

Коэффициенты корреляции получились близкими к единице, что указывает на тесную связь асимметрии лица с показателями по шкалам депрессии Бека, самооценки тревоги Спилберга и Цунга.

Для больных ХСМН были определены критерии оценки терапевтического эффекта. Хороший терапевтический эффект в первой подгруппе опытной группы отмечался у 91%, тогда как при стандартном лечении, не включающем комплекс немедикаментозной коррекции негативного эмоционального профиля, — у 64% ($p < 0,05$). Максимального терапевтического результата удалось достичь у больных СВД и НПНКМ, причем у больных СВД большую эффективность имели методы ауто sugestии, а у больных НПНКМ — дезактивация триггерных точек лица, шеи и головы. Минимальный терапевтический сдвиг был отмечен у больных ДЭ I, но которые отмечали улучшение самочувствия от точечного массажа лица при головной боли.

Разработанные нами диагностическая система эмоционального профиля на основе измерения интегральной площади лица и комплекс немедикаментозной коррекции негативного эмоционального профиля существенно повысили эффективность лечения больных с хроническими сосудистыми поражениями головного мозга в опытной группе ($p < 0,05$).

Л и т е р а т у р а

1. Анушвили А.Н. Основы психологии. М.: Экон-информ, 2001. 134 с.
2. Бурцев Е.М. Дисциркуляторная энцефалопатия (классификация, клинико-морфологические

и электрофизиологические сопоставления, патогенез, лечение) // VII Всероссийский съезд неврологов. Н.Новгород, 1995. 182 с.

3. Вельховер Е.С., Вершинин Б.В. Тайные знаки лица. М.: Изд-во Ун-та дружбы народов, 1998. 319 с.

4. Верещагин Н.В. Клиническая ангионеврология на рубеже тысячелетий // VII Всеросс. съезд неврологов. Н.Новгород, 1995. 191 с.

5. Дуус П. Топический диагноз в неврологии. М.: Вазар-ферро, 1995. 400 с.

6. Кремер Н.А., Путко Б.А. Эконометрика. М.: Юнити-Дана, 2002. 311 с.

7. Меликов П.С. // Мат-лы I конгресса неврологов, психиатров и нейрохирургов Приволжского федерального округа. Н. Новгород, 2002. С. 54-58.

8. Мясников И.Г. Начальные проявления сосудистых поражений мозга. Патогенез, семиотика, магнитотерапия: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Н. Новгород, 1998.

9. Шпрах В.В. Дисциркуляторная энцефалопатия. Иркутск, 1997. 144 с.

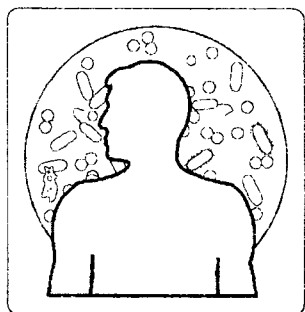
10. Яхно Н.Н., Штульман Д.Р. Болезни нервной системы. М.: Медицина, 2001. Т. 1, 744 с.

11. Davidson R.J. // *Psyc. Sci.*, 1992. Vol. 3, P. 39-43.

12. Harrington A. Unfinished business: models of laterality in the nineteenth century. *Brain Asymmetry*. MIT Press: Cambridge, MA, 1995.

13. Smith T., Williams P. // *Journal of Personality*, 1992. Vol. 60, P. 395-423.

14. Vincent C., Furnham A., Willsmore M. // *Health Education Research.*, 1995. Vol. 10, P. 395-405.



УДК 616.986 (571.63)

А.И. Симакова, Г.Н. Леонова, О.Н. Борисова

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИКСОДОВЫХ КЛЕЩЕВЫХ БОРРЕЛИОЗОВ В ПРИМОРСКОМ КРАЕ

*Владивостокский государственный медицинский университет,
Научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии
СО РАМН, Краевой центр государственного санэпиднадзора
по Приморскому краю, г. Владивосток*

