

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

переведена в Агентство по защите прав потребителей, которое сначала было выделено из МЗ, затем вновь введено, а затем переведено в министерство национальной экономики. В настоящее время в областях повсеместно сокращаются паразитологические отделы, а также ставки специалистов паразитологов.

Выводы: Таким образом, на территории ЮКО имеются природные очаги КЗЛ, и регистрируется ежегодная заболеваемость этой инфекцией. Однако, в настоящее время эпидемиологический надзор за КЗЛ требует коренного улучшения в плане, внедрения

стандартного определения случая, и регистрации не только подтвержденных, но и вероятных диагнозов; внедрения на областном уровне современных методов диагностики, позволяющих увеличить чувствительность лабораторной диагностики КЗЛ. Кроме того необходимо проведение лабораторного мониторинга очагов – исследование носителей и переносчиков на наличие циркуляции возбудителя КЗЛ, что позволит точно определять наличие природных очагов, а также из границы, и проводить более эффективные профилактические мероприятия.

РЕЦИДИВНЫЙ ЭХИНОКОККОЗ В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Л.А. Ермакова, Я.П. Киртанасов, Т.И. Твердохлебова, С.А. Нагорный

Ростовский НИИ микробиологии и паразитологии Роспотребнадзора (Россия).

В структуре биогельминтозов эхинококкоз занимает особое место в связи с длительным бессимптомным течением, развитием грозных хирургических осложнений, частым возникновением рецидивов после оперативного лечения. Даже в развитых странах, благополучных в санитарно-эпидемиологическом отношении, эхинококкоз, тем не менее, представляет серьезную проблему. Социальная значимость эхинококкоза обусловлена преимущественным поражением лиц трудоспособного возраста, необходимостью оказания высокотехнологичной хирургической помощи особенно при редких локализациях процесса (эхинококкоз сердца, головного и спинного мозга и т.д.). Отношение к эхинококкозу, как к исключительно хирургической патологии, отсутствие антигельминтной терапии в утвержденном в Российской Федерации стандарте лечения эхинококкоза, является одной из причин частых рецидивов этого гельминтоза.

За период с 2008 по 2013гг. в клинике паразитарных болезней Ростовского научно-исследовательского института микробиологии и паразитологии Роспотребнадзора и хирургических отделениях Областной больницы №2, г. Ростова-на-Дону получали лечение и наблюдались 68 больных эхинококкозом в возрасте от 7 до 84 лет, из них 75% лиц трудоспособного (от 20 до 60 лет) возраста. Эхинококкоз печени регистрировался у 51 больного, эхинококкоз легких – у 5, редкие локализации эхинококковых кист (селезенка, сердце) наблюдались у 3 больных, сочетанный эхинококкоз (печени и брюшной полости) – у 4 больных, множественный эхинококкоз с

одновременным поражением двух и более органов – у 5 больных. Первичный эхинококкоз различных локализаций регистрировался у 55 больных, рецидивный – у 13 пациентов (19%). Среди случаев рецидивного эхинококкоза женщины составили 69% (9 больных), тогда как в гендерной структуре всех больных женщин – 53%. Рецидивы эхинококкоза легких зарегистрированы у 2 пациентов, у 11 – рецидивировал эхинококкоз печени. У 5 больных через 2-3 года после оперативного лечения изолированного эхинококкоза печени появились множественные кисты печени. У 1 больной солитарная киста печени появилась спустя 28 лет после эхинококкэктомии, и у другой – через 33 года. Двум больным по поводу рецидива эхинококкоза были выполнены 4 операции с интервалом в 2-3 года. Одному пациенту за период с 1987 по 2008 гг. были выполнены 9 оперативных вмешательств по поводу эхинококкоза легких и печени. С 2011 году указанный больной наблюдается и получает консервативную терапию албендазолом по поводу неоперабельного диссеминированного эхинококкоза легких, органов средостения, печени, брюшной полости, малого таза. Следует отметить, что ни одному из больных с рецидивом эхинококкоза после первично или повторно выполненных оперативных вмешательств не назначалось противорецидивное лечение.

Таким образом, для успешного лечения больных эхинококкозом и снижения рисков рецидивов необходимо взаимодействие врачей всех специальностей: хирургов, инфекционистов, терапевтов.