

Таблица 1 - Динамика исходов беременностей по годам в Павлодарской области

Показатель	Год													Итого
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
Число беременных	1	1	1	6	18	23	17	17	28	26	27	29	29	223
Число беременностей	1	1	1	6	19	26	21	26	36	37	45	46	55	320
Число родов	1	1	-	-	3	12	10	15	17	17	24	17	19	136
Число внематочных беременностей	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	5	1	4	12
Число выкидышей	0	0	0	2	1	2	3	3	3	2	1	5	3	25
Число мед. аборт	0	0	1	3	15	12	8	8	8	20	15	17	24	131

**Литература:**

1 Покровский В.В. Эпидемиология и профилактика ВИЧ-инфекции и СПИД. – М.: Медицина, 1996. – 246 с.  
2 Сапарбеков М.К., Шуратов И.Х., Чакликов Т.Е. и др. Эпидемиология и профилактика ВИЧ-инфекции в Казахстане. - Алматы, 2000. - 176 с.

3 Имангазинов С.Б., Алшинбаева Г.У, Сорокина М.Е. ВИЧ-инфекция у женщин. - Павлодар, 2010. - 148 с.  
4 ВИЧ-инфекция // Информационный статистический бюллетень РЦ СПИД. Годовой (2010). - Алматы, 2011. – 13 с.

## КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ЛЯМБЛИОЗА

Искакова А.К.

### Поликлиника №1, г. Экибастуз

Возбудитель лямблиоза – *Giardia lamblia* (в нашей стране сохраняется название *Lambliа intestinalis*) – простейшее, обитающее в просвете тонкой кишки человека. Поражают лямблии и различные виды животных: кошек, собак, кроликов, морских свинок. Обнаружены они в кишечнике мух и тараканов. Источник инвазии – человек и реже животные. Механизм передачи – фекально-оральный, пути – контактный, пищевой, водный, причем хлорирование воды не убивает цисты лямблий. В литературе указывается на генетическую предрасположенность к лямблиозу у лиц с персистирующей инвазией лямблиями высока частота антигенов главного комплекса гистосовместимости HLA – B5, B14, DR3, DR4, DR7. Гаплотипы A9, B5 и A1, B5 рассматривают как маркеры предрасположенности к лямблиозу. Выделяют

вегетативные формы и цисты, образующие из них. В отличие от бактерий лямблии способны поглощать продукты каемки, вмешиваться непосредственно в процесс мембранного пищеварения и нарушать его. Лишь при достаточном их заселении верхних отделов тонкого кишечника происходит распространение и в нижние отделы. Большинство исследователей отрицают возможность паразитирования лямблий в желчных путях и желчном пузыре в виду губительного действия концентрированной желчи. Цисты образуются в нижних отделах тонкой кишки и в ободочной кишке. Рост числа паразитов происходит в результате бинарного деления вегетативных форм и инцистирования лямблий. Богатая углеводами диета, снижение кислотности желудочного сока, белковое голодание, нарушение

иммунитета, консерванты и красители, вкусовые добавки в составе ряда импортных пищевых продуктов способствует резкому увеличению количества лямблий, а преимущественно белковая диета, наоборот, к угнетению числа особей. Высокая интенсивность пристеночного пищеварения у детей, богатая углеводами пища являются одними из основных причин большей пораженности детей по сравнению со взрослыми.

Лямблии относятся к наиболее распространенным видам кишечных паразитов во всем мире, повсеместно наблюдается рост заболеваемости лямблиозом, особенно среди дошкольников 3 – 6 лет. Довольно высоки семейные случаи лямблиоза.

**Цель исследования.** Оценить эффективность комплексного лечения лямблиоза.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились 16 детей и 26 взрослых. Возраст составлял от 8 мес. до 54 лет. Диагноз был верифицирован на основании клинко-лабораторного обследования, подтвержден обнаружением в испражнениях больных и дуоденальном содержимом цист лямблий.

Большинство пациентов получали в амбулаторных условиях метронидазол, фуразолидон, тинидазол повторными курсами. В ряде случаев отмечались неэффективность проводимой терапии, что можно связать с устойчивостью к препаратам возбудителя. Отмечено, что у пациентов со сниженным уровнем Ig A лямблиоз излечивается с большим трудом. А среди обратившихся пациентов это встречалось нередко. У других пациентов контрольные паразитологические исследования давали отрицательный результат, но сохранялись клинические проявления болезни. Неэффективность предыдущего лечения, непереносимость препаратов, наличие побочных эффектов у противоязвенных препаратов или сохранение клинических жалоб заставило больных искать альтернативные пути лечения.

**Результаты и обсуждение.** Проведенные исследования показали, что случаи семейной инвазии встречались более, чем в 90% случаев, а самым маленьким пациентом в нашей практике была 8-месячная девочка.

Среди обратившихся больных по поводу различных функциональных расстройств кишечника, дискинезий желчевыводящих путей, реактивного панкреатита детей было – 8, взрослых – 13.

