

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-

ности таких симптомов, как нистагм ($6,75 \pm 1,4$, против $11,2 \pm 1,6$ дней) и мозжечковые нарушения ($8,09 \pm 0,92$, против $13,1 \pm 1,27$ дней).

При анализе фенотипа лимфоцитов, после применения Ронколейкина®, установлено, что количество лимфоцитов (CD3+, CD4+, CD7+, CD8+) на 3-4 неделе заболевания восстанавливалась до нормативных значений. В это же время, сохранялась повышенная экспрессия маркеров адгезии и активации (CD54+, CD11b+, CD38+, HLADR) и происходила активная наработка иммуноглобулинов (IgA, IgM, IgG), уровень которых превышал как нормативные, так и показатели пациентов контрольной группы. У больных, находящихся на традиционной терапии в аналогичные сроки сохранялась депрессия показателей клеточного звена (CD7+, CD3+, CD4+) и маркеров активации (CD38+), повышение экспрессии HLADR.

Анализ межмунных взаимосвязей показал, что на 1-2 неделях КЭ ПДС составил 13,5%, КТС 0,54, СИС 0,32. В динамике на 3-4 неделях напряженность в системе снижалась (ПДС – 12,8%, КТС 0,44, СИС 0,25), максимально после применения ронколейкина (ПДС 3%, КТС 0,1, СИС 0,17).

Заключение. 1. Применение Ронколейкина® в комплексной терапии менингеальной формы КЭ приводит к более быстрой динамике клинических симптомов. 2. Иммунный ответ характеризуется более быстрым восстановлением основных показателей клеточного звена, активным антителообразованием, длительным сохранением экспрессии активационных маркеров и более низкой напряженностью межмунных взаимосвязей.

И.П. Салдан¹, А.Г. Ремнёв²

КЛЕЩЕВОЙ ВИРУСНЫЙ ЭНЦЕФАЛИТ В АЛТАЙСКОМ КРАЕ

¹ Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Алтайскому краю, Барнаул

² Санаторий «Барнаульский», Барнаул

Введение. Клещевой вирусный энцефалит (КВЭ) в настоящее время остается самым распространенным эпидемическим энцефалитом на территории России и многих европейских государств. По данным Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и Федерального центра гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора (2008) в 2007 г. в Российской Федерации (РФ) от КВЭ умерло 42 человека, в том числе детей до 17 лет – 3. В Алтайском крае в 2008 г. зарегистрирован один случай заболевания КВЭ с летальным исходом.

Цель исследования. Определить влияние профилактических мероприятий на заболеваемость КВЭ в Алтайском крае.

Методы. Статистический анализ.

Результаты. Алтайский край, входящий в состав Сибирского федерального округа, продолжительное время относится к числу особо неблагоприятных зон РФ. Например, в 1998 г. показатель заболеваемости КВЭ (на 100 тыс. населения) а Алтайском крае составлял 14,2, а в РФ в 1998 г. – 5,1. В последнее десятилетие заболеваемость КВЭ в Алтайском крае значительно снизилась до 2,06 в 2008 г. В 2007 г. в РФ заболеваемость КВЭ составляла 2,2. В 2008 г.

Однако в 2009 г. ситуация по заболеваемости КВЭ в РФ и Алтайском крае другая. По данным Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в первом полугодии 2009 г. по