

6. Николаев В.Г. Конституциональный подход в оценке здоровья человека // *Вопр. спорт, и мед. антропологии*. - 1990. - Вып.3. - С.80-81.
7. Николаев В.Г., Гребенникова В.В. с соавт. Онтогенетическая динамика индивидуально-типологических особенностей организма человека. - Красноярск, 2002. - 175с.
8. Хрущев С.В. Врачебный контроль за физическим воспитанием школьников. - М.: Медицина, 1980. - 222 с.
9. Чоговадзе А.В. Значение состава тела при анализе некоторых морфологических и функциональных показателей у высококвалифицированных спортсменов // *Вопросы антропологии*. - 1963. - Вып.33. - С.111-115.
10. Щедрина А.Г. Онтогенез и теория здоровья: Методологические аспекты. - Новосибирск: Наука, 1989. - С.75-77.

© ЗЛОБИН В.И., МАЛОВ И.В., АИТОВ К.А., БОРИСОВ В.А. -

УДК 616.062:616.064

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА В ВОСТОЧНОЙ СИБИРИ

В.И. Злобин, И.В. Малое, К.А. Аитов, В.А. Борисов.

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор - акад. МТА и АН ВШ д.м.н., проф. А.А. Майборода, кафедра инфекционных болезней, зав. - проф. И.В. Малов. Институт эпидемиологии и микробиологии НЦ МЭ ВСНЦ СО РАМН, директор - член-корр. РАМН, проф. В.И. Злобин)

Резюме. С 1974 по 2001 годы в Иркутском регионе было зарегистрировано 4214 случаев клещевого энцефалита. Мужчины болели чаще чем женщины. Вирус передается инфицированными клещами. Среди больных преобладали городские жители. В регионе, в основном, регистрируются менингеальные и лихорадочные формы инфекции.

Ухудшение эпидемиологической ситуации по клещевому энцефалиту в регионе связано, возможно, с подъемом активности природных центров, ухудшением экологической ситуации, снижением иммунитета населения, роста общего количества клещей, числа инфицированных клещей, а также генетической изменчивости вируса.

В настоящее время эпидемическая обстановка по заболеваемости клещевым энцефалитом (КЭ) характеризуется продолжающимся ростом. Так, в 1999 году в России было зарегистрировано 10 тысяч больных клещевым энцефалитом [4,7]. Основная масса заболеваний КЭ (около 90,0%) приходится на Уральский, Западно-Сибирский и Восточно-Сибирский экономические районы [6]. Тенденция к повышению заболеваемости особенно отмечается в регионах, которые ранее считались достаточно благополучными. Прежде всего - это область Восточной Сибири. В конце 50-х годов на долю Западной Сибири приходилось до 47% случаев клещевого энцефалита в Российской Федерации, а в Восточной Сибири - до 6%, то к концу 90-х годов доля Западной Сибири снизилась до 37,4%, а в Восточной Сибири, напротив, возросла и составила свыше 17% [8,9]. По темпам роста Восточная Сибирь вышла на одно из первых мест в России [3].

Среди неблагоприятных регионов Сибири Иркутская область отличается высокими темпами роста заболеваемости. Так за последние 20 лет заболеваемость КЭ в регионе выросла в 75 раз [2,3].

Целью данного исследования явилось изучение клинко-эпидемиологических проявлений КЭ за многолетний период (28 лет) с учетом его форм, тяжести течения и летальности в Иркутской области

Материалы и методы

Для изучения вопроса о заболеваемости, динамике и эпидемиологических закономерностях

распространенности клещевого энцефалита на территории области проанализированы статистические данные ОЦ ГСЭН, архивные материалы городской инфекционной клинической больницы г.Иркутска и литературные источники, охватывающие период с 1974 по 2001 год. Диагноз КЭ у заболевших подтверждался на основании клинко-эпидемиологических, общеклинических и серологических лабораторных исследований с использованием общепринятой классификации. Статистическую обработку полученных данных осуществляли на ПЭВМ (IBM PC AT) с использованием специального пакета программ "Microstat" фирмы Ecosoft (1989) с вычислением общепринятых показателей. Достоверность различий средних величин оценивали на основе критериев Стьюдента (t).

Результаты и обсуждение

За период с 1974 по 2001 год в Иркутской области было зарегистрировано 4214 случаев заболевания КЭ.

Наиболее значительный рост заболеваемости КЭ наблюдался с 1989 года - 164 случая. В последующие 2 года (1991-1993 гг.) она возрасла, а в 1993 г. - наметилась тенденция к некоторому снижению заболеваемости (180, 166 и 128 случаев соответственно). Однако, начиная с 1994 года вновь отмечен рост числа заболевших. Показатель заболеваемости в 1994 году составил 8,0 на 100 тыс. населения, что в 2 раза превышает показатель по России за этот же год (4,0).

Новым подъемом числа заболевших КЭ характеризовались 1998-1999 годы - до 343 и 545 случаев в эпидсезон и показатель заболеваемости возрос до 12,1 и 18,9 на 100 тыс. населения соответственно. В последние 2 года наметилось относительное снижение заболеваемости - до 475 и 352 случаев в 2000 и 2001 годах соответственно.

