

ных нервов не страдают, даже при нахождении больного на управляемом дыхании. Признаки воспаления и демиелинизации отсутствуют. Выраженная прогредиентность приводит к летальному исходу из-за расстройств дыхания спинального типа. Средняя продолжительность АЛ при семейных заболеваниях  $31,1 \pm 6,8$  мес., при спорадических  $23,9 \pm 3,3$  мес.

В аутопсийных образцах головного мозга при АЛ всегда выявляли аномальный протеазоустойчивый белок с М.м. 27-30 кДа, проявляющий специфичность к анти-PrP моноклональным антителам 3F4 (Р 1115, Sigma).

**Заключение.** Получена важная информация относительно циркуляции ТГЭ в Беларуси, которая будет способствовать усилиям, нацеленным на контроль заболеваемости и ее предотвращение. Доказана приониндуцированная природа поражений ЦНС при АЛ.

**М.С.Холодова, Н.С.Баранова,  
М.Д.Барышев**

## ВСПЫШКА МЕНИНГИТОВ В ЯРОСЛАВСКОЙ ОБЛАСТИ

ГОУ ВПО Ярославская государственная медицинская академия,  
кафедра нервных болезней и медицинской генетики с курсом нейрохирургии, г.Ярославль

**Введение.** В 2008 году в Ярославле заболеваемость серозным менингитом в 10 раз превысила показатели 2007 года (2007 год - 1,21 на 100 тыс. населения, 2008 год - 11,8 на 100 тыс. населения). В целом, за 2008 год по Ярославской области зафиксировано 250 случаев серозного менингита. Основной очаг менингита – в г.Ярославле (156 заболевших).

**Цель исследования.** Изучение клинико-лабораторных особенностей менингитов у

взрослых в Ярославской области во время вспышки с сентября по декабрь 2008 года.

**Методы.** Исследование проводилось на базе I инфекционного отделения инфекционной больницы г.Ярославля. Обследовано 22 человека, из них 15 мужчин и 7 женщин, в возрасте от 18 до 56 лет (средний возраст –  $26,68 \pm 1,9$  лет).

**Результаты.** Заболевание начиналось остро, с подъема температуры до  $37-38$  °С, сильнейшей головной боли. У 77,2% пациентов наблюдалась тошнота и рвота, у 23% - боль в горле. За медицинской помощью в первые сутки от начала заболевания обратились 36% больных, на вторые сутки - 9%, на 3 и 4 – 46%, на 5 - 9%. У трети пациентов серозный менингит протекал на фоне ОРВИ, с чем связана достаточно поздняя обращаемость.

В клинической картине заболевания у всех отмечался общинфекционный синдром в виде слабости, недомогания, преимущественно субфебрильной температуры. Примечательно, что у 4 человек имело место двухволновое течение лихорадки со временем апирексии 2-3 суток.

Общемозговой синдром у всех пациентов проявился головной болью, головокружением, у 32% - выявлялась пирамидная недостаточность, у 9% - нарушение сознания.

При развитии менингеального синдрома у всех больных отмечалась выраженная ригидность затылочных мышц (2-3 поперечных пальца), у 64% - положительные симптомы Кернига, Брудзинского.

ЦСЖ у всех была бесцветной, прозрачной, с нормальным содержанием белка, повышенным содержанием хлоридов и глюкозы. Плеоцитоз был умеренный (в среднем 362,4), преимущественно смешанный (63,7%). Причем, у 3 больных в первый день имел место нейтрофильный плеоцитоз, который на 2-3 сутки становился лимфоцитарным. Санация ЦСЖ была постепенная с 10-12 дня болезни.

ПЦР диагностика была проведена 15 паци-

ентам, у всех была подтверждена энтеровирусная этиология заболевания, из них в культуре тканей в 9 случаях был выявлен энтеровирус группы ЕСНО-30, в 3 случаях - Коксаки В.

Всем больным проводилась симптоматическая и патогенетическая терапия. Результаты лечения: выздоровление - 86,5%; улучшение состояния при неполной санации ЦСЖ - 13,5%.

**Заключение.** В целом, вспышка менингитов протекала стереотипно, однако, имелись особенности клинических проявлений в виде двухволнового течения лихорадки у 18,2% пациентов, преимущественно смешанного характера плеоцитоза (у 63,7%), постепенной санации ликвора. У трети пациентов заболевание скрывалось под маской ОРВИ. Наблюдалась преимущественно энтеровирусная этиология менингита.