

Kappelle L.J. et al. Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment 1993, Vol 24, 35-41.

14. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации: Руководство для врачей и научных работников. – М.: Антидор, 2004. – 432 с.

15. Карелин А.А. Психологические тесты: В 2 т. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. – Т.2. – 248 с.

16. Хомская Е.Д. Нейропсихология: 4-е издание. – СПб: Питер, 2005. – 496 с.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КРЫМСКОЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЛМЫКИЯ

¹ Бадмараева Е.К., ² Гальцева Г.В., ¹ Лещева Г.А.

¹ТБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет», Краснодар;

²ФКУЗ «Причерноморская противочумная станция», Новороссийск, e-mail: Badmaraeva89@mail.ru

Острые инфекционные заболевания вирусной этиологии с природной очаговостью являются одной из главных проблем здравоохранения в большинстве стран мира, в том числе, Крымская геморрагическая лихорадка (КГЛ), которая позднее получила международное обозначение – «Крымская – Конго геморрагическая лихорадка (ККГЛ)» – доклады ВОЗ, 1986. Природные очаги КГЛ известны на обширной территории Евразии, Африки, СНГ, в том числе и на территории Российской Федерации. Согласно «Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем» (МКБ-10), Крымская геморрагическая лихорадка (КГЛ) кодируется: А 98.0. В соответствии с классификацией патогенных для человека микроорганизмов вирус КГЛ относится ко II группе патогенности (опасности) (СП 1.3.1285-03). Заболевание КГЛ включено в перечень нозологических форм особо опасных инфекций, вызывающих чрезвычайные ситуации в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения (СП 3.4.2318-08 «Санитарная охрана территории Российской Федерации», приказ № 29 от 25.04.08, МУ 3.1.1.2488-09, МУ 3.4.2552-09, МУК 4.2.3007-12, Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 27.06.2012 г. № 36 «Об усилении надзора за Крымской геморрагической лихорадкой и мерах по ее профилактике»).

Для обеспечения в Российской Федерации своевременного проведения мероприятий, направленных на предупреждение возникновения заболеваний КГЛ издано Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 02.04.07г. № 17 «О мерах по совершенствованию профилактики Крымской геморрагической лихорадки в Южном федеральном округе».

Целью нашего исследования явился клинико-эпидемиологический анализ заболеваний, а так же анализ комплексных методов профилактики КГЛ, т.е. эпидемиологический надзор, эпизоотологический мониторинг, организация и проведение противоэпизоотических и противозoonических мероприятий с использованием методов (ретроспективный эпидемиологический анализ, описательно-оценочный, статистический, лабораторный), а так же нормативно-методической документации Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Изучение КГЛ имеет почти 70-летнюю историю. Проблема КГЛ приобрела актуальность для Юга России после активизации природного очага инфекции в 1999 г. [7]. Эпидемиологические проявления КГЛ с 1999 г. по 2011 г. зарегистрированы в восьми из 13 субъектов Южного и Северо-Кавказского федеральных округов Российской Федерации (Ростовская,

Волгоградская, Астраханская области, Ставропольский край, Республики Дагестан, Калмыкия, Ингушетия, Карачаево-Черкессия). Заболеваемость КГЛ за 13 лет в ЮФО и СКФО составила 1501 случай с 60 летальными исходами.

Активность природного очага поддерживалась за счёт циркуляции возбудителя КГЛ между иксодовыми клещами и их прокормителями.

Территория Республики Калмыкия находится в зоне степей и полупустыни, характерной особенностью которой является комплектность растительного покрова, проявляющаяся в сочетании степных и пустынных участков и является самым безлесным регионом Российской Федерации с развитой сельскохозяйственной деятельностью, в частности – животноводством.

