

SUMMARY

TO THE QUESTION OF THE STUDY OF GUM-CYTOGRAMS UNDER INFLAMMATION-DISEASES OF THE PARODONT IN PATIENTS WITH DIABETES

Sh.F. Juraeva, G.G. Ashurov, A.S. Juraev

The structure of inter-phase nuclei of gum-epithelium under inflammation- diseases of parodont in patients with glucolytic syndrome in the dependence from degree of compensation of diabetes was studied. It was shown that 67% patients had morphologically altered nuclei of gum epithelium cells (in control 51%). Alterations are worse with decreasing degree of compensation in patients with compensated (62%), sub- (67%) and decompensated (75%).



ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА «ЭНТОБАН» ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ АМЁБИАЗОМ КИШЕЧНИКА

Э.Р. Рахманов, Ш.К. Матинов, З.Н. Мирзобоева, О.Х. Хусаинов
Кафедра инфекционных болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Ключевые слова: амёбиаз, «Энтобан», диарея

Актуальность. Амёбиаз кишечника – это протозойное, антропонозное, кишечное инфекционное заболевание, характеризующееся развитием рецидивирующего геморрагического колита, в редких случаях с образованием абсцессов в различных органах и склонностью к тяжёлому и хроническому течению. Ежегодно заболеваемость кишечным амёбиазом в мире составляет около 50 млн. человек. Летальность достигает 100 тыс. случаев, т.е. 0,2% от выявленных больных. Внекишечный амёбиаз составляет лишь 10% от всех случаев выявленного амёбиаза. Наиболее часто амёбиаз встречается в странах с тропическим и субтропическим климатом. Источником заражения является больной амёбиазом или носитель дизентерийных амёб, наиболее опасны для окружающих - выздоравливающие и лица с подострым и хроническим течением (1-5).

Механизм заражения при амёбиазе – фекально-оральный, основными факторами заражения являются вода, пищевые продукты, почва контаминированная цистами амёб. По данным М.В. Лавдовской с соавт. (1998), не исключается половой путь передачи амёбиаза среди партнёров-гомосексуалистов. В конце 70-х годов XX столетия от 40 до 50% гомосексуалистов Нью-Йорка и Сан-Франциско оказались инфицированными амёбами; в связи с чем в данной группе риск амёбиаза может служить индикатором ВИЧ-инфекции.

Проблема амёбиаза имеет особое значение и для Республики Таджикистан, так как наша республика является одной из эндемичных очагов многих кишечных инфекций, в том числе и амёбиаза кишечника (Д.М.Хашимов, 1962). Кроме того, в настоящее время наблюдается тенденция к росту заболеваемости по сравнению с предыдущими годами. Вместе с тем, к сожалению, многие вопросы диагностики и особенности его лечения не получили достаточного разрешения.

Общеизвестно, что амёбиаз лечат такими простейшими препаратами как метронидазол, клеон, орнидазол, интетрикс и т.д. В связи с появлением нового растительного нетоксичного препарата «Энтобан», который обладает противопротозойным действием, мы пред-

приняли попытку применить его при лечении больных с острым амёбиазом кишечника.

Цель исследования: сравнительная оценка эффективности препарата «Энтобан» при лечении больных с острым амёбиазом кишечника относительно традиционно принятых схем лечения.

Материалы и методы исследования. Исследование эффективности препарата «Энтобан» нами проводилось с ноября 2007 по май 2008 года в кишечном отделении Городской клинической инфекционной больницы г. Душанбе. Клиническое исследование включало 90 больных амёбиазом кишечника, которые были распределены на 3 группы. Первую группу составили 30 больных, получавших в качестве этиотропного лечения препарат «Энтобан» (опытная группа), вторую группу также составили 30 больных, получавших препарат энтобан в сочетании с метронидазолом (опытная группа) и третью группу составили 30 больных, получавших в качестве лечения препарат «Метронидазол» в сочетании с тетрациклином (контрольная группа). Все исследуемые группы статистически были сопоставимы, как по тяжести течения, возрасту и полу, так и по продолжительности болезни.

Из общего количества больных городские жители составили 37, сельские - 53, мужчин было 51, женщин - 39. Возраст больных колебался от 16 до 71 года. Заболевание у 23,3% больных протекало в лёгкой, у 65,5% - в средней тяжести и у 11,2% - в тяжёлой форме.

Большинство больных, которые поступали в стационар, жаловались на общую слабость, снижение аппетита, боли в животе схваткообразного характера, у всех больных отмечался частый жидкий стул со слизью, у 2/3 больных в кале наблюдали примесь крови. В 59% случаях больные отмечали головную боль, повышение температуры тела до 37-38^оС наблюдали у 23% больных в первые дни болезни, тошноту в 20% случаях и 10% больных отмечали тенезмы. Боли в животе вначале заболевания имели схваткообразный характер умеренной интенсивности, без определённой локализации. В последующем у 80,1% больных боли локализовались преимущественно в правой половине живота. Частота стула у 61% больных была до 5-10 раз в сутки, у 31% больных до 10-20 раз в сутки и у 8% больных стул был без счёта. При объективном обследовании у 30% больных наблюдалась обложенность языка, у 86% больных при пальпации наблюдался спазм, инфильтрация и болезненность слепой и восходящей ободочной кишки.

В копрологическом анализе кала отмечались следующие изменения: у 24,4% больных при микроскопии выявлены лейкоциты сплошь в поле зрения, у 75,5% больных лейкоциты составили до 60-80 в поле зрения, у всех больных – эритроциты были сплошь в поле зрения и было отмечено большое количество слизи.

Диагноз амёбиаза кишечника у всех обследованных больных был подтверждён нахождением большой вегетативной формы амёб с фагоцитированными эритроцитами в нативном мазке кала. Исследование проводили не позднее 20 минут после акта дефекации или взятия материала. Кроме того, нами во всех случаях проводилось бактериологическое исследование фекалий на дизентерийную и сальмонеллезную группу инфекций, которое у всех больных было отрицательным