этой проблемы, что было обусловлено нуждами практического здравоохранения.

**Цель исследования.** Оценить результативность неспецифической и специфической профилактики КЭ с целью дальнейшего повышения эффективности профилактических и противоэпидемических мероприятий на очаговых территориях области.

**Методы.** Анализ результатов работы прово-

дили с применением методов эпидемиологической диагностики и статистических методов.

**Результаты.** Разработанный алгоритм организационных мероприятий по общественной и личной профилактике КЭ среди населения минимизировал последствия от укусов клещей на эндемичных территориях. Мероприятия по предупреждению КЭ в оздоровительных организациях позволили не допустить заражение КЭ среди отдыхающих на протяжении всего периода эпидемического неблагополучия, начиная с 1993 года. Проведенное исследование обработок акарицидами территорий оздоровительных организаций показало эффективность однократных обработок цифоксом или биоцималом, которое составило 100,0%, при обработке карбофосом – 50,0-80,0%.

Вакцинация против КЭ контингентов риска и населения, проживающего на очаговых территориях области начала проводиться с 1994 года вакциной, в основе которой лежит производственный штамм вируса КЭ – «Софьин». Среди вакцинированных и неоднократно ревакцинированных данной вакциной заболели 16 человек, в 10 случаях это были работники лесных профессий. Проведенное изучение эффективности вакцинации на очаговых территориях среди привитых с укусами клеща в анамнезе (посещавших лес) и среди не привитых (посещавших лес), показало неэффективность проведенной кампании (n=78). Анализ эффективности серопротекции КЭ с использованием противоклещевого иммуноглобулина (титр антител 1:80 и 1:160) показал, что данный препарат не защитил от инфицирования, однако, облегчил клиническое течение болезни в отдельных случаях на первой волне, в целом эффективность серопротекции оказалась не высокой (n=24). Для химиопротекции КЭ в эпидемический сезон на очаговых территориях не привитым лицам после укуса клеща назначался ремантадин. Данный препарат назначался также лицам, выезжавшим для расчисток лесоповалов в природные очаги

КЭ, случаев заболеваний не зарегистрировано (n=522). Изучение эффективности антибиотико-профилактики линкомицином пострадавших от укуса клещей на очаговых территориях показало неэффективность данного средства профилактики КЭ (n=15).

**Заключение.** Для защиты населения от КЭ нужен комплексный подход с использованием средств как неспецифической, так и специфической профилактики. Вакцинацию населения целесообразно проводить на территории области иммунобиологическими препаратами с учетом результатов молекулярно-генетического изучения циркулирующих в природных очагах штаммов вируса КЭ. Для нашей территории с учетом короткого инкубационного периода для КЭ (в среднем - 6,5 дня), в т.ч. регистрации случаев с очень короткой инкубацией (в первые 24 часа) от укуса клеща необходим высокотитражный специфический иммуноглобулин с титром антител 1:640. На очаговых территориях, где ранее ремантадин не применялся против гриппа, возможно, его применение в качестве средства экстренной профилактики. Применение линкомицина в качестве средства экстренной профилактики неэффективно.

**Г.Н. Леонова**

### **ЭВОЛЮЦИЯ И НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ ОДНОРОДНОСТЬ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕ- ФАЛИТА**

НИИ эпидемиологии и микробиологии СО  
РАМН, г. Владивосток

Историю открытия клещевого энцефалита (КЭ) можно считать с описания в 1934 г. А.Г. Пановым тяжелейших форм неизвестного тогда заболевания в Приморском крае, которое в 37,5% случаев закончилось летальным исходом. Здесь число смертельных случаев в 1937 г. достигало 29,2%, а в 1956 г. - 20%. В Ха-

баровском крае в этот период наблюдали 21% случаев смертельных исходов. В других эндемичных регионах страны этот показатель составлял не более 1-4%. Л.А. Зильбер назвал это заболевание дальневосточным клещевым энцефалитом. Многолетние дискуссии о единстве нозологической формы КЭ от берегов Тихого до Атлантического океанов еще не закончены. В настоящем сообщении приводятся доказательства в пользу этого положения. Главным достижением 1990-х гг. явились новые данные по молекулярной характеристике ВКЭ, на которую некоторые авторы возлагали огромные надежды, связанные с раскрытием основ вирулентности возбудителя. Полученные различия по одному н.о. в Е-белке позволили разделить штаммы ВКЭ на 3 субтипа. Более углубленные молекулярно-генетические, вирусологические и клинические исследования опять разрушили стройную теорию В.И. Вотякова о нозологической множественности КЭ. Для понимания вопросов вирулентности исследователи придают огромное значение сравнительному изучению полногеномной структуры штаммов вируса КЭ. Нами впервые проведено полногеномное изучение 16-ти штаммов вируса КЭ, вызвавших инаппарантную и манифестные формы инфекции. Получено, что штаммы 1-ой группы кластрируются с японским штаммом Oshima 5-10 ВКЭ. Однако сюда вошли 2 штамма ВКЭ, вызвавшие у больных очаговую форму инфекции. В то же время штаммы вируса КЭ, изолированные от больных с манифестной формой инфекции, образовали два самостоятельных кластера – Софьин-подобных, а также подобных китайскому штамму Senzhang (Глубинное, Р-85, Р-679). Штаммы, не вызвавшие манифестную форму КЭ, выделяли преимущественно из крови людей, заразившихся после укуса клеща на юге Приморского края. Штаммы вируса КЭ, изолированные из мозга умерших больных, регистрировали на всей территории Приморского края, но чаще всего - в отдаленных таежных районах, где еще сохраняются древние очаги этой инфекции. Расхождение по молекулярным