Заболевания КГЛ на территории республики впервые зарегистрированы в 2000 году. Первый случай заболевания был выявлен 30 мая и последний в этом году – 13 июля. В г. Элисте – 4 больных, 3 – в Яшалтинском и 1 – в Городовиковском районах. Больные имели тесный контакт с сельскохозяйственными животными (корова, овца). В анамнезе отмечались присасывания клещей и снятие их с животных. В этот период на территории республики выявляли клещей *H. marginatum*, *R. rossicus*, *D. daghestanicus*, которые считались основными переносчиками и резервуарами вируса КГЛ. При этом стадиями переживания клещей явились пастбища, места выпаса крупного рогатого скота, основного прокормителя имаго иксодовых клещей. При эпидемиологическом расследовании заболевания индексы обилия клещей на КРС на пастбищах характеризовали – как высокие. Циркуляция вируса КГЛ в популяции клещей *H. marginatum* была подтверждена лабораторно в ПЧС методом иммуноферментного анализа (ИФА) проб суспензий клещей, добытых в Яшалтинском районе и суспензий органов диких голубей, добытых в окрестностях г. Элисты. Возникновение заболеваний на территории республики можно объяснить расширением ареала природных очагов сопредельных территорий вследствие увеличения численности мелких мышевидных грызунов, зайцеобразных, насекомоядных и увеличения численности основного переносчика и хранителя вируса – клещей *H. marginatum*. За 12 лет было зарегистрировано 298 больных с 6 летальными исходами, в 2012 г. – 3.

Клинико-эпидемиологический анализ 129 медицинских карт стационарных больных, карт эпидемиологического обследования очагов КГЛ, позволил заключить, что на территории республики расширяется ареал прокормителей и переносчиков вируса. Наиболее чаще больные КГЛ зарегистрированы в г. Элисте, Городовиковском, Ики-Бурульском, Кетченеровском, Приютненском, Целинном, Яшалтинском и Яшкульском районах. Первые случаи КГЛ регистрировались в мае, пик заболеваемости приходился на июнь. Указанные лица в основном жители сельской местности, чаще болевают люди, работающие в животноводстве (группа риска), которые заразились при уходе за сельскохозяйственными животными на частных подворьях и фермерских хозяйствах. Заболеваемость регистрировалась, в основном, в возрасте 20-50 лет. В подавляющем большинстве случаев заражение происходило при укусе клещом, иногда при снятии и раздавливании клещей, некоторые больные отмечали только «наползание» клеща без укуса, некоторые – отрицали наличие клеща. Данные наблюдений показывают четко выраженную тенденцию укорочения срока инкубации, геморрагический синдром регистрируется реже, средне-тяжелое течение преобла-

дает над тяжелым, легкое течение не регистрируется. Сокращение сроков обращаемости за медицинской помощью и госпитализации от начала заболевания свидетельствует об усилении настороженности населения и медработников в отношении КГЛ в результате хорошей санитарно-разъяснительной работы и СМИ.

В сборах клещей на территории Республики Калмыкия доминировали *Hyalomma marginatum marginatum*, тогда как в предыдущие годы определялись и другие виды – *Hyalomma anatolicum*, *Hyalomma scupense*, *Dermacentor marginatus*, *Dermacentor dagestanicus* и другие. Впервые на территории Республики Калмыкия в 2011 году был зарегистрирован вид клещей – *Ixodes laguri*, который был очесан с малого суслика в количестве 5 экземпляров.

Планирование профилактических и противоэпидемических мероприятий осуществляют Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по субъектам Российской Федерации, противочумные учреждения, департаменты и управления здравоохранения во взаимодействии с органами исполнительной власти, органами местного самоуправления и иными организациями и службами. Комплексные планы по санитарной охране в Р.Калмыкии согласовываются Управлением Роспотребнадзора с ФБУЗ «ЦГиЭ», ФКУЗ «ЭПЧС», МЗ, ветеринарной и фитосанитарной службой, Министерством Финансов, ГО, ЧС, Росздравнадзором, ФСБ и др. независимо от организационно-правовой формы. Ситуации по КГЛ ежегодно рассматриваются на заседаниях СПК при Правительстве Республики Калмыкия.

В заключение следует отметить, что на территории Республики Калмыкия функционирует природный очаг КГЛ с благоприятными условиями для активности возбудителя, что представляет реальную угрозу для здоровья и жизни населения и требует дальнейшего совершенствования эпизоотолого-эпидемиологического мониторинга.