Иксодовые клещевые боррелиозы (ИКБ) - новая болезнь XX в., относится к инфекционным природно-очаговым заболеваниям. Клинически характеризуется полиморфизмом проявлений, ста-

дийностью течения и склонностью к хронизации процесса. В настоящее время ИКБ являются актуальной мировой проблемой. Их природные очаги широко распространены в Северной Америке,

Европе, Азии, Африке, Австралии. В России эти заболевания регистрируются на 50 административных территориях, занимая одно из ведущих мест среди всех трансмиссивных зоонозов в стране [1, 5]. Возбудители ИКБ относятся к патогенным спирохетам и входят в комплекс *Borrelia burgdorferi sensu lato*. В настоящее время выделено более 13 патогенных и непатогенных геномных групп, относящихся к данному комплексу. ИКБ является зоонозом, при котором возбудитель передается иксодовыми клещами и позвоночными животными, они являются резервуаром боррелии в природе [1, 6]. Известно, что природные очаги ИКБ приурочены к лесным ландшафтам умеренного климатического пояса и совпадают с ареалом клещевого энцефалита (КЭ) [6]. Природные очаги ИКБ тесно связаны с ареалом клещей *I. persulcatus* и *I. ricinus*, которые являются главными переносчиками возбудителей [5]. Однако антропогенное воздействие человека на девственные леса зачастую приводит к мозаичному сохранению лесных территорий с развитием пышного подлеска, что создает благоприятные условия для клещей и их прокормителей [12]. Инфицированные клещи проникают из пригородных лесов в городские парки, создавая угрозу городскому населению. Значительная часть заражений ИКБ людей в России происходит в пригородной зоне и на садово-огородных участках [2]. Установлено, что сезонность ИКБ связана с периодом активности клещей и отличается на разных территориях [6, 11]. Максимальная заболеваемость на большинстве территорий РФ приходится на май-июль месяцы. В очагах преимущественного обитания клещей *I. ricinus* случаи заболевания могут регистрироваться и осенью [4, 11].

По характеру рельефа Приморский край является горным районом, что предопределяет мозаичность ландшафтов. На территории как северной, так и южной части Приморья доминирует (до 95% и более) *I. persulcatus*. Животный мир Приморского края отличается высокой плотностью населения прокормителей и переносчиков боррелий [8]. Все это создает благоприятные условия для формирования и функционирования природных очагов ИКБ на территории края. До настоящего времени анализа по особенностям эпидемиологии ИКБ на территории Приморья не было проведено.

В этой связи цель настоящего сообщения — дать характеристику эпидемиологическим особенностям ИКБ в Приморском крае.

Материалы и методы

Проанализированы данные заболеваемости ИКБ по городам и административным районам, входящим в состав Приморского края за период с 1999 по 2003 г. Изучена заболеваемость ИКБ среди отдельных групп городских и сельских жителей, в отдельных возрастных группах, в мужской и женской популяциях, с учетом профессионального состава заболевших. При проведении ретроспективного анализа заболеваемости особое внимание

Резюме

Впервые на территории Приморского края проведен эпидемиологический анализ заболеваемости иксодовым клещевым боррелиозом. Установлено, что данная патология регистрируется на всех административных территориях края. Пик заболеваемости приходится на июнь-июль месяцы. В структуре заболевших преобладают городское население, лица старшего возраста мужского пола. Не выявлено зависимости между уровнем заболеваемости и профессиональной деятельностью.

A.I. Simakova, G.N. Leonova, O.N. Borisova

EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF IXODES TICK-BORNE BORRELIOSIS ESF PRIMORYE TERRITORY

Vladivostok State medical university, Vladivostok

Summary

For the first time in terrain of Primorski Krai epidemiological analysis of morbidity of ixodes tick-borne borreliosis is lead. It fixed, that the given pathology registers in all administrative terrains of territory. The peak of morbidity falls at june-july. In frame falling ill dominate: urban population, persons of the senior return of a male. It is not revealed dependences between a level of morbidity and professional work.