Выделяются клинические формы лямблиоза: латентную и с клиническими проявлениями (острое течение и затяжное рецидивирующее). По нашим данным, наиболее часто встречаются субклиническая и бессимптомная форма. Причем среди членов одной семьи, чаще у детей наблюдались клинические и субклинические формы, а у взрослых – латентные. Дети чаще жаловались на периодическую непродолжительную диарею, тошноту, снижение аппетита, периодическую боль в верхней половине живота и средней эпигастральной области, вздутие кишечника, непереносимость лактозы, головную боль, повышенную утомляемость, раздражительность. У детей в возрасте 9-14 лет и взрослых чаще отмечались жалобы на боль в правом подреберье, тошноту, горечь и сухость во рту, головную боль, нарушение сна, чувство преждевременного насыщения, то есть преобладали симптомы дискинезии желчевыводящих путей, диспанкреатизма, реактивного панкреатита. Нередко преобладающими были астеноневротические жалобы: головная боль, головокружение, слабость, повышенная утомляемость, снижение аппетита, нарушение сна, боль в области сердца. У 80% детей (у 13 из 16) и 27% взрослых (у 7 из 26) отмечались аллергические проявления в виде кожного зуда, атопического дерматита, крапивницы, бронхиальной астмы и астматического бронхита, рецидивирующего упорного блефарита, аллергическая риносинусопатия.

Лечение осуществлялось в 2 этапа. На первом – проводили лечение орнизолом, взрослым - 3 таблетки в сутки после еды, одновременно в течение 3-х дней.

Детям с массой 30 кг, из расчета 40 мг-кг – однократно, в сочетании со спазмолитиками, ферментами ЖКТ, сорбентами и тюбажами. На втором этапе после ликвидации лямблий – желчегонные препараты, пробиотики и регулирующие функции ЖКТ, «Транзитор ЖКТ». Отмечалось значительное улучшение общего самочувствия: исчезал болевой

синдром, астеновегетативный и диспепсический синдромы, исчезали нервные тики, у 5 из 8 отмечено исчезновение аллергической риносинусопатии, у 1 из 3 исчезли астматические приступы, снизилась до нормы эозинофилия периферической крови, у 7 из 18, исчезла головная боль.

В течение 1 – 2 дней после проведенной терапии отмечалось усиление проявлений фазы экскреции: усилились выделения из носа, появился разжиженный стул, усилились имевшиеся или появились кратковременные кожные высыпания, повысилась температура тела до субфебрильных значений.

Эффективность терапии оценивали копроскопически по окончании лечения и анализом желчи.

Результаты - санировалось 82,3% больных, в лечение остальных больных были отмечены реинфекция, неэффективная доза лекарственных средств и им проводили повторное медикаментозное лечение.

**Выводы.** Таким образом, эффективность лечения лямблиоза заключалась в этапности терапии в сочетании с патогенетическими средствами, что позволило санировать до 82,3% больных.

## **СПЕЛЕОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ**

**Искакова А.К.**

*Поликлиники №1, г. Экибастуз*

Хронические заболевания органов дыхания (ХОБЛ) в настоящее время занимают четвертое место в структуре основных причин смертности населения, а их вклад в снижение трудоспособности и инвалидизацию населения ещё более значителен. Нет достаточных оснований рассчитывать на улучшение ситуации в ближайшей перспективе, поскольку темпы загрязнения воздуха и применение химических продуктов на производстве, в сельском хозяйстве и быту пока значительно опережают возможности оздоровления. Положение усугубляется тем, что под влиянием внешних и внутренних факторов изменился характер течения воспалительных заболеваний и возросло число лиц с повышенной бронхиальной реактивностью. Для воспалительных заболеваний бронхолегочной системы стали характерными склонность к затяжному течению и хронизации, раннее присоединение аллергических осложнений.

Патологический процесс при наиболее распространенных заболеваниях – хроническом обструктивном заболевании легких

(ХОБЛ) и бронхиальной астме - практически малообратимый, что определяет некоторые особенности реабилитационных мероприятий.

Спелеотерапия. Спелеоклиматическое лечение вполне можно обозначить как комплексный вид лечения, поскольку на организм больного оказывают воздействие разнообразные факторы микроклимата камеры: температура, влажность, высокая ионизация воздуха, ингаляция высокодисперсного аэрозоля, психологические факторы (ощущение временной изоляции от агрессивной внешней среды), фактор элиминации аллергенов, низкая бактериальная обсемененность.

В воздухе спелеолечебницы содержатся частицы солей, размеры которых на 80-90% составляют 5 мкм, т.е. являются оптимальными для проникновения в бронхиолы. Таким образом, имеется возможность воздействовать аэрозолем непосредственно на патологический процесс. Частицы аэрозоля действуют в 2-х направлениях: крупные частицы в верхних отделах дыхательных путей увеличивают