

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. Ремнёв¹, Н.В. Назаренко²,
И.П. Салдан³

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

¹ Санаторий «Барнаульский», Барнаул

² ГУЗ Краевая клиническая больница, Барнаул

³ 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-

ных первой группы, 19 больных второй группы (79,2%) и у 6 больных третьей группы (14%) были зарегистрированы признаки нарушения проведения возбуждения по АПСМ в виде снижения скорости распространения возбуждения до 32-57 м/с. В период реконвалесценции у 10 больных первой группы (62,5%), у 9 больных второй группы (37,5%) были зарегистрированы признаки нарушения проведения возбуждения по АПСМ в виде снижения скорости распространения возбуждения до 30-61 м/с. У больных третьей группы в период реконвалесценции скорость распространения возбуждения по АПСМ была удовлетворительной.

Заключение. Таким образом, у больных, перенесших острые формы КЭ, при помощи метода МС возможно определение поражения проводящих путей спинного мозга. Период реконвалесценции демонстрирует возможные варианты течения патологического процесса при различных формах КЭ.

Ю.В. Рождественская ², Э.А. Кашуба ¹,
Т.Г. Дроздова ¹, Л.В. Ханипова ¹,
Н.О. Мишакина¹, М.Д. Орлов ²,
Л.Г. Черемных ², Л.М. Кечерукова ²,
О.А. Климова ²

РОНКОЛЕЙКИН В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ МЕНИНГЕАЛЬНЫХ ФОРМ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА

¹ ГОУ ВПО ТюмГМА Росздрава.

² Областная инфекционная клиническая больница. г.Тюмень, Россия.

Введение. Клещевой энцефалит (КЭ) регистрируется на 46 территориях РФ. На регион Западной Сибири и Дальнего Востока приходится более 60% всех случаев КЭ. Среди клинических форм КЭ преобладают варианты с поражением нервной системы, нередко оставляющие после себя инвалидизирующие по-

следствия. Одной из сложных и активно разрабатываемых проблем является лечение данной нейроинфекции, направленное на интенсивный поиск средств, повышающих эффективность терапии, влияющих на течение острого периода и исходы болезни.

Цель исследования. Изучить влияние препарата Ронколейкин® на клиническое течение и иммунный ответ больных менингеальной формой клещевого энцефалита.

Методы. Под наблюдением находилось 58 пациентов в возрасте от 20 до 81 года с острым КЭ (29 мужчин и 29 женщин). Были сформированы 2 группы: 1-я - пациенты, получавшие традиционную терапию, 2-я – пациенты, получавшие наряду с традиционной терапией препарат Ронколейкин® (р.н. 000122/01-2000 от 15.11.2000г, ООО Биотех, г. Санкт-Петербург), который назначался на 1-2 неделе заболевания в суточной дозе 0,5 мг, подкожно, 3 раза через 48 часов. Иммунологическое обследование включало фенотипирование лимфоцитов периферической крови с помощью расширенной панели моноклональных антител, определение сывороточных иммуноглобулинов основных классов (G, M, A).

Для выявления общих закономерностей вычисляли интегральные характеристики корреляционных матриц: процент достоверных связей в изучаемом фрагменте (ПДС), коэффициент тесноты связи (КТС) и показатель средней интенсивности связи (СИС).

Результаты. Применение Ронколейкина® не влияло на частоту клинических проявлений, но изменяло их длительность – быстрее купировались общеинфекционная (лихорадка - $6,7 \pm 0,42$, против $7,5 \pm 0,38$ дней; головная боль - $8,1 \pm 0,81$, против $10,2 \pm 0,76$ дней; симптомы интоксикации - $10,9 \pm 1,19$, против $11,2 \pm 0,83$ дней) и менингеальная симптоматика (менингеальный синдром - $7,34 \pm 0,59$, против $8,59 \pm 0,9$ дней). Выявлены достоверные различия в длитель-