С целью совершенствования профилактики ККГЛ в методических указаниях (МУ 3.4.3008-12) «Порядок эпидемиологической и лабораторной диагностики особо опасных, «новых» и «возвращающихся» инфекционных Болезней» предложена комплексная схема диагностики этого заболевания – определены клинические критерии КГЛ:

геморрагический синдром, основные клинические признаки: инкубационный период от 2 до 14 дней; острое начало, высокая температура; головная боль, миалгии, артралгии; боль в животе и пояснице; гиперемия кожных покровов лица, шеи, слизистой полости рта; на 5-6 день возможно понижение температуры; геморрагические проявления разной степени выраженности; состояние больных резко ухудшается; бледность, тахикардия, акроцианоз.

Определены критерии эпидемиологического анамнеза:

дата заболевания; обращения, госпитализации; местный случай болезни; болеют жители Южного и Северо-Кавказского Федеральных округов, подвергшихся укусов иксодовых клещей, ухаживающих за домашним скотом, лица, ухаживающие за больным и контактировавшие с биологическим материалом (кровь и содержащая кровь) в семейных очагах, медицинские работники инфекционных отделений, клинических лабораторий и др.; контингенты риска: скотники, пастухи, и другие работники сельского хозяйства и животноводства, медицинские работники; время риска: апрель-август.

Определены критерии эпидемиологической характеристики территории: видовой состав и индекс

обилия пастбищных иксодовых клещей. Видовой состав и численность мелких млекопитающих и врановых птиц до обнаружения случаев заболевания человека; выявление антигена вируса ККГЛ от иксодовых клещей, снятых с КРС и собранных в открытых станциях. Дата и место выделения вируса ККГЛ при исследовании клещей. Вирусофорность иксодовых клещей по административной территории (район, город и в целом по субъекту).

При диагностике ККГЛ подозрительными – считаются случаи заболевания по клиническим критериям и эпидемиологическому анамнезу. Вероятные случаи заболевания – по клиническим критериям, эпидемиологическому анамнезу и положительными результатами ОТ-ПЦР, ИФА – выявление антигенов или антител класса М. Подтвержденный случай заболевания – клинические критерии, эпидемиологический анамнез и положительный результат ИФА – выявление сероконверсии антител класса G (кровь для исследования берут дважды: в начале болезни и через 2-3 недели); выделение вируса, секвенирование.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА В РАЗЛИЧНЫХ СТРАНАХ МИРА

Байрамукова А.М., Ажахметова А.К., Карпов С.М.

*ГБОУ ВПО «Ставропольская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения и социального развития РФ», Ставрополь,
e-mail: alina.azhahmetova@mail.ru*

Актуальность: Болезнь Паркинсона – одно из наиболее распространенных неврологических заболеваний. Эпидемиологические исследования указывают на то, что болезнь Паркинсона наблюдается во всех этнических группах и встречается с равной частотой у мужчин и женщин. Заболеваемость составляет около 20 на 100 000 населения, распространенность – 120-180 на 100 000 и достигает 1% в популяции лиц старше 60 лет. Заболевание встречается, как правило, в пожилом и старческом возрасте. Средний возраст начала заболевания составляет 65,3+12,6 года, распространенность в популяции лиц старше 85 лет – 2205,3 на 100 000.

Цель исследования: оценить распространенность болезни Паркинсона в различных странах мира.

Материалы и методы: анализ литературного материала.

Результаты: Болезнь Паркинсона – медленно прогрессирующее дегенеративное заболевание ЦНС, проявляющееся главным образом двигательными нарушениями в виде гипокинезии, ригидности мышц, тремора покоя.

Происхождение болезни Паркинсона остается до конца не изученным, тем не менее, в качестве причины заболевания рассматривается сочетание нескольких факторов: старение, наследственность, некоторые токсины и вещества, вирусные инфекции, приводящие к постэнцефалитическому паркинсонизму; атеросклероз сосудов головного мозга; тяжелые и повторные черепно-мозговые травмы.

Цифры общей распространенности БП, т.е. без возрастного распределения, различны для каждой страны и имеют следующие диапазоны по количеству случаев на 100 000 населения (данные литературного обзора): Северная Америка: США 107-329; Канада 126-244,4; Южная Америка: Боливия 50,2; Аргентина 656,8; Бразилия 330; Колумбия 31; Карибский бассейн: Куба 135; Азия: Восточная Азия: Япония 61,3-306,6; Китай 12,4-522; Корея 370; Юго-Восточная Азия: Сингапур 300; Тайвань 130,1; Южная Азия: Ин-