уделяли анализу показателей многолетней и внутригодовой заболеваемости, который позволил определить характер ее изменения во времени.

Анализ данных заболеваемости проводили по материалам Приморского краевого центра Госсанэпиднадзора, Бюллетеней об инфекционной заболеваемости в Российской Федерации (РФ), издаваемых Российским ЦГСЭН.

Результаты и обсуждение

ИКБ в Приморском крае был впервые верифицирован в 1988 г. [9]. Однако официальная регистрация начата с 1994 г. Проведенный анализ заболеваемости ИКБ на территории Приморья свидетельствует о том, что данная инфекция регистрируется на большинстве административных территорий края. Абсолютное число заболевших за 5-летний период наблюдения составило 999 чел., из них 419 (41,9±1,6%) — жители г. Владивостока. Такое распределение заболеваемости согласуется с результатами проведенных исследований инфицированности клещей на территориях города и края. Так, по данным ЦГСЭН, из клещей, собранных в пригороде г. Владивостока, боррелии были изолированы в 41,4% случаев, а в крае — в 30% случаев. Колебание количества заболевших в разные годы, видимо, обусловлено изменениями природно-климатических факторов и численностью популяции клещей. Рассматривая динамику заболеваемости ИКБ в Приморском крае, мы видим волнообразные ее колебания по годам с максимальными показателями в 1999 и 2000 гг., соответственно 10,1 и 11,7 на 100 тыс. населения. Средний многолетний показатель составил

9,1±0,83%. Он превышает таковой по РФ в 1,7 раза (5,4±0,08%, $p < 0,001$).

Отмечается отчетливая неравномерность распределения заболеваемости по отдельным районам края с колебаниями в довольно широких пределах от 1,4% (Шкотовский район — 1999 г.) до 59,8% (Кировский — 2002 г.). Проведенное районирование заболеваемости по ее интенсивности позволило выделить три группы территорий — со средним, а также выше, ниже среднего уровня заболеваемости. Наиболее высокий уровень заболеваемости (более 29%) за исследуемый период зафиксирован в Ольгинском и Кировском районах, низкий уровень (1,3-1,5%) — в Партизанском и Ханкайском. В отдельные годы среди районов с низким показателем заболеваемости случаи ИКБ не регистрировались. Но это, возможно, связано с тем, что диагностика ИКБ осуществляется преимущественно в крупных городах края и значительно меньше охватывает сельское население. Так, практически во всех крупных городах (Владивосток — 13,1%, Находка — 9,3%, Арсеньев — 10,2%, Лесозаводск — 16,6%) наблюдалась высокая заболеваемость ИКБ. Анализ полученных данных показал, что районы с низким ее уровнем, как правило, относятся к числу северных и западных территорий края. Средние и высокие показатели регистрируются в основном в районах, прилегающих к западным, восточным и южным отрогам Сихотэ-Алиня.

Сезонная динамика заболеваемости ИКБ в пределах его нозоареала в России имеет как общие, так и отличительные черты. Анализ сезонного распределения заболеваемости на различных очаговых территориях показывает, что в лесных очагах ИКБ с доминированием *I. persulcatus* эпидемический сезон начинается с конца апреля и заканчивается в сентябре-октябре. Метеорологические отклонения в различные годы обуславливают сдвиг в ту или иную сторону в среднем на одну и более декад от начала или окончания эпидемического сезона. В Приморском крае случаи заболевания регистрируются с апреля по октябрь. Наблюдается резкое увеличение числа больных с мая по июль с пиком заболеваемости в июне-июле. В этот период регистрируется 55,8±2,1% случаев ИКБ от годового итога, затем в августе и сентябре-октябре показатели снижаются. Однако в конце эпидемического сезона активность его различается: так, в 2001 г. она была самой низкой, а в 2000 г. — самой высокой. Можно отметить, что полученные нами данные согласуются с результатами других исследователей [4, 7]. Сезонный период ИКБ совпадает с периодом сезонности клещевым энцефалитом (КЭ) [8].

