

их групп были резидентами нашего региона. Выявление антител к белкам боррелий проводили с применением иммуноферментных наборов «Боррелиоз-ИФА-скрининг», «Боррелиоз-ИФА-IgM» и «Боррелиоз-ИФА-IgG» (Омникс, г. Санкт-Петербург). Для определения диагностически значимого титра принят уровень специфичности 97%. Статистическая обработка выполнена с использованием общепринятых методов статистического анализа.

Результаты исследования. Из числа обследованных больных с клиникой поражений нервной системы, антитела к боррелиям выявлены в 12 случаях (12%), причем во всех случаях выявлены антитела класса IgG. Титр 1: 100 у 6 человек (6 %), титр 1: 200 у одного больного, титр 1:400 у 2 больных, титр 1: 800 у одного и титр 1: 1600 у двух больных. То есть в 5% случаев во всей группе, выявлены титры антител 1:400 и выше.

В контрольной группе у пациентов антитела к белкам боррелий выявлены в 11%. Титр 1: 100 у 9 больных, титр 1:200 у 1 больного, титр 1: 400 у 1 больного, титр 1: 800 и выше не выявлен. Таким образом, антитела класса IgM в титрах 1:200 и IgG 1:100 выявлены у 2% больных, так же в 9% выявлены только антитела класса IgG с минимальными значениями титров (1:100).

Заключение. Не получено существенных различий при выявлении специфических антител в основной и контрольной группе. Полученные результаты соответствуют приводимым в литературе данным по иммунной прослойке населения в эндемичных по иксодовому клещевому боррелиозу регионах. Следовательно, однократное выявление антител не может быть окончательным критерием диагностики хронического боррелиоза с поражением ЦНС. Для клинической диагностики данного заболевания требуется динамическое клиническое и лабораторное наблюдение за больными, и подход, основанный на формулировке диагноза

с использованием трёх категорий вероятности заболевания. Вероятный нейроборрелиоз-заболевание с клиникой поражения нервной системы подтвержденное выявлением противоборрелиозных антител, тогда как, возможный нейроборрелиоз, имеет те же критерии, плюс подтверждение диагноза обнаружением противоборрелиозных антител в ликворе. Доказанным считается нейроборрелиоз при приведенных выше критериях плюс положительные результаты при выявлении ДНК боррелий комплекса *B. burgdorferi* s.l. в ликворе.

С.А. Шетекаури, Н.А. Дьяченко

РЕДКАЯ ФОРМА КЛЕЩЕВОЙ ИНФЕКЦИИ В КРАСНОЯРСКЕ

Красноярский государственный медицинский университет

Введение. Более полувека Красноярский край является напряженным природным очагом клещевых инфекций, в первую очередь клещевого энцефалита (КЭ), и относится к зоне высокого риска заражения еще несколькими клещевыми инфекциями. Большая распространенность природно-очаговых инфекций, передающихся через укусы клеща, продолжает делать эту проблему одной из актуальных во многих регионах России и особенно в Сибири.

Цель исследования. Провести дифференциальную диагностику, так называемых серонегативных форм КЭ, с другими клещевыми инфекциями, в частности, с эрлихиозом.

Методы. Были проведены исследования 728 проб сывороток крови больных, поступивших в неврологические стационары Красноярска с диагнозом КЭ, стертая или лихорадочная формы, серонегативный вариант. Использовались серологические тест-системы фирмы «Хеликс» на выявление специфических антител к моно-

цитарному (МЭЧ) и к гранулоцитарному эрлихиозу человека (ГЭЧ) методом ИФА.

Результаты. Из 728 больных, госпитализированных с подозрением на КЭ, выявлено 79 человек (10,8%), имеющих нарастание титра антител к эрлихиям (чаще ГЭЧ). Эти больные были разделены на 4 группы: 1-я группа состояла из 13 больных, у которых выявлялся изолированный эрлихиоз. 2-я группа больных (7 чел.) представлена микстинфекцией-эрлихиоз+КЭ. 3-я группа также представлена микстинфекцией - эрлихиоз+ЛБ. Это самая многочисленная группа. Она состояла из 50 больных, что составило 6,8% от общего числа обследованных больных и 63,2% от числа положительных реакций на эрлихиоз. 4-я группа из 9 больных имела микстинфекцию из 3-х возбудителей: эрлихиоз, КЭ и ЛБ. От общего числа обследованных это составило 1,2%. Анализ клинических проявлений позволил выявить у пациентов с подозрением на эту инфекцию наличие лихорадки, общеинфекционного синдрома (с различными сроками инкубации - от 3 до 21 дня), отсутствие патогномичных клинических признаков, а также возможное двухволновое течение (5%). Неврологические симптомы в остром периоде также неспецифичны и включают вегетативные проявления (82%), церебрастенический (98%) и менингеальный (2,5%) синдромы. У 1/3 больных был увеличен уровень печеночных проб. Неврологические признаки эрлихиоза неспецифичны и включают вегетативные проявления (82%), церебрастенический (98%) и менингеальный синдромы (2,5%). Отмечен случай 2-х волновой лихорадки.

Заключение. Проведенные исследования подтверждают имеющиеся литературные сведения о наличии в России ещё одной клещевой инфекции (Коренберг Э.И., 1999; Григорян Е.В., 2002). Клещевые инфекции в сибирском регионе представлены не только уже известными заболеваниями – КЭ и ЛБ, но и малоизученным эрлихиозом, также передающимся

через укус клеща, и их сочетаниями. Получены доказательства того, что во время укуса клеща человек может быть инфицирован сразу всеми известными возбудителями. Важнейшую роль в верификации всех острых сезонных инфекций имеют современные высокоинформативные методы исследования крови и ликвора (ИФА и ПЦР). Клинически при эрлихиозе наиболее часто встречался общеинфекционный и обще-мозговой синдромы. МЭЧ встречается реже, чем ГЭЧ (82,2%). Неспецифичность клинических проявлений, сложности лабораторного подтверждения и возможность смешанных инфекций затрудняют диагностику эрлихиоза.