

O'zbekiston Respublikasi sog'liqni saqlash vazirligi
Министерство здравоохранения Республики Узбекистан

DOKTOR AXBOROTNOMASI

UCH OYLIK ILMIY-AMALIY JURNAL

1997 yilda tashkil topgan

ВЕСТНИК ВРАЧА

ЕЖЕКВАРТАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Основан в 1997 году

Редакционная коллегия:

Главный редактор – А.А. АБДУСАЛЯМОВ
Ю.М. Ахмедов, Дж. А. Ахтамов (зам. главн. редактора), З.М. Ахтамова,
У.К. Вахабова, Ф.Г. Назыров, Б.Б. Негмаджанов,
Б.У. Сабиров, Н.М. Хаитова,
А.М. Шамсиев

Материалы Республиканской научно-практической конференции с международным участием
«Актуальные проблемы паразитологии и инфекционной патологии» 31 мая 2007 года.

Спонсорская поддержка: Гелеон Рихтер А.О., MD&D Alliance, GlaxoSmithKline Export Ltd, Pharmed.

Ответственный редактор данного номера – проф. М.Д. Ахмедова (Ташкент)

Учредитель:

Фонд содействия развитию
медицинских технологий
«Ибн Сино» (Самарканд)



2007, № 2

Анализ биохимических данных показал значительные колебания общего билирубина, среднее значение которого составило $27,3 \pm 0,9$ мкмоль/л, что достоверно выше контрольных показателей ($P < 0,001$). Из энзимологических изменений обращало на себя внимание повышение активности АЛАТ и АсАТ ($P < 0,001$) в 2 раза по сравнению с нормой.

У детей с ХВГВ отмечалась диспротеинемия за счет увеличения γ -глобулиновой фракции сыворотки крови ($P < 0,05$). Тимоловая проба была достоверно выше контрольных значений ($P < 0,05$).

Серологические исследования показали, что у всех детей выявлялся HbsAg, HbeAg. Титр anti-HBs у

всех детей был отрицательным, т.е., у этой группы детей не выработался поствакцинальный иммунитет.

Выводы. У детей, получивших неполный курс вакцинации, ХВГВ регистрировался в 87,5% случаях. У вакцинированных против ВГВ детей, ХВГВ протекает с минимальной активностью в 41,7% случаях. Основными клиническими симптомами ХВГВ были: астеновегетативный синдром (58,3%), гепатомегалия (91,7%). Внепеченочные проявления регистрировались в единичных случаях.

У всех детей выявлялся HbsAg, HbeAg. Титр anti-HBs у всех детей был отрицательным, т.е., у этой группы детей не выработался поствакцинальный иммунитет.

Литература

1. Абдумажидова Ш.У. Иммунный статус детей, больных хроническими вирусными гепатитами. // Мед.журн.Узбекистана.-2004.-№3.-С.91-93.
2. Асратян А.А., Исаева О.В., Попова О.В. Тенденция развития эпидемического процесса парентеральных гепатитов Российской Федерации и на отдельных территориях страны. /Тезисы докладов Российской научно-практической конференции с международным участием «Вирусный гепатит В – диагностика, лечение и профилактика (к 40-летию открытия HBSAg)». -М.-2004.-С.8-10.
3. Вакцинопрофилактика гепатита В в России – итоги и перспективы // Шахгильдян И.В., Михайлов М.И., Хухлович П.А. и др. Гепатит В, С и D – проблемы диагностики, лечения и профилактики: Тез. Докл. V Российской научн.-практ. Конф. – М., 2003. – С. 338-343.
4. Туйчиев Л.Н. Клинико- иммунологические особенности HBV-инфекции, у детей инфицированных различными генотипами вируса: Дис. ... док. Мед. Наук.-Ташкент, 2005.- с. 228
5. Funk M.L., Rosenberg D.M., Lok A.S. Worldwide epidemiology of Hbe Ag-negative chronic hepatitis B and associated precore and core promoter variants// J.Viral Hepatitis. – 2002. – 9. – S.52-61.
6. Kao J-H, Chen D-S. Global control of hepatitis B virus infection. Lancet Inf Dis 2:395-403, 2002.
7. Ni Y-H, Chang M-H, Huang L-M, et al. Hepatitis B virus infection in children and adolescents in a hyperendemic area: 15 years after mass hepatitis B vaccination. Ann Intern Med 135:796:800, 2001.

