

**150. КЛИНИКО – ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ
ОСОБЕННОСТИ ЛЯМБЛИОЗА У ВЗРОСЛЫХ
ПАЦИЕНТОВ**

Кузьмина Т.Ю., Тихонова Е.П., Толстикова Е.Н.
Красноярский государственный медицинский
университет имени проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого
МУЗ «Городская поликлиника №4», г. Красноярск,
Россия

Актуальность. Лямблиоз не всегда устанавливается при первичном обращении пациента в амбулаторно-поликлиническое учреждение. Зачастую больные месяцами лечат аллергические заболевания (рецидивирующую крапивницу, атопические дерматиты), гастроэнтерологическую патологию (функциональные расстройства кишечника, синдром раздражённой кишки с диареей, синдром мальабсорбции

и др.), астеновегетативные нарушения (утомляемость, длительный субфебрилитет). В результате заболевание приобретает затяжное, рецидивирующее течение, а больной человек продолжительное время служит источником инвазии для окружающих.

Цели исследования: Выявить клинико – эпидемиологические особенности лямблиоза у взрослых пациентов. Оценить эффективность проводимой им терапии.

Материалы и методы: Проведён анализ наблюдения 30 больных лямблиозом, находившихся на амбулаторном лечении у инфекциониста поликлиники. Среди них преобладали женщины - 24 человека (80%), в возрасте от 19 до 45 лет. Диагноз был верифицирован на основании клинико-лабораторного обследования, подтвержден обнаружением в испражнениях больных и дуоденальном содержимом цист лямблий, а также серологически выявлением специфических иммуноглобулинов в сыворотке.

Результаты и обсуждения. Проведенный нами анализ показал следующее. В эпидемиологическом анамнезе установлено, что 26,6% больных имели контакт с больным лямблиозом в семье; 40% - находились в контакте с детьми в связи с характером профессии (медработники, педагоги детских интернатов и дошкольных учреждений), 16,6% - проживали в общежитиях, 13,3% - регулярно посещали бассейн, у 10% - употребление в пищу невымытых бананов и цитрусовых.

Сроки появления симптомов отмечали в течение 2 - 10 месяцев. В кишечной форме заболевание протекало наиболее часто в 46,7% случаев и характеризовалось неустойчивым стулом, болевым абдоминальным синдромом; в билиарно - панкреатической – 26,7% человек: наблюдали тошноту, отрыжку, боли в правом подреберье, точке желчного пузыря; с внекишечными проявлениями у 16,6%: кожные аллергические проявления, астеноневротический синдром, субфебрилитет на фоне нейрциркуляторной дисфункции. У 23 (76,7%) больных диагноз был установлен впервые, 7 (23,3%) - неоднократно лечились ранее, причем 5 из них работники образования, что позволяет предположить их реинфицирование. В гемограмме выявляли эозинофилию до $(7,5 \pm 1,5)\%$ у всех больных; у 12 человек лимфопения $(16,0 \pm 2,0)\%$, у 3 - снижение уровня гемоглобина до $(112,5 \pm 1,5)$ г/л. В биохимическом анализе крови у 20,0% больных выявлена гипербилирубинемия $(52,2 \pm 15,6)$ мкмоль/л за счет непрямой фракции. При УЗИ у всех пациентов отмечались протоковые изменения печени, у 20% - перегиб и деформация желчного пузыря, у 26,7% - эхо взвесь в просвете желчного пузыря, у 10,0% - эхопризнаки гемангиомы печени. Диагноз подтвержден у всех пациентов: в 60,0% случаях выявлены цисты лямблий в кале, в 30% случаях в дуоденальном содержимом и у 10,0% выявлены иммуноглобулины класса G в титре 1:200, причем анализы кала 3кратно с интервалом 7-10 дней и желчи у данных пациентов были отрицательными, но имелись характерные для лямблиоза клинико - лабораторные признаки.

Лечение осуществлялось в три этапа. На первом – проводили лечение макмирором по стандартной схеме (400мг×3 раза в день в течение 7 дней), в сочетании со

спазмолитиками, ферментами ЖКТ, сорбентами и тюбажами. На втором этапе (10 – 14 дней) назначали желчегонные препараты, пробиотики, при необходимости другие симптоматические средства. Третий этап включал гепатопротекторы до 2-3 месяцев, тюбажи. Эффективность терапии оценивали копроовоскопически по окончании лечения (3-х кратное исследование кала) и анализом желчи. 76,7% больных санировались (все контрольные исследования были отрицательными). В лечении остальных больных были отмечены погрешности приема препаратов и им проводили повторные курсы.

Выводы. Наибольшая возможность заражения отмечалась среди сотрудников детских учреждений (40% случаев), внутрисемейные контакты, а также при несоблюдении санитарно-гигиенических норм приема пищи (немытые фрукты).

Отсутствие типичной клиники и схожесть симптомов с другой патологией ЖКТ затрудняло своевременную диагностику лямблиоза, однако, следует обращать внимание на наличие эозинофилии - как маркера паразитарной инвазии.

Эффективность трехэтапной терапии заключалась в последовательном назначении противопаразитарного препарата в сочетании с симптоматическими и патогенетическими средствами, что позволяло санировать до 76,6% больных.

151. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ИЗМЕНЕНИЯ ОБРАЗА ЖИЗНИ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕАТОГЕННОГО И САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

Куницына М.А., Кашкина Е.И.

Кафедра госпитальной терапии лечебного факультета ГОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет Росздрава» им. В.И.Разумовского, Саратов.

Актуальность. К основным задачам лечения сахарного диабета, независимо от его типа, относятся: устранение субъективных и объективных симптомов заболевания, предупреждение диабетических ком, профилактика и замедление прогрессирования поздних осложнений (диабетическая нефропатия и ретинопатия и т.д.).

В настоящее время лечение панкреатогенного сахарного диабета не унифицировано, в отличие от стандартизированных подходов к тактике ведения больных с сахарным диабетом 2 типа. В значительной мере это обусловлено недостаточной информированностью об эффективности различных методов лечения сахарного диабета при его панкреатогенном варианте. В частности, имеются данные, что изменение образа жизни больных сахарным диабетом 2 типа, включающее мероприятия, направленные на снижение массы тела, соблюдение диеты и т.д., позволяет снизить уровень HbA1c на 1-2%. Однако, относительно панкреатогенного сахарного диабета подобные исследования не проводились.

Цель работы. Сравнительная оценка влияния изменения образа жизни на результаты лечения сахарного диабета 2 типа и панкреатогенного его варианта.