В 98,3% случаев больные подвергались нападению клещей в пределах Иркутской области. Отрицали факт посещения леса 21 (0,5%) заболевший. Обращает на себя внимание отсутствие семейно-групповых вспышек заболевания, что свидетельствует об отсутствии алиментарного пути инфицирования на территории Иркутской области. Отмечена четкая весенне-летняя сезонность инфекции. Пик заболеваемости приходится на июнь месяц (58,8%). Самый ранний случай КЭ зарегистрирован 27 апреля и самый поздний - 21 сентября. В мае, июне и июле выявляется 95,8% случаев КЭ.

Основную массу больных составляют городские жители. Наибольшее число заболеваний КЭ зарегистрировано в г.Иркутске - 41,1%. В 14 городах и районах области в течение трех последних лет КЭ выявляется ежегодно. Достоверно чаще заболевали мужчины, чем женщины (63,2% и 36,8% соответственно). Наибольшая заболеваемость падает на возрастную группу от 17 до 40 лет - 1934 (45,9%) больных. Среди заболевших преимущественно были лица трудоспособного возраста - от 17 до 60 лет (77,7%). Больных старше 61 года оказалось значительно меньше - всего 6,3%. По всей видимости, это можно связать с их ограниченной мобильностью и малым контактом с лесом.

Анализ клинической картины КЭ был проведен у 407 больных, находившихся на лечении в городской инфекционной клинической больнице г.Иркутска.

Продолжительность инкубационного периода варьировала от 1 до 48 дней и в среднем составил $10,3 \pm 1,4$ дня. В 93,1% случаев у больных отмечено острое начало заболевания с повышения температуры тела до 38-39 °С и выше. Острый период заболевания сопровождался высокой лихорадкой (99,4%), головной болью (95,8%) и выраженной слабостью (96,6%). Достоверно чаще острое начало было характерно для полиомиелитической формы КЭ (95,4%), а выраженная продрома - для менингоэнцефалитической. Лихорадочный период при всех формах заболевания в среднем составил $11,7 \pm 0,9$ дней. При двухволновом течении заболевания длительность первой лихорадочной волны в среднем составила $5,8 \pm 1,4$ дня, второй - $8,8 \pm 1,02$ дней, а период апиреksии был равным $8,0 \pm 0,8$ дням. Менингеальные симптомы выявлялись в 16,8% случаев с лихорадочной формой заболевания (при отсутствии патологически измененного ликвора), в 96,7% - с менингеальной, в 90,9% - с менингоэнцефалитической и в 95,5% - с полиомиелитической.

При объективном осмотре гиперемия лица, шеи и верхней части туловища отмечено в 26,5%

случаев, инъекция сосудов склер - в 28,7%, конъюнктивит - в 22,1% и гиперемия ротоглотки - в 20,1%. Со стороны органов дыхания в 14,5% случаев отмечены жесткое дыхание и сухие хрипы. У части больных со стороны сердечно-сосудистой системы выявлялась приглушенность сердечных тонов (36,0%). Тахикардия наблюдалась в 32,9% случаев и брадикардия - в 4,9%. На высоте интоксикации в 25,6% случаев у заболевших на ЭКГ обнаруживались умеренно выраженные метаболические нарушения, снижение вольтажа основных зубцов, наличие неполной блокады ПНПГ, расстройство вегетативной иннервации. Изменения со стороны пищеварительной системы выражались обложенностью языка (93,8%), увеличением у части больных размеров печени (8,8%). При всех формах КЭ в 2,7% случаев у больных отмечался умеренное послабление стула.

Анализ картины периферической крови при различных формах КЭ показал, что более выраженные изменения характерны для менингеальных форм инфекции, что согласуется с литературными данными [6,7]. При менингеальных формах инфекции в спинномозговой жидкости регистрируется плеоцитоз (в среднем $168,7 \pm 49,4$ клетки в 1 мкл жидкости). К моменту выписки нормализация клеточного состава ликвора наступала в среднем в 26,6% случаев, т.е. каждого четвертого больного. В остальных случаях (73,4%) отмечено отставание санации ликвора от клинического выздоровления. Цитоз составлял в среднем $18,4 \pm 1,99$ клеток в 1 мкл СМЖ.

В структуре болезни преобладают менингеальные и лихорадочные формы заболевания (86,5% и 47,2%). Очаговые формы болезни отслеживаются значительно реже (13,5%).

В большинстве случаев (75,2%) отмечалось среднетяжелое течение болезни, а тяжелое - в 16,7% случаев. Последнее наблюдалось при менингеальных и очаговых формах инфекции. В области в 20,9% случаев регистрируется двухволновый вариант КЭ. Средняя продолжительность пребывания больного на койке равнялась в среднем $29,9 \pm 1,7$ дням. В 66,3 % случаев среди заболевших диагноз подтвержден был серологически. Среди прививших КЭ развился у 45 (1,6%) больных. За период с 1974 по 2001 год летальность от КЭ составила 2,45%.

