

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. Ремнёв<sup>1</sup>, И.П. Салдан<sup>2</sup>,  
Н.В. Назаренко<sup>3</sup>

## НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА В АЛТАЙСКОМ КРАЕ

<sup>1</sup> Санаторий «Барнаульский», Барнаул

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

<sup>3</sup> 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-

новодстве, подвергавшиеся неоднократным и множественным укусам клещей. Встречавшаяся однократно у мужчины полирадикулоневритическая форма КЭ относилась к микстной патологии (сочетание КЭ и болезни Лайма).

При анализе выполнения заданий отделения экстренной и планово-консультативной медицинской помощи краевой клинической больницы очаговые и менингеальная формы КЭ встречались поровну. Состояние этих больных расценивалось как крайне тяжелое или тяжелое в 70% случаев. Этой группе больных требовалось проведение реанимационных мероприятий с подключением аппарата для искусственной вентиляции легких.

**Заключение.** Таким образом, различия между больными – сельскими и городскими жителями в Алтайском крае связаны с количественным соотношением различных клинических форм КЭ и степенью тяжести заболевания.

А.Г. Ремнёв<sup>1</sup>, Н.В. Назаренко<sup>2</sup>,  
И.П. Салдан<sup>3</sup>

### ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ АФФЕРЕНТНЫХ ПУТЕЙ СПИННОГО МОЗГА В ОСТРЫЙ ПЕРИОД КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА И В ПЕРИОД РЕКОНВАЛЕСЦЕНЦИИ

<sup>1</sup> Санаторий «Барнаульский», Барнаул

<sup>2</sup> ГУЗ Краевая клиническая больница, Барнаул

<sup>3</sup> Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Алтайскому краю, Барнаул

**Введение.** Заболеваемость клещевым энцефалитом (КЭ) давно перестала быть уделом лесных и лесостепных районов. КЭ, подтвержденный лабораторными методами диагностики, встречается и в степной зоне Алтайского края, и в городах. Диагностика этого заболе-

вания в таких случаях вызывает определённые затруднения. В случаях заболевания КЭ у больных необходимо определить вовлечение в патологический процесс различных отделов нервной системы, количественно определить выраженность этого поражения, обеспечить объективную оценку функционального состояния проводящих путей нервной системы.

**Цель исследования.** Определение функционального состояния афферентных путей спинного мозга в острый период КЭ и в период реконвалесценции (reconvalescentia).

**Методы.** Для определения функционального состояния афферентных путей спинного мозга (АПСМ) у больных КЭ осуществляли функциональные исследования у больных в острый период и период реконвалесценции. Эти исследования проводили при помощи оригинального способа, разработанного на базе Алтайского диагностического центра. При осуществлении этого способа осуществляли магнитную стимуляцию шейного и поясничного отделов спинного мозга с регистрацией моторных ответов круговой мышцы глаза. Для проведения исследований необходим комплекс нейрофизиологического оборудования – магнитный стимулятор и электронейромиограф (в качестве регистратора вызванных ответов). Показателем функционального состояния афферентных путей спинного мозга являлась скорость распространения возбуждения по АПСМ.

**Результаты.** Были обследованы 83 больных КЭ в возрасте от 18 до 53 лет, находившихся на лечении в краевой клинической больнице и 5-ой городской клинической больнице. Диагноз КЭ был установлен клинически и подтвержден серологическими методами. У 16 больных были диагностированы очаговые формы КЭ (первая группа), у 24 - менингеальная форма КЭ (вторая группа), а у 43 - лихорадочная форма КЭ (третья группа). При исследовании функционального состояния АПСМ получены следующие результаты. В острый период у всех боль-