Закиров М.М.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ “IMMUNOPARAZITAN H” НА ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ ТМА (ректор – акад. Ш.И. Каримов)

Паразитарные болезни человека остаются глобальной проблемой медицины. Так, по расчетам Петерса в 1975 году в мире было инвазировано гельминтами около 5000 млн человек [1].

Несмотря на довольно длительный период, в течение которого изучают паразитарные инфекции людей, эффективных мер борьбы, т.е. надежных средств для специфической профилактики и лечения против них до сих пор не разработано [2].

В связи с этим поиск новых нетоксичных противопаразитарных препаратов, обладающих высокими лечебными и профилактическими свойствами, является актуальным.

Разработан препарат “Immunoparazitan H”, лекарственное средство для лечения и профилактики некоторых паразитарных инвазий людей (демодекоз, эхинококкоз, фасциолёз и стронгилоидоз).

В программах доклинического испытания новых препаратов основное внимание уделяется изучению токсичности и безвредности [3,4].

Цель исследования – изучение влияния “Immunoparazitan H” на показатели периферической крови крыс при исследовании хронической токсичности препарата.

Материалы и методы. Исследования выполнены на 50 белых крысах (масса 180-210 г, возраст 13-14 недель). Крысам в течение 10 дней внутримышечно вводили препарат “Immunoparazitan H” в дозах 0,03 мл/кг, 0,3 мл/кг и 3,0 мл/кг. Кровь получали из хвостовой вены крыс с соблюдением правил асептики через 24 часа после первой инъекции, после 10 инъекций и через 3 недели после последней инъекции. Были исследованы показатели периферической крови: гемоглобин (колориметрический, гемиглобинцианидный метод, диагностическое средство - “НАЕМОГЛОБИН”, фирмы “HOSPITEX DIAGNOSTICS” Италия), количество эритроцитов и лейкоцитов (метод подсчета в счетной камере Горяева), лейкограмма (окраска мазка по Романовскому-Гимза) [5]. Измерение гемоглобина проводили на биохимическом анализаторе “Screen Master Tecno” фирмы “HOSPITEX DIAGNOSTICS” Италия, микроскопию проводили с помощью бинокулярного лабораторного микроскопа “Leica VM E” фирмы “Leica Microsystems” Германия.

Полученные результаты обрабатывали методом вариационной статистики с использованием микрокалькулятора МК-52 [6,7].

Результаты и обсуждение. Изучение влияния “Immunoparazitan H” на периферическую кровь проведено через 24 часа после первой инъекции, после 10

инъекций и через 3 недели после окончания курса введений. Через 24 часа после одной инъекции "Immunoparazitan H" даже в значительной передозировке (в 10 и 100 раз) у подопытных животных отсутствуют изменения со стороны белой и красной крови.

У крыс после 10 инъекций препарата выявлена следующая картина: происходит повышение количества лейкоцитов, сегментоядерных нейтрофилов и лимфоцитов по мере увеличения дозы препарата (таблица 2). Однако наблюдаемые изменения показателей крови лежат в пределах колебаний физиологической нормы [8].

После восстановительного периода происходит нормализация выше перечисленных показателей до контрольных значений (таблица 3).

Что касается анализа результатов уровня тромбоцитов во все сроки исследования (24 часа, после

10 инъекций и через 3 недели восстановительного периода, таблицы 1, 2, 3), то в первую очередь следует отметить значительную вариабильность этого показателя у крыс. Колебания тромбоцитов у крыс, получавших только физиологический раствор, лежат в пределах 201199 клеток в одном мл³. У подопытных животных колебания уровня тромбоцитов также велики и находятся в пределах 189724-96588 клеток в одном мл³. Из приведенных пределов колебания тромбоцитов видно, что у подопытных животных содержание тромбоцитов сдвинуто в сторону снижения. Эта тенденция более четко проявляется только после окончания восстановительного периода у животных, получивших препарат в значительной передозировке, т.е. при 3,0 мл/кг.

