

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-

и больных (43%), в 2-х случаях (14%) применялся хинин (у больных с рецидивом), у остальных пациентов (6 человек - 57%) сразу назначалась комбинированная терапия (делагил + примахин, фансидар + клиндомицин, хинин + доксициклин. В 35% случаях потребовался 2 курс специфической терапии в других комбинациях.

Таким образом, в Краснодарском крае ежегодно регистрируются случаи заболевания

завозной малярией. В этиологической структуре преобладает *Plasmodium vivax* (66%). Наблюдается поздняя обращаемость больных за медицинской помощью: в 57,1 % позже 6-го дня заболевания. Болезнь протекает в среднетяжелой форме (86%). В 35% случаев требуется проведение 2-го курса специфического лечения.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СМЕШАННЫХ КИШЕЧНЫХ ПАРАЗИТАРНЫХ ИНВАЗИЙ СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ

Д.Б. Саидахмедова, Т.А. Вахобов, Т.Н. Куркина, Л.В. Качугина

Научно-исследовательский институт медицинской паразитологии им. Л.М. Исаева МЗ РУз.

Цель: Изучение распространенности смешанных кишечных паразитарных инвазий среди детей и подростков в Самаркандской области и анализ частоты регистрации смешанных инвазий у стационарных больных с кишечными инвазиями.

Материалы и методы исследования. Обследовано 1098 детей с кишечными паразитами, выявленных в г.Самарканде и Самаркандском районе Самаркандской области, проанализированы истории болезни 4655 больных детей с паразитами находившихся в клинике НИИ медицинской паразитологии им. Л.М. Исаева. Исследования на гельминтозы и лямблиоз проводились общепринятыми паразитологическими методами.

Результаты. Установлено, что в области из инвазированных 1098 детей со смешанными паразитарными инвазиями было 417 (38,0 ± 2,4%). В г. Самарканде эти показатели составляли соответственно 729-289 (36,6 ± 2,9%) и Самаркандском районе – 369 -128 (34,7 ± 4,2%). Смешанные инвазии у больных отмечались в 4-х различных вариантах: энтеробиоз с гименолепидозом, энтеробиоз с лямблиозом, гименолепидоз с лямблиозом и энтеробиоз с гименолепидозом и лямблиозом. Преимущественно имело место биинвазия, представленная в основном энтеробиозом и лямблиозом (73,1%). Энтеробиоз с гименолепидозом и гименолепидоз с

лямблиозом сочетались соответственно у 14,9 и 6,9% больных. Тройная инвазия - энтеробиоз, гимено-лепидоз и лямблиоз наблюдалась у 5,1% больных. Из 4655 стационарных больных с кишечными паразитами смешанные паразитарные инвазии зарегистрированы у 3300 (70,9%). Смешанные инвазии отмечались большим полиморфизмом. Установлено 15 вариантов сочетаний инвазий. Наиболее часто, в 2194 (47,1%) случаях имелось сочетание лямблиоза с энтеробиозом. Лямблиоз с гименолепидозом и энтеробиозом отмечался соответственно у 454 (9,8%) и у 430 (9,2%) больных.

Выводы. Смешанные кишечные паразитарные инвазии имеют значительное распространение. В структуре кишечных паразитозов смешанные инвазии составляют 38,0%. В нозологической структуре стационарных больных с кишечными паразитами сочетанные инвазии составляют 70,9%. Смешанные инвазии у больных отмечались в 4-х различных вариантах: энтеробиоз с гименолепидозом, энтеробиоз с лямблиозом, гименолепидоз с лямблиозом и энтеробиоз с гименолепидозом и лямблиозом. Преимущественно имело место биинвазия, представленная в основном энтеробиозом и лямблиозом (73,1%). Тройная инвазия – энтеробиоз, гименолепидоз и лямблиоз наблюдалась у 5,1% больных.

СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ

К.Б. Саидмуратов, З.Б. Курбаниязов, С. Бобоназаров

Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность. В настоящее время сочетанные оперативные вмешательства в абдоминальной хирургии выполняют только у 5-5% больных. Невысокой процент сочетанных

операций, с определенной долей вероятности, можно объяснить такими причинами: неполное обследование больных в операционном периоде, не склонность хирургов к осуществлению