В Приморье, как и на других территориях, в пределах нозоареала ИКБ значительный удельный вес в структуре заболеваемости составляет городское население. На его долю приходится 79,7±1,6% против 20,3±1,6% ($p < 0,01$) среди сельских жителей. Доминирует бытовой характер заражения (до 96,2±0,7%). Такая тенденция, вероятно, является естественным отражением изменения образа

жизни горожан: увеличением количества личного транспорта, значительным ростом посещений зон отдыха и лесной местности. Так, за исследуемый период 77,1±1,5% заболевших заразились при работе на дачных участках во время отдыха на природе и сбора дикорастущих растений в лесу, а также регистрировались единичные случаи заражения на рыбалке, охоте и работе на пасеке. Заболеваемость ИКБ среди различных социально-профессиональных групп распределилась следующим образом: рабочие и служащие городов — 23,3±1,5%, пенсионеры — 20,3±1,4%, неработающее население — 14,3±1,3%, школьники и учащиеся — 11,6±1,2%, лесозаготовители — 2,1±0,5%, сельскохозяйственные рабочие и фермеры — 1,1±0,4%, прочие — 20,0±1,4%.

Профессиональный состав заболевших ($n=29$) при производственном характере заражения представлен рабочими лесопромышленного хозяйства (55,2%), сельского хозяйства (17,2%), геологами (3,4%), фермерами (13,9%) и сезонными рабочими (10,3%).

Согласно данным литературы, заражение человека чаще всего происходит при присасывании или раздавливании клеща, также возможным является алиментарный путь при употреблении в пищу сырого (преимущественного козьего) молока или молочных продуктов без термической обработки [11]. В нашем исследовании у большинства заболевших (90,6±0,9%; $n=999$) в анамнезе было присасывание клеща, у остальных — указание на посещение лесных зон. И только 3 случая (0,3±0,2%; $n=999$) заражения ИКБ были связаны с употреблением сырого козьего молока.

Проведенный анализ заболеваемости ИКБ на территории Приморского края показал, что чаще болеют лица мужского пола. На их долю в разные годы приходится от 53,8 до 60,1%, в среднем этот показатель составил 58,4±1,8%, среди женщин соответственно 41,6±1,8% ($p < 0,05$). Интересными оказались и результаты, полученные при оценке возрастной категории заболевших. Возрастной диапазон пациентов колебался от 0 до 81 г. При этом в разные годы наименьшее число заболевших было в возрасте от 15 до 19 лет, в среднем за годы наблюдения он составил 4,3±0,7% среди общего числа. Чаще болели лица 40 лет и старше 40-49 лет (18,2±1,4%), 50-59 лет (18,6±1,4%). Сравнительный анализ заболеваемости лиц от 60 лет и старше показал ее неуклонный ежегодный рост в данной возрастной категории. Так, если в 2000 г. он составил 18,2±2,4%, то в 2003 г. — уже 24,8±3,7%. Из этих показателей следует, что чаще всего болеют лица зрелого возраста, с тенденцией к увеличению числа пожилых людей. Выявленную нами направленность, вероятно, можно объяснить тем, что лица данной возрастной категории чаще выезжают на садово-огородные участки, а также тем, что с возрастом изменяется иммунологическая реактивность человека. Старение организма сопровождается развитием иммунологической недостаточности, учащением аутоиммунных реак-

ций, что может приводить к повышенной чувствительности к инфекциям в пожилом возрасте [3]. Отмечается тенденция к повышению заболеваемости в группе пенсионеров и неработающих лиц. Так, если в 2000 г. эта категория больных составляла $31,4 \pm 2,9\%$ от общего числа заболевших, то в 2003 г. на их долю пришлось уже $39,4 \pm 4,2\%$ ($p > 0,05$).