Таблица 1
Гематологические показатели у крыс через 24 часа после одной (1-строка); 10 (2-строка) инъекций инъекции Immunoparazitan H и в период восстановления (3-строка)

Показатели	Фон	Контроль	"Immunoparazitan H"		
			0,03 мл/кг	0,3 мл/кг	3,0 мл/кг
Лейкоциты • 10 ⁹ /л	11,6±0,7	10,3±0,5	10,1±0,3	11,5±0,5	11,5±0,4
		12,7±0,9	14,5±0,9	15,3±0,8*	16,3±0,6*
		12,3±0,9	13,4±0,5	13,9±0,8	14,8±0,5*
П/я нейтроф. мм ³	2,1±0,6	2,3±0,8	2,3±0,7	2,5±0,5	2,7±0,9
		2,5±0,6	2,7±0,3	2,1±0,5	3,0±0,4
		2,5±0,3	2,3±0,4	2,5±0,2	2,0±0,5
Сегментоядерные нейтрофилы, мм ³	23,9±3,9	23,6±2,3	22,5±3,3	20,4±2,6	26,2±2,7
		23,3±2,2	26,8±4,1	29±2,1*	32,3±3,2*
		22,6±2,5	20,6±2,4	19,4±2,4	21,2±2,6
Лимфоциты, мм ³	65,5±3,2	63,3±3,4	61,8±3,7	62,4±4,1	61,2±3,1
		68,4±2,9	69,5±3,2	70,5±2,6	74,0±2,5*
		70,7±2,8	72,6±2,3	74,4±2,6	73,2±2,2
Моноциты, мм ³	3,1±0,4	4,1±1,0	4,1±0,2	4,0±1,6	3,8±0,7
		2,7±0,8	4,9±1,3	5,0±1,2	4,8±1,5
		2,0±0,5	4,8±1,4	5,0±1,1	4,8±0,9
Эозинофилы, мм ³	1,2±0,5	2,2±0,7	2,0±1,2	2,5±0,8	2,7±0,9
		2,2±0,3	2,4±0,6	2,2±0,4	2,3±0,5
		2,1±0,8	1,9±0,4	1,5±0,7	1,3±0,6
Эритр. • 10 ¹² /л	5,3±0,3	5,6±0,3	5,4±0,7	4,7±0,8	5,3±0,4
		4,9±0,7	4,6±0,14	4,9±0,6	4,5±0,3
		4,1±0,9	4,0±0,4	3,8±0,7	3,8±0,8
Гемоглобин, г%	12,1±0,4	11,5±0,5	11,3±0,4	11,9±0,4	11,1±0,6
		13,5±0,5	13,3±0,2	13,1±0,3	13,7±0,2
		11,4±0,3	12,0±2,4	13,6±2,5	12,1±1,2
Тромбоциты/мм ³	201199± 19877,7	173961± 8429,7	182264± 46216,7	189724± 7726,6	173296± 7538,9
		182526± 16282,2	164567± 11291,2	159313± 18754,7	146148± 10176,3
		192321± 16785,1	162378± 12098,6	152811± 17957,8	96588± 15643,4*

* - достоверно по отношению к контрольным значениям (P<0,05)

Таким образом, проведенные гематологические исследования выявили тенденцию к повышению уровня лейкоцитов и к снижению уровня тромбоцитов

под влиянием 10 инъекций "Immunoparazitan H" только при значительной передозировке. По-видимому, полученные данные связаны с фармакологиче-

скими и иммунологическими характеристиками входящих в состав препарата компонентов.

Выводы. 10-кратная инъекция препарата "Immunoparazitan H" в терапевтической дозе (0,03 мл/кг) не оказывает влияния на показатели периферической крови крыс. После 10 инъекций препарата "Immunoparazitan H" в дозах превышающей терапевтическую 10 и 100 раз (0,3 мл/кг и 3,0 мл/кг) наблюда-

ется повышение уровня лейкоцитов 1,2 раза. После 3-недельного восстановительного периода у крыс, получавших 10 инъекций препарата "Immunoparazitan H" в дозе превышающей терапевтическую 100 раз (3,0 мл/кг) наблюдается сохранение высокого уровня лейкоцитов (1,2 раза) и снижение уровня тромбоцитов (2 раза) по сравнению с показателями периферической крови контрольных животных.

Литература

1. В.П.Сергиев, А.В.Успенский, Н.П.Сорокина и др. Фасциолёз человека – состояние проблемы. //Мед.паразитология и паразитарные болезни. - М., - 2004. - №3. - С.52-58.
2. Е.Н.Барышников. Медицинская паразитология. - М., - 2005. - 120 с.
3. Методические рекомендации. Доклинические исследования лекарственных средств. - Киев, - 2002. - 560 с.
4. Методические рекомендации. Доклинические испытания новых медицинских иммунобиологических препаратов. Основные положения. РД 42-28-8-89. - М., - 1989. - 31 с.
5. Сборник методов клинических лабораторных исследований. Под общей редакцией А.Н.Юнусходжаева. - Ташкент, - 2000. - часть II. - 703 с.
6. Бельский М.Л. Элементы количественной оценки фармакологического эффекта. - Л.: «Медицина», - 1963. - 152 с.
7. А.Е.Франчук, П.М.Маланюк, Н.И.Жиляев и др. Статистическая обработка результатов клинико-экспериментальных исследований на микро-ЭВМ «Электроника МК-52». - Тернополь, - 1987. - 24 с.
8. И.П.Западнюк, В.И.Западнюк, Е.А.Захария. Лабораторные животные. - Киев: «Вища школа», - 1974. - 303 с.

Захидова Н.А.

ВОПРОСЫ РАСПРОСТРАНЕНИЯ, ПАТОГЕНЕЗА, КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЛЯМБЛИОЗА И КОНТАКТНЫХ ГЕЛЬМИНТОЗОВ (ОБЗОР)

ТМА (ректор – акад. Ш.И. Каримов)

В структуре инфекционных заболеваний кишечные гельминтозы находятся на третьем месте. Согласно оценке Всемирного банка, экономический ущерб от кишечных гельминтозов занимает четвертое место среди наносимого всеми болезнями и травмами. А в структуре детских инфекционных заболеваний они занимают второе место после ОРВИ. Паразитозы в основной своей массе встречаются в странах с жарким климатом. Узбекистан входит в состав таких стран, издавна считаясь эпидемичной территорией для многих паразитарных заболеваний. По официальным данным в республике в 2002 году пораженность энтеробиозом составила 3,5%, гименолипидозом 0,7%, а также лямблиозом 2,0% [1,10].

Вопросы взаимоотношений между различными паразитарными инвазиями представляют теоретический и практический интерес. Результаты наблюдений многих исследователей указывают на существование между представителями различных групп паразитов синергических отношений, при которых одна из групп способствует жизнедеятельности представителей других групп, и отношений антагонистических, при которых жизнедеятельность одних групп угнетают другие группы. Совпадение механизмов передачи энтеробиоза и гименолипидоза, а также некоторых особенностей циклов развития возбудителей обуславливает симбиотический характер взаимоотношений остриц и карликового цепня. Не смотря на то, что острицы и лямблии находятся в индифферентных взаимоотношениях, у больных энтеробиозом лямблиоз протекает тяжелее, с отчетливым проявлением интоксикации [6,3].

Клинические симптомы, формы и время развития лямблиоза могут зависеть от ряда факторов, включающих наследственные особенности организма, кратность инвазии, наличие других заболеваний и инфекций, а также возраст. По мнению ряда исследователей, при персистенции

лямблиоза определенное значение имеет генетическая рестрикция по HLA-системе [5,7].

Инфективная доза цист лямблий для человека составляет 10-25, в этом случае у 8 из 25 человек развивается лямблиоз. При попадании в организм человека цист лямблий в количестве, превышающем 25, инфекция развивается в 100% случаев [2]. Вместе с тем, экспериментальные исследования на добровольцах показали, что при одинаковых дозах вводимых с пищей цист лямблий клиническая картина развивалась только у 60% волонтеров [4]. Высокая инфицированность лямблиями, а также кишечными гельминтозами в детском возрасте объясняется, с одной стороны низким уровнем санитарно-гигиенических навыков у детей, с другой недостаточной зрелостью иммунной системы у детей [8].

Патогенетическое воздействие лямблий и кишечных гельминтозов, таких как, энтеробиоз и гименолипидоз на макроорганизм является многоплановым и обусловлен несколькими факторами. Они оказывают механическое и токсико-аллергическое воздействие на слизистую кишечника. Нарушаются процессы всасывания и переваривания пищевых веществ в кишечнике, что приводит к потере массы тела, задерживает рост и развитие ребенка. У 30-40% инвазированных снижается кислотность желудочного сока вплоть до анацидоза и происходит угнетение пепсинообразующей функции. Фактором патогенеза энтеробиоза является механическое воздействие остриц в кишечнике, ведущее к точечным кровоизлияниям, эрозиям, проникновению бактериальной флоры в подслизистый слой [2,1].

Особенностью большинства гельминтозов а также лямблиоза является хроническое течение заболевания, связанное с длительным присутствием возбудителя заболевания в организме и многократными повторными заражениями. При этом кишечные гельминтозы и лямблиоз не имеют специфических клинических проявлений. Заболева-