Таким образом, за период с 1974 по 2001 год в области было зарегистрировано 4214 случаев заболевания КЭ. Можно предположить, что ухудшение эпидемической ситуации по КЭ в регионе, возможно, связано с повышением активности природных очагов, ухудшением экологической обстановки, снижением иммунореактивности населения, повышением численности и вирусоформности клещей а также генетической изменчивостью самого вируса. [1,4,5,9]. Заболевание чаще встречалось у мужчин, нежели у женщин (63,2% и 36,8% соответственно). Это, видимо, обусловлено тем, что мужчины гораздо чаще, чем женщины соприкасаются с лесным (таежным) ландшафтом. В Иркутской области КЭ регистрируется транс-

миссивный путь передачи инфекции. Однако, на наш взгляд, это не исключает возможность алиментарного пути передачи инфекции в данной природно-очаговой зоне. Среди больных преобладают городские жители. В регионе преимущест-

венно регистрируются менингеальные и лихорадочные формы инфекции, что, вероятно связано с циркулирующими геновидами вируса в данном регионе.

EPIDEMIOLOGICAL AND SOME CLINICAL ASPECTS OF TICK-BORNE ENCEPHALITIS IN EAST SIBERIA

V.I. Zlobin, I.V. Malov, K.A. Aitov, V.A. Borisov

(Irkutsk State Medical University; Scientific Research Institute of Epidemiology and Microbiology SC ME ESSC SB RAMS (Irkutsk); Clinic of infectious diseases (Irkutsk))

From 1974 till 2001 4214 cases of tick-borne encephalitis were registered in Irkutsk region. Men fall sick more often, than women. The virus is transmitted by infected ticks. Among the patients city dwellers prevail. In the region the meningitis and feverish forms of the infection are mainly recorded.

The deterioration of the epidemic situation on tick-borne encephalitis in the region is, probably, connected with rising activity of the natural centers, deterioration of the ecological situation, down stroke of the population immunity, rising the general number of ticks, the number of infected ticks and also genetic variability of the virus.

Литература

1. Ботвинкин А.Д., Мельникова О.В., Куликова Е.В. и др. Динамика вирусофорности и численности таежных клещей в рекреационной Иркутска на фоне циклических изменений уровня заболеваемости клещевым энцефалитом // Тез. докл. Всероссийской науч.-практ. конф.: "Природно-очаговые инфекции в России: современная эпидемиология, диагностика, тактика защиты населения". - Омск, 1998. - С.60-61. •
2. Злобин В.И., Горин О.З. Клещевой энцефалит: Этиология, эпидемиология и профилактика в Сибири - Новосибирск: Наука. Сибирская издательская фирма РАН, 1996. - 177 с.
3. Злобин В.И. Природно-очаговые трансмиссивные инфекции Сибири и Дальнего Востока // Журнал инфекционной патологии. - Иркутск, 1998. - Т.5, №2-3. - С.3-8.
4. Матушенко А.А., В.К. Ястребов. Эпидемиологическая ситуация по природно-очаговым инфекциям в Российской Федерации // Тез. докл. Всероссийской науч. - практ. конф.: "Природно-очаговые инфекции в России: современная эпидемиология, диагностика, тактика защиты населения". - Омск, 1998. - С.3-6.
5. Мельникова Е.И. Весенне-летний клещевой энцефалит в Восточной Сибири // Сб. науч. трудов Иркутского мединститута: "Инфекционные и токсические заболевания нервной системы". - Иркутск, 1954. - С.25-43.
6. Руководство по инфекционным болезням / Под ред. - член-корреспондента РАМН проф. Ю.В. Лобзина - СПб.: "Издательство Фолиант", 2000. - 936 с.
7. Шаповал А.Н. Клещевой энцефаломиелит. - Л.: Медицина, 1980. - 256 с.
8. Ястребов В.К. Основные черты сравнительной эпидемиологии рблгитно-трансмиссивных природно-очаговых инфекций, переносимых иксодовыми клещами, в Сибири и на Дальнем Востоке // ЖМЭИ, 1995. - №1. - С.94-94.
9. Ястребов В.К. Современные тенденции эпидемического процесса трансмиссивных природно-очаговых инфекций в Сибири и на Дальнем Востоке // Тез. докл. науч. конф.: "Проблемы инфекционной патологии в регионах Сибири, Дальнего Востока и Крайнего Севера". -Новосибирск, 1998. - С.5-6.

Здоровье, вопросы практического здравоохранения

О ПИВЕНЬ Д.В. -
УДК 616-082:621.397.13

МОДЕЛЬ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ВНЕДРЕНИЮ ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ В ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕГИОНА

Д.В. Пивень.

(Иркутский институт усовершенствования врачей, ректор - член-корр. РАМН, д.м.н., проф. А. А. Дзинский, кафедра общественного здоровья и здравоохранения, зав. - доцент Л.В. Селиверстова)

Резюме. Предлагается комплекс организационных решений для реализации телемедицинского проекта в регионе.