

внутреннего строения и содержимого этого пузырька. Сопоставляя поочередно изображения или структуры под микроскопом этих серийных срезов можно изучить тонкое строение сколексов и можно посчитать количество содержащихся в одном и том же пузыре сколексов. При наличии окружающих тканей можно также изучать взаимоотношение эхинококкового пузырька с окружающими тканями. Можно измерять толщину также структурных компонентов оболочки пузыря. При наличии вторичных дочерних пузырьков внутри основного можно изучить тонкое микроскопическое строение структурных компонентов и этих пузырьков. Нами изучено несколько пузырей эхинококка, удаленных из легких овец со средним диаметром от 0,9 до 1,2 см, содержащие небольшое количество легочной ткани, прилипшей к оболочке пузыря. В хитиновой оболочке пузыря коллагеновые волокна имеют высокую плотность расположения. К ней снаружи прикреплены без границы сдавленные ткани легких, делаю оболочку более толстой. Полость пузыря гомогенная, по внутреннему периметру вблизи герминативной оболочки мелкими группами расположены сколексы, которые в зависимости от ориентации расположения попадают на гистологический срез в разных проекциях

(продольные, косопродольные и поперечные срезы сколексов). У них четко видны крючки. На поперечных срезах видна щелевидная полость, а на продольных и косых срезах видна корона крючков. Площадь продольного среза сколексов намного превосходит площади поперечного их среза. На продольных срезах видна полость на дистальном отделе сколекса. Структурные компоненты поперечных срезов имеют разные картины в зависимости от уровня прохождения микромного ножа через сколекс. Легочная ткань вокруг пузырька сдавлена. Мелкие бронхи и бронхиолы деформированы, альвеолы имеют не круглую, а сжатые формы. Чем ближе расположены легочные структуры к пузырю, тем сильнее выражено сжатие легочных альвеол и деформация мелких бронхов. Самые близкие к пузырю альвеолы настолько сжаты, что у них полость представлена в виде еле заметной узкой щели. В тканях легких, окружающих эхинококковый пузырь отмечается кругло-клеточная инфильтрация.

Выводы: Таким образом, изучение эхинококкового (альвеококкового) пузыря методом серийных срезов даёт полную картину его внутреннего строения и тонкого строения содержащихся в нём сколексов, распространения и локализации групп сколексов внутри пузыря, их отношение к его структурным компонентам.

## ФИТОЭКДИСТЕРОИДЫ В ЛЕЧЕНИИ СОПУТСТВУЮЩИХ ПАРАЗИТОЗОВ И ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ

З.Б. Джуроева, Ж.И. Исламова, Н.А. Давис, Н.С. Бадалова

*Ташкентская медицинская академия*

*Институт химии растительных веществ АН РУз.*

Известно, что у ВИЧ-инфицированных по мере прогрессирования заболевания происходит переключение в продукции цитокинов с Th1 на Th2 ответ, что повышает восприимчивость к бактериальным и вирусным инфекциям. Присоединившиеся паразитозы могут модифицировать иммунный статус больных ВИЧ-инфицированных, усугубляя имеющийся иммунологический дисбаланс. В настоящее время сформировались достаточно большие группы лиц с хронической патологией, которые предъявляют особые требования к лечению сопутствующих инфекций, представленные в основном больными туберкулезом и ВИЧ-инфицированными, поскольку комплексная терапия основного заболевания (противотуберкулезные и антиретровирусные препараты) включает гепатотоксичные препараты [Канестри и соавт., 2006] и дополнительная нагрузка на печень крайне нежелательна. На фоне общего

роста резистентности паразитов к существующим антипаразитарным препаратам и известного постулата об их более частой резистентности при паразитировании в иммунодефицитном организме (Harhey et al., 2010), важное значение имеет апробация нетоксичных препаратов растительного происхождения в лечении сопутствующих паразитозов и герпетической активности у ВИЧ-инфицированных.

Цель исследования: апробировать в лечении сопутствующих инфекций (лямблиоза, гименолепидоза и герпетической инфекции) у ВИЧ-инфицированных отечественные препараты из класса фитоэкдистероидов – соответственно экдистен, эксумид и аюстан.

Материалы и методы. Обследовано 52 ВИЧ-инфицированных, из них 27 получало АРВТ в течение 0,5-1 года и 25 не получало. Лямблиоз и гименолепидоз диагностировали с

помощью 3-кратной копроскопии, пробы стула собирали в консервант Турдыева. Было отобрано 12 больных лямблиозом, 1 больной гименолепидозом и 8 больных герпетической инфекцией. Экдистен (Экд) назначали в суточной дозе 20-25 мг в 4 приема в течение 10 дней, эксумид (Экс) – в суточной дозе 25 мг по такой же схеме. Экд является монофитокдистероидом, Экс представляет сумму фитокдистероидов из наземной части *Ajuga turkestanica*. Аюстан – суммарный препарат, обладающий антивирусной активностью, включающий Экд, туркестерон, циастерон и иридоиды гарпагид и ацетил-гарпагид. Аюстан назначали ВИЧ-инфицированным с сопутствующей герпетической инфекцией четырехкратно на протяжении 10 дней.

Результаты и обсуждение. 7 больных лямблиозом (4 на фоне АРВТ и 3 без АРВТ) получали Экд и 5 больных лямблиозом (2 на

фоне АРВТ и 3 без АРВТ) – Экс. Один больной с гименолепидозом получал Экд в суточной дозе 25 мг в течение 120 дней. Во всех случаях была достигнута элиминация паразитов. Из 8 больных герпетической инфекцией 2 получали АРВТ. У 5 больных после курса аюстана площадь высыпаний сократилась на 50%, у 1 – на 30%, у 2 эффект отсутствовал.

Таким образом, Экд и Экс представляют хорошую альтернативу стандартным противопаразитарным препаратам в лечении лямблиоза и гименолепидоза, особенно в случаях, когда у ВИЧ-инфицированных имеются сопутствующие вирусные гепатиты (Экд и Экс нетоксичны и обладают гепатопротекторной активностью). Хотя аюстан по активности уступал ацикловиру, использование его также может быть оправдано в случае противопоказаний к применению ацикловира.

## КОЖНЫЙ ЗООНОЗНЫЙ ЛЕЙШМАНИОЗ В ЮЖНОМ КАЗАХСТАНЕ

А.М. Дмитриевский, Г.А. Утепбергенова, К.У. Мамыкова, Н.В. Зубова

*Казахско-Турецкий международный университет (Казахстан).*

Цель работы: Оценить состояние эпиднадзора за кожным зоонозным лейшманиозом (КЗЛ) в Республике Казахстан, пути его совершенствования и перспективы развития.

Материал и методы исследования: Анализировались отчетные данные департамента госсанэпиднадзора ЮКО по проведению противолейшманиозных мероприятий, карты эпидрасследования, истории болезни больных КЗЛ.

Результаты: В ЮКО отмечается ежегодная заболеваемость КЗЛ, в течение последних лет количество заболевших колеблется от нескольких случаев (4 в 2010 г.) до нескольких десятков случаев (22 в 2011 г.). Два района области – Отырарский и Шардарьинский официально считаются эндемичными зонами (природными очагами) КЗЛ, однако часто заболевшие выявляются в Махтааральском районе, что может свидетельствовать о возможности наличия природного очага КЗЛ и в этом регионе.

К сожалению исследований переносчиков и носителей на наличие лейшманий не проводится, поэтому точно установить распространение природных очагов и их границы не представляется в настоящее время возможным.

Лабораторная диагностика КЗЛ проводится на уровне районов, а также на уровне области методом микроскопии, что не

соответствует современным требованиям. На областном уровне отсутствует современная диагностика, например ИФА, РНИФ или ПЦР.

Часть больных выявляется в городах, в том числе – Туркестане, прилегающим к природному очагу Отырарского района, или Шымкенте. При этом, часто в анамнезе у заболевших – пребывание в эндемичном регионе, например, - Шардарьинском районе, в то время как в самом районе больные не регистрируются, что, по видимому, не соответствует реальной обстановке, - у местных жителей имеется значительно большая возможность заразиться, чем у приезжих, следовательно имеет место гиподиагностика КЗЛ, в частности в Шардарьинском, а возможно и в других районах. Диагноз устанавливается на основании микроскопического исследования, не являющегося по сути подтверждающим тестом, и, как правило, снимается в случае его отрицательного результата.

Для облегчения диагностики, мы разработали стандартное определение случая КЗЛ, однако для его широкого внедрения и использования необходимо его официальное утверждение на уровне министерства. К сожалению, однако, в последнее время происходят драматические изменения в системе санитарно-эпидемиологической службы, что не способствует ее улучшению. Так служба была