Таким образом, на основании проведенного анализа особенностей эпидемиологии ИКБ в Приморском крае сделаны следующие выводы:

1. Установлено, что иксодовые клещевые боррелиозы входят в число доминирующих и опасных природно-очаговых заболеваний для жителей Приморского края.

2. Показан высокий уровень заболеваемости в крупных городах, на западных и восточных территориях края.

3. Среди заболевших преобладают лица мужского пола, а также лица зрелого возраста и старше 40 лет.

4. Чаще болеет городское население, доминирует бытовой характер заражения.

5. Сезонный период ИКБ так же, как и в других регионах РФ, совпадает с сезонностью заболеваемости КЭ.

Л и т е р а т у р а

1. Ананьева Л.П. // Тер. архив. 2000. №5. С. 72-78.

2. Антыкова Л.П., Коренберг Э.И., Сергеева М.Я. и др. Проблемы клещевых боррелиозов. М., 1993. С. 112-116.

3. Дунаевский О.А, Постовит В.А. Особенности течения инфекционных болезней у лиц пожилого и старческого возраста. М.: Медицина, 1982. 269 с.

4. Козлов С.С. Лайм-боррелиоз в Северо-Западном регионе России: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 1999. 30 с.

5. Коренберг Э.И. // Успехи современной биологии. 1996. Т. 116. Вып. 4. С. 389-406.

6. Коренберг Э.И., Ковалевский Ю.В., Кузнецова Р.И. и др. // Мед. паразитол. 1988. №1. С. 45-48.

7. Косых Н.Г. Эпидемиологические и клинико-патогенетические аспекты ИКБ в Восточной Сибири: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Иркутск, 2001. 18 с.

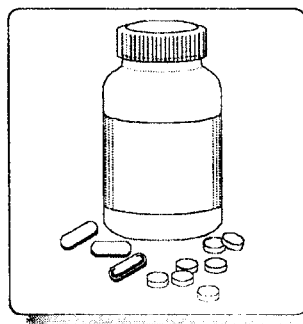
8. Леонова Г.Н. Клещевой энцефалит в Приморском крае. Владивосток, 1997.

9. Леонова Г.Н., Баранов Н.И., Гореликов В.И. // Инфекционная патология в Приморском крае: Науч.-практ. конф. Владивосток, 1989. С. 116-119.

10. Леонова Г.Н., Якушева С.С., Иванис В.А. и др. // Эпидемиология и инфекционные болезни. 2002. №1. С. 49-53.

11. Лобзин Ю.В., Усков А.Н., Козлов С.С. Лайм-боррелиоз (иксодовые клещевые боррелиозы). СПб.: Фолиант, 2000. 160 с.

12. Fish D., Des Vignes F., Schwartz I. et al. // International Scientific Conference "Tick-borne Viral, Ricketts and Bacteriological Infections", 2nd: Abstract Book. Irkutsk, 1996. P. 65-67.



УДК 615.03 : 616.935 - 053.4/5 (571.620)

С.Ш. Сулейманов, Е.В. Горбачева

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ШИГЕЛЛЕЗОВ И ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОВОДИМОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМ ТИПОМ АЦЕТИЛИРОВАНИЯ

Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск

Острые кишечные инфекции у детей продолжают оставаться актуальной проблемой здравоохранения, поскольку наносят большой ущерб здоровью детей и экономике страны. На протяжении многих лет в структуре кишечных инфекций ост-

рая дизентерия (ОД) занимает одно из ведущих мест [1, 6, 8].

За последние десятилетия достигнуты большие успехи в диагностике и лечении ОД, благодаря чему удалось снизить летальность даже среди пациентов