

ческого диагноза «лямблиоз» была использована классификация, предложенная А.Л. Ланды и В.К. Илинича (1973).

О состоянии ПЧНТ судили по определению содержанию в крови общего иммуноглобулина Е иммуноферментным методом.

Результаты: Результаты исследования показала, содержание в крови общего иммуноглобулина Е составила у больных легкой формы I основной группы – $114,0 \pm 5,5$ кЕ/л, а средней формы – $182,0 \pm 11,0$ кЕ/л, в тяжелой формы – $208,0 \pm 11,0$ кЕ/л; а у больных II основной группы – $144,0 \pm 15,0$; $210 \pm 16,0$ и $258,0 \pm 18,0$ кЕ/л, соответственно; контрольной группы – $98,0 \pm 3,7$; $134,0 \pm 6,4$ и $178,0 \pm 7,5$ кЕ/л, соответственно. Показатель этого маркера в разгаре болезни достоверно больше у больных ВГВ на фоне лямблиоза билиарной формы в сравнении с показателями с моноинфекцией независимо от тяжести течения заболевания. В то же время в отношении больных ВГВ на фоне сочетанного течения кишечной формы лямблиоза указанная закономерность выявлена только при тяжелом течении заболевания. Более высокие показатели упомянутого маркера ПЧНТ выявлены у

больных ВГВ на фоне сочетанного течения лямблиоза билиарной формы.

В период реконвалесценции содержание в крови общего иммуноглобулина Е составила у больных легкой формы I основной группы – $96,0 \pm 3,8$ кЕ/л, а средней тяжелой формы – $135,0 \pm 5,8$ кЕ/л, в тяжелой формы – $178,0 \pm 6,2$ кЕ/л; а у больных II основной группы – $110,0 \pm 4,8$, $170,0 \pm 11,0$ и $195,0 \pm 15,0$ кЕ/л, соответственно; контрольной группы – $68,0 \pm 3,2$, $102,0 \pm 3,8$ и $118,0 \pm 5,2$ кЕ/л, соответственно. Если в период реконвалесценции содержание общего иммуноглобулина Е в крови у больных контрольной группы практически не отличалось от нормы, то у пациентов основных групп показатель указанного теста оставался достоверно высоким по сравнению со здоровыми ($64,0 \pm 2,5$ кЕ/л), за исключением больных с легким течением заболевания.

Выводы: Таким образом полученные результаты показывает, что у больных ВГВ на фоне сочетанного течения лямблиоза развивается ПЧНТ более выражена, чем у больных ВГВ без сопутствующей патологии.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СОВРЕМЕННЫХ ПРОТИВОЛЯМБЛИОЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ

Д.Т. Раббимова, А.Б. Рамазанова, Х.М. Облакулов

Самаркандский государственный медицинский институт

Целью работы является освещение вопроса сравнения эффективности некоторых противоямблиозных препаратов.

Материал и методы исследования: Обследовано 36 детей с латентной формой, 78 детей с субклинической формой и 62 больных с клинической формой лямблиоза.

Наблюдаемые дети с латентной формой жалоб не предъявляли, цистовыделение колебалось от 0,5 до 0,7 и в среднем составило 0,6 цист в поле зрения. У детей с субклинической формой наблюдались не резко выраженные боли в животе (у 66 из 78-84,6%), синдром «кишечной» (у 52-66,7%) и реже «желудочной» (у 25-32, 1%) диспепсии.

Цистовыделение при субклинической форме колебалось от 0,7 до 2,2 в среднем составляло 1,5 цист в поле зрения. У больных с клинической формой наблюдались интенсивные боли в «животе, проявления «желудочной» и «кишечной» диспепсии. Так, тошнота была у 18 из 62 (29,0% детей), отрыжка у 11 (17,7 %), изжога у 6 (9,6%). У 26 детей отмечалось снижение аппетита, у 6 (9,6%) метеоризм и 3

(4,8%) урчание в животе. Энтеральный синдром был более выраженным. Так, у 55 из 62 (88,7% детей) стул был неустойчивый, жидкий, часто пенистый, желтого цвета. При клинически выраженной форме лямблиоза цистовыделение колебалось от 2,2 до 2,8 и в среднем составило 2,5 цист в поле зрения. Лечение лямблиоза у детей наряду с назначением противоямблиозных медикаментозных средств, включало так же лечебное питание. В связи с полученными результатами исследования абсорбции углеводов и жиров, а именно снижение экскреции Д-ксилозы с мочой в первые 2 часа после пероральной нагрузки, так же при всех формах лямблиоза экскреция йода после нагрузки йодолиполом была ниже чем у здоровых детей. В связи с этим мы пересмотрели набор продуктов для стола 4 или 5, исключив из них продукты, содержащие сахара и увеличили квоту легко усвояемого растительного жира за счет уменьшения сливочного масла. Проведено сравнение эффективности некоторых противоямблиозных препаратов. Исследуемым назна-

чали фуразолидон, комбинацию фуразолидона и метронидазола, а также зентел.

Результаты: Установлено, что продолжительность болей была наименьшей при назначении зентела и более длительна при лечении только фуразолидоном ($14,0 \pm 1,1$ день).

Диспептические явления исчезали под явлением зентела в течение первых 3-х дней, при комбинации фуразолидона с метронидазолом в первые 6 дней, и при монотерапии фуразолидоном они держались 2 недели. Наряду с диспептическими явлениями симптомы «кишечной» диспепсии исчезали под явлением зентела в течение первых 2-х дней, а при комбинации фуразолидона и метронидазола-5 дней, а при монотерапии фуразолидоном держались 10 дней.

При лечении фуразолидоном с латентной формой лямблиоза освобождение от лямблий наблюдалось у 66,6 % больных, при субклини-

ческой форме 61,8%, с клинически выраженной формой лямблиоза у 50,0% больных, при комбинированном лечении фуразолидоном и метронидазолом с латентной формой исчезновение лямблий наблюдалось у 82,6% больных, при субклинической 83,2% и 86,3% с клинически выраженной формой лямблиоза. При лечении зентелом у детей с латентной формой, исчезновение лямблий наблюдалось у 86,6%, при субклинической 91,6%, при клинически выраженной форме лямблиоза 97,6%.

Выводы: Таким образом, лечение лямблиоза необходимо проводить комплексно, учитывая этиопатогенез, клиническую картину, мальабсорбцию жиров, углеводов. Наибольшей противолямблиозной активностью обладает зентел. Такое лечение прекращает цистовыделение у 91,6% детей.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ И КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ МАЛЯРИИ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ

И.М. Савицкая, Е.К. Арбузова, Е.Б. Исаева, В.Н. Городин, С.В. Зотов, В.А. Бахтина

*ГБУЗ «Специализированная клиническая инфекционная больница»,
Управление Роспотребнадзора по Краснодарскому краю (Россия).*

Учитывая геополитическое расположение Краснодарского края, усиление миграционных потоков, развитие туризма в последние годы, сохраняется высокий риск завоза инфекционных заболеваний, нехарактерных для нашего региона. Так в Краснодарском крае за период 2006-2013гг. было зафиксировано 14 случаев малярии. Возраст заболевших был от 30 до 55 лет, из них: 13 пациентов - мужчины и 1 беременная женщина 20 лет в сроке 24 недели (рецидив малярии), 9 жителей города Краснодара, 5 - Краснодарского края. В эпид-анамнезе: все случаи были завозными - в 5 случаях из Нигерии, 5 из Таджикистана, по 1 из Индии, Алжира, Афганистана, в 1 случаях эпиданамнез выяснить не удалось. По этиологии случаи распределились следующим образом: в 5-х (34%) был обнаружен возбудитель тропической малярии - *Pl.falciparum*, в 9 (66%) трех-дневной малярии - *Pl.vivax* (из них 2 рецидива). Пациенты обращались за медицинской помощью в 2 случаях (14,29%) на 2 день заболевания, в 4 (28,57%) на 4-й, в 4 (28,57%) на 6-8 сутки, в 4 (28,57%) на 10-14 сутки болезни. Диагноз установлен в 1-й день обращения за медицинской помощью в 8 случаях (57%), на 2 день в 5 (36%), на 3 сутки в 1 случае (7%). Длительность пребывания в стационаре в среднем составила 13,5 койко-дня (5-24 койко-дня). В 12

случаях (86%) заболевание протекало в среднетяжелой форме, в 2 (14%) - в тяжелой.

Клинических проявления: в 100% случаев присутствовал синдром интоксикации (лихорадка, слабость, тошнота, головная боль, ломота в теле). Длительность лихорадки составила в 3 случаях (21%) 4 дня, в 5 случаях (36%) 6 дней, в 2 случаях (14%) 8 дней, в 4 случаях (29%) - 10 дней. В 1 случае (7%) преобладал синдром гастроэнтерита (тошнота, рвота 2 раза, жидкий стул до 5 раз в сутки). У 6 пациентов (43%) - был зафиксирован умеренно выраженный холестатический синдром (общий билирубин повышался до 33-75 мкмоль/л, за счет непрямой фракции), при отсутствии цитолитического синдрома. В 1 (7%) случае, в связи с поздней госпитализацией, на 15 день заболевания развилась острая почечная недостаточность проявившаяся в снижении диуреза и значительном повышении мочевины до 20,4 ммоль/л и креатинина до 307 мкмоль/л, что потребовало проведение экстракорпоральных методов детоксикации (гемодиализ). Анемия развивалась только в 7-х случаях (50%) на 4-17 день заболевания, различной степени тяжести: в 4 случаях (29%) - легкая, в 2 случаях (14%) среднетяжелая и в 1 случае (7%) - тяжелая. Стартовая специфическая терапия проводится по следующим схемам: монотерапия делагилем у 6-