

резистентностью к тетрациклину /62,8%/, ампициллину /67,5%/, полимиксину /95,4%/, невидграмон /74%/, рифампицину /73,1%/, фуразолидону /92,7%/, клотримоксазолу /70,4%/, цефазолину /83%/.

Одновременно с объектов окружающей среды также был выделен ряд энтеробактерий, включая кишечную палочку, цитробактер, клебсиеллу, энтеробактер и др. Исследование показало, что 43,75% идентифицированных культур обладали полиантибиотикорезистентностью, и 18,2% энтеробактерий были умеренно устойчивыми к антибиотикам. При этом выделенные штаммы кишечной палочки чаще всего были резистентны к карбенициллину /87,5%/, полимиксину /81,3%/, сульфаниламидам /75,2%/, а также тетрациклину, канамицину /по 56,3%/, гентамицину, ампициллину /по 43,8%/, цефалексину /25%/. Высокой активностью против энтеробактерий обладали пefлоксацин, цефтазим, левомецетин, цефакор, невидграмон.

Таким образом, рост содержания и распространения условно-патогенных энтеробактерий наблюдается на объектах внешней среды и содержимом кишечника людей, что сопровождается увеличением их антибиотикорезистентности и обостряется в период адаптации. Полученные результаты аргументируют рациональный подход к использованию антибактериальных средств как в медицине, так и в других отраслях жизнедеятельности человека, а также указывают на тесную взаимосвязь микробиоценозов окружающей среды и организма человека.

#### **Исходы непаралитических форм клещевого энцефалита в Хабаровском крае**

Захарычева Т.А., Прянишников Г.А., Аврамченко С.П., Воронкова Г.М., Николаева С.П., Мжельская Т.В.  
*Дальневосточный государственный медицинский университет, Хабаровский НИИ эпидемиологии и микробиологии, Хабаровск*

Клещевой энцефалит (КЭ) отличается полиморфизмом клинических проявлений (от стертых до очаговых форм) и течения (острое, хронически прогрессирующее). Длительное время считалось, что при стертой и менингеальной формах КЭ репликация вируса происходит в иммунной системе и внутренних органах без проникновения в нервную ткань. Однако у ряда пациентов, перенесших указанные формы инфекции, заболевание приобретало прогрессирующее течение.

В Хабаровском крае самая легкая форма инфекции – стертая, диагностируется в 47 % случаев. Поэтому изучение катамнеза у лиц, перенесших стертую форму КЭ, представляет научный и практический интерес.

Целью нашего исследования явилось изучение ближайших и отдаленных исходов стертой формы КЭ.

Под диспансерным наблюдением от одного года периода реабилитации до 8 лет находились 20 пациентов – 15 мужчин и 5 женщин, перенесших стертую форму КЭ. Возраст варьировал от 16 до 72 лет. Использовали следующие методы обследования: исследование соматического, неврологического и вегетативного статуса, нейрофизиологический (ЭЭГ), им-

мунологический (специфическая серодиагностика методом ИФА).

В неврологическом статусе у 85 % пациентов обнаружены очаговые микросимптомы в виде сухожильной и периостальной анизорефлексии, негрубых патологических оральных и кистевых знаков, легкой вестибулярно-мозжечковой атаксии в рамках сопутствующей патологии - дисциркуляторной, травматической, токсической (этаноловой) энцефалопатий. В 95 % случаев имела место выраженная вегетативная дисфункция с преобладанием симпатикотонии. У большинства пациентов (80% обследованных лиц) на ЭЭГ были обнаружены функциональные изменения биоэлектрической активности мозга.

При специфическом серологическом обследовании у всех пациентов выявлялись IgG-антитела в титре 1:100 – 1:1600. У 30 % пациентов с давностью заболевания 1 – 8 лет выявлялись IgM-антитела в титрах 1:200 - 1:800 при отсутствии жалоб и изменений в неврологическом статусе.

Проведенный анализ показал, что двухволнового течения заболевания в диспансерной группе не было. У всех больных стертой формой КЭ наступило клиническое выздоровление, у 95 % из них выявлялась вегетативная дисфункция.

#### **Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу среди детского населения Орловской области**

Золотарев Ю.В., Золотарева Л.В., Меркулова Н.В.  
*Медицинский институт Орловского государственного университета, Орёл*

Причиной роста заболеваемости детского населения туберкулезом за последние 20 лет, явилось, по мнению ряда авторов, ухудшение не только социальных, но и в большей мере экономических условий жизни населения. По степени роста наиболее информативных эпидемиологических показателей, таких как заболеваемость и смертность, можно судить не только об эпидемиологической ситуации в стране или отдельно взятом регионе, но и о благополучии или неблагополучии всего населения, и детей в частности.

Анализируя изменения показателя заболеваемости детей туберкулезом по России за 20 лет, можно отметить следующую динамику роста, в 1982 году составил 9,9 случаев, на 100000 детей, а в 1993 и 2000 годах - 10,2 и 17,8, случаев, по Орловской области - 9,7; 12,8 и 18,5 - соответственно. В Орловской области окончательная стабилизация этого показателя наступила в 2001 году, а в 2002 году было зарегистрировано существенное снижение заболеваемости детей туберкулезом. В то же время значительных изменений показателей заболеваемости туберкулезом по Российской Федерации не наблюдается. Показатель заболеваемости детского населения туберкулезом по Орловской области в 2001 году составил 18,6 случаев на 100000 детей, а в 2002 - 5,8, что в 3,2 раза меньше, чем в 2001 году.

Туберкулез является основной причиной смертности от инфекционных и паразитарных инфекций. Среди всех умерших в 1999 году от инфекционных и паразитарных болезней доля больных, смерть которых