



покровов, пониженное питание у всех пациентов, у 60% - кровоподтёки, синяки, у 3-х - единичные петехии, у 2-х больных - сосудистый рисунок на грудной клетке. У всех больных наблюдалось значительное увеличение размеров печени (гепатомегалия) и селезёнки (спленомегалия), причём у 75% пациентов пальпаторно безболезненная селезёнка достигала огромных размеров, вплоть до малого таза. Лимфаденопатия была выявлена в 14,2% случаев.

При исследовании периферической крови отмечалась выраженная панцитопения, в 50% случаев - явления выраженного анизоцитоза и пойкилоцитоза. Уровень количества эритроцитов в среднем составил  $2,75 \pm 0,45 \times 10^{12}/л$ , тромбоцитов -  $95,6 \pm 13,4$  тыс, гемоглобина -  $70,5 \pm 5,3$  г/л, цветной показатель у всех больных был ниже единицы. В 57,1% случаев наблюдалась лейкопения со сдвигом лейкоцитарной формулы в сторону лимфоцитоза и моноцитоза, количество нейтрофилов было уменьшено в 71,4% случаев, в то время как показатели эозинофилов и базофилов во всех мазках крови оставались в пределах нормы. СОЭ - во всех случаях была ускоренной и в среднем составила  $42,5 \pm 4,1$  мм/час. При исследовании пунктата костного мозга нами выявлено следующее: ретикулярные клетки, промиелоциты, миелоциты, моноциты и эритробласты были в пределах нормальных показателей (0,23%, 1,26%, 8,54%, 2,18%, 0,42% соответственно) на фоне незначительного повышения (1,46%) количества бластных клеток, повышения уровня лимфоцитов, и снижения числа палочкоядерных и сегментоядерных лейкоцитов в пределах (13,9 и 5,2% соответственно). Количество нормоцитов в пунктате костного мозга выявило увеличение полихроматофильных клеток до 24,2%, пронормобластных клеток до 1,48%, в то время как показатели базофильных, оксифильных и плазматических клеток оставались в пределах нормальных показателей (4,6%, 3,5% и 1,7% соответственно).

**ПРИВОДИМ КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ.** Больная Н.М., трёх лет и пяти месяцев, жительница Айнинского района, поступила в Городскую клиническую инфекционную больницу г. Душанбе 17.09.2010 года. Со слов матери, ребёнок болен в течение 3-х месяцев. Заболевание началось с повышения температуры тела, общей нарастающей слабости, снижения аппетита, вялости, вздутия живота. В поликлинике по месту жительства ребёнку был выставлен диагноз: "ОРВИ, 2-х сторонняя пневмония. Сепсис". В связи с чем ей был назначен курс антибактериальной терапии в совокупности с симптоматической и общеукрепляющей. Однако, эффекта от лечения не наблюдалось. Присоединились явления анемии, снижения веса. По ухудшению состояния ребёнок был госпитализирован в ЦРБ Айнинского района, где в течение 10 дней был продолжен курс лечения

антибактериальными препаратами, но состояние ребёнка не улучшалось. Ребёнка продолжало сильно лихорадить. При объективном осмотре наблюдалось увеличение объёма живота за счёт увеличения печени и селезёнки, резкое похудание конечностей, нарастающая бледность. В связи с чем больная была направлена в гематологическое отделение Республиканского медицинского центра МЗ РТ, где находилась с 15 по 17 сентября 2010 года. По поводу анемии в гематологическом отделении было проведено исследование пунктата костного мозга. При исследовании гранулоцитарный ряд крови характеризуется клетками нейтрофильного ряда с задержкой созревания на уровне миелоцитов, наблюдается сужение белого ростка костного мозга и гиперплазия красного ростка. При обзорном просмотре мазков были обнаружены единичные *L. donovani*, до 3-5-7 в поле зрения, и в групповых скоплениях, в связи с чем, больная была направлена в ГКИБ г. Душанбе с диагнозом: висцеральный лейшманиоз.

При поступлении в клинику в общем анализе крови: гемоглобин - 108.0 г/л, эритроциты -  $3,25 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты -  $4,4 \times 10^9/л$ , СОЭ - 52 мм/час.

По поводу висцерального лейшманиоза больной был назначен глукантим (меглюмина антимоиат, Франция) из расчёта 60 мг/кг веса 1 раз в сутки, внутримышечно по схеме: 1-й день  $\frac{1}{4}$  дозы, 2-й день  $\frac{1}{2}$ , 3-й день  $\frac{3}{4}$  дозы и 4-й день - полная доза. Специфическая терапия проводилась в течение 12 дней на фоне патогенетической и симптоматической терапии.

На фоне проводимого лечения на 7-ой день появились первые признаки улучшения состояния: температура тела нормализовалась, повысился аппетит, наблюдалось постепенное снижение интенсивности бледности кожных покровов и сокращение размеров печени и селезёнки. Больная была выписана домой 02.10.2010г., в относительно удовлетворительном состоянии под наблюдением врача кабинета инфекционных заболеваний поликлиники по месту жительства.

**ТАКИМ ОБРАЗОМ,** исследования показали, что висцеральный лейшманиоз у детей протекает в тяжёлой форме, с высокой лихорадкой, выраженной гепатоспленомегалией, панцитопенией и ускорением СОЭ. При исследовании костного мозга выявлено значительное содержание количества разрушенных клеток, незначительное повышение бластных клеток на фоне увеличения количества лимфоцитов. Выявленные изменения со стороны гемопоэза у больных связаны с несвоевременной диагностикой заболевания и, как следствие этого, поздним назначением специфической терапии.



## ЛИТЕРАТУРА

1. Гершенович Р.С. Лейшманиозы внутренних органов у детей /Р.С. Гершенович // - Ташкент, -1959.- С. 181
2. Камардинов Х.К. Инфекционные и паразитарные болезни /К.Камардинов - Душанбе, -2009. - С. 183-191
3. Кимматов Р.С. Случаи хронического висцерального лейшманиоза у детей /Р.С. Кимматов, Д.А. Умарова, К.А. Хурсанов // Годичная конф. ТГМУ. - Душанбе, 2009. – С.135-136
4. Лейшманиоз. ВОЗ. Женева, -1986. -154с.
5. Marinkelle C. J. The control of leishmaniasis. Bulletin of the World Health Organization /C.J.Marinkelle // - 52. 807-812 (1980)

---

## Summary

### Clinical - epidemiological features and diagnosis of chronic visceral leishmaniasis

E.R. Rakhmanov, A.A. Boimurodov, K.A. Khursanov, S.A. Muawiyah, N.M. Gulyamova

The features of clinical - epidemiological currency and laboratory tests of chronic visceral leishmaniasis in children in the Republic of Tajikistan, allowing for practitioners conduct timely diagnosis and treatment of this disease was presented in the article.

**Key words:** visceral leishmaniasis

**АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:**

**Э.Р. Рахманов** – зав. кафедрой инфекционных болезней ТГМУ;  
734003, Таджикистан, г. Душанбе, ул. Павлова, д. №6  
E-mail: erkin\_rakhmonov@mail.ru



# Клинические и этнокультуральные особенности наркомании в Таджикистане

М.Н. Малахов, Р.А. Турсунов

Кафедра психиатрии и наркологии им. проф. М.Г. Гулямова

ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В работе представлены результаты клинической и социально-демографической характеристики 150 (100 таджиков и 50 славян) больных наркоманией. Проведенный анализ указывает на значительную роль преморбидных особенностей личности (более 90% больных), психопатологическую наследственную отягощенность (34%) в возникновении и формировании наркомании.

Медленнопрогредиентное течение заболевания и более позднее начало злоупотребления наркотиками, а также психодезадаптивные эпизоды (33%) в детском возрасте встречаются у таджиков. Преобладание женатых среди пациентов-таджиков, которые проживают вместе с родителями (61% и 40% соответственно) также является отражением типичной этнокультуральной особенности таджиков.

У пациентов славянской субпопуляции первые пробы наркотиков часто связаны с субмиссивной и псевдокультуральной мотивацией на фоне высокой информированности о негативных последствиях наркомании (до 62%), также отмечается высокопрогредиентное течение заболевания (продолжительность наркомании до 5 лет – у 72%).

**Ключевые слова:** наркотическая зависимость, наркомания, наследственная отягощенность, преморбидные особенности личности

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Несмотря на то, что в последние годы клинико-динамические и социально-демографические показатели больных наркоманией являлись предметом исследования многочисленных авторов, тем не менее, по многим аспектам этой проблемы результаты очень противоречивы. Некоторые исследователи [1-3] считают, что наркотическая зависимость чаще формируется у акцентуированных и психопатических личностей, другие [4], отрицая роль преморбидных особенностей в возникновении и формировании зависимости от наркотиков, утверждают, что не существует личности, свободной от наркотиков. Ряд учёных указывает на преобладание среди больных наркоманией лиц с низким образовательным уровнем, по мнению других, для них характерен высокий уровень образования [2,4,5].

Сравнительная характеристика таких клинико-динамических показателей наркомании, как возраст начала наркотизации, наследственная отягощенность, преморбидные особенности личности, стадия и давность, прогредиентность заболевания, а также характер изменения личности больных всё ещё не полностью изучены.

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ:** изучение клинической и социально-этнической характеристики, наркоанамнеза и преморбидных психопатологических проявлений у больных наркоманией.

**МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.** Нами приводятся результаты сравнительной оценки клинических показателей у 100 больных, страдающих различными видами наркотической зависимости из числа коренных жителей (таджики, основная группа), проходивших лечение в Республиканском центре наркологии. Для сравнения были отобраны и обследованы 50 больных наркоманией из славянской этнической группы, также проживающих в Республике Таджикистан (группа сопоставления).

Объём настоящей выборки клинического материала включал пациентов с наркозависимой популяцией на предмет выявления основных клинических, социально-демографических и этнокультуральных факторов, определяющих формирование наркотической зависимости.

**РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ.** Комплексный анализ 150 (100 таджиков и 50 славян) больных наркоманией указывает на значительную роль преморбидных особенностей личности в возникновении и формировании данного заболевания (более 90% больных).

Разбор особенностей преморбидных черт характера в исследуемых группах показал, что первое место по удельному весу занимали больные с возбудимой (эмоционально-лабильной) акцентуацией характера (37% и 34%), у которых болезнь проявляется выра-