

пациентов с вертеброгенной РП достоверно хуже, регресс симптоматики при ЛБ наблюдается только после курса специфической антибиотикотерапии.

**В.А. Рар¹, Н.Н. Ливанова^{1,2}, В.В. Панов^{1,2},
Н.М. Пуховская³, Л.И. Иванов³**

ГЕНЕТИЧЕСКОЕ РАЗНООБРАЗИЕ ЭРЛИХИЙ, АНАПЛАЗМ И БАБЕЗИЙ НА ТЕРРИТОРИИ УРАЛА, СИБИРИ И ДАЛЬНЕГО ВОСТОКА

¹ Институт химической биологии и фундаментальной медицины СО РАН, г. Новосибирск

² Институт систематики и экологии животных СО РАН, г. Новосибирск

³ Хабаровская противочумная станция Роспотребнадзора, Хабаровск

Введение. Иксодовые клещи являются переносчиками не только вируса клещевого энцефалита и боррелий, но и таких возбудителей инфекционных заболеваний, как эрлихии, анаплазмы и babesии. В таежных клещах *Ixodes persulcatus* в различных местах их ареала были обнаружены возбудитель гранулоцитарного анаплазмоза человека (ГАЧ) *Anaplasma phagocytophilum*, моноцитарные эрлихии *Ehrlichia muris*, а также в единичных случаях – эрлихия подобные бактерии *Candidatus Neoehrlichia mikurensis* и *Babesia microti* (Шпынов и др., 2004; Alekseev et al., 2003). В России серологически подтвержденные случаи как ГАЧ, так и моноцитарного эрлихиоза человека (МЭЧ) отмечены в различных регионах. Предполагается, что этиологическим агентом МЭЧ может являться *E. muris*, однако, прямых доказательств патогенности *E. muris* до настоящего времени не получено.

Цель исследования. Целью работы являлось изучение распространения различных видов эрлихий, анаплазм и babesий в парази-

тарных системах, сформированных с участием таежного клеща.

Методы. Имаго таежных клещей были собраны в 2003–2008 гг. в лесных биотопах на территории Свердловской, Челябинской, Новосибирской, Иркутской областей и Хабаровского края. Образцы крови и/или тканей были взяты от мелких млекопитающих, отловленных в 2003–2008 г. на территории Свердловской, Новосибирской областей и Хабаровского края. ДНК исследуемых патогенов выявляли методом двухраундовой ПЦР в присутствии родоспецифичных праймеров. Видовую принадлежность устанавливали при проведении ПЦР с видоспецифичными праймерами и на основании определения нуклеотидных последовательностей продуктов ПЦР (Рар и др., 2007).

Результаты. ДНК *A. phagocytophilum* была обнаружена у 71 из 2590 исследованных таежных клещей, а ДНК *E. muris* – у 172 клещей. Оба патогена были выявлены во всех исследованных регионах, при этом, доля клещей, инфицированных *A. phagocytophilum*, варьировала в разные годы от 0 до 6,8%, а доля клещей, инфицированных *E. muris* – от 0 до 15,3%. В 1 из 347 исследованных таежных клещей из Новосибирской области и в 1 из 77 клещей из Хабаровского края была обнаружена ДНК патогенного генетического варианта *B. microti*. В одном клеще из Новосибирской области была также обнаружена ДНК другого патогенного вида babesий – *B. divergens*. Во всех исследованных регионах в образцах крови и/или тканей мелких млекопитающих различных видов была выявлена ДНК *E. muris*, *A. phagocytophilum* и *B. microti*. При этом *B. microti*, выявленные в Свердловской области, относились к непатогенному для людей варианту babesий – *B. microti* strain Munich. Красные и красно-серые полевки входят в число доминирующих видов в исследуемых природных очагах; среди них доля инфицированных особей была наиболее высока и составляла 5,6–18,9% для *A.*

phagocytophilum, 5,1-7,6% для *E. muris* и 10-57% для *B. microti*.

Помимо хорошо охарактеризованных видов, в образцах от 5 клещей и 5 грызунов на территории Сибири и Дальнего Востока была обнаружена ДНК 'Candidatus *Neoehrlichia mikurensis*', а в образцах тканей у 20-27% лесных полевков и бурозубок в Хабаровском крае была обнаружена ДНК бактерий, названных *Ehrlichia sp. Khabarovsk*, которые на основании анализа нуклеотидных последовательностей не могут быть отнесены ни к одному из известных видов эрлихий.

Заключение. Выявление в таежных клещах и мелких млекопитающих в различных областях Урала, Сибири и Дальнего Востока патогенных для людей анаплазм и babesий свидетельствует о потенциальной опасности развития данных заболеваний у людей.

А.Г. Ремнёв¹, И.П. Салдан²,
Н.В. Назаренко³

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА В АЛТАЙСКОМ КРАЕ

¹ Санаторий «Барнаульский», Барнаул

² Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Алтайскому краю, Барнаул

³ ГУЗ Краевая клиническая больница, Барнаул

Введение. Клещевой энцефалит (КЭ) относится к природно-очаговым инфекциям. Клинические проявления КЭ многообразны, а клиническое течение варьируемо.

Цель исследования. Определить особенности течения КЭ в Алтайском крае.

Методы. Клинический, статистический.

Результаты. За период с 1989-2009 гг. не выявлено каких-либо различий в структуре заболеваемости различными формами КЭ в Алтайском крае. Лихорадочные и менингеальные формы КЭ являются доминирующими как у сельских, так и у городских жителей. На долю лихорадочной формы приходится до 70% случаев. Менингеальная форма больных КЭ у сельских и городских больных составляет 25-35% и 24-40% соответственно. Очаговые формы встречались значительно реже. Следует отметить, что доля очаговых форм КЭ несколько выше у сельских жителей, которая составила у сельских больных 2-16%, тогда как у городских 2-8%. Вклад очаговых форм КЭ в общую структуру заболеваемости на селе, в среднем в 1,3 раза выше, чем в городе. В специализированное нервное отделение краевой клинической больницы обычно госпитализируются больные в тяжелом состоянии, соответствующие четвертому этапу оказания медицинской помощи, принятому в крае. Больные с лихорадочной формой КЭ лечатся в основном в центральных районных больницах по месту жительства. У больных – городских жителей, пролеченных в инфекционных отделениях с диагнозом «лихорадка неясного генеза» в 6% случаев выявлялась лихорадочная форма КЭ.

Длительность лихорадки при однотипных формах КЭ у больных-жителей города и села не различалась. Лихорадочный период продолжался в среднем при лихорадочной форме 2-7 дней, при менингеальной форме – 6-10 дней, при очаговых – 15-24 дня.

Различий в клинической картине КЭ при разных клинических формах среди сельских и городских больных не выявлялось. В то же время, очаговые формы КЭ чаще встречались у мужчин - сельских жителей. С очаговыми формами КЭ было 85,2% больных мужчин – сельских жителей. Полиомиелитическая форма КЭ встречалась на селе в 2,5 раза чаще у мужчин. Такое распределение патологии, возможно, связано с тем, что основную часть этих больных составили мужчины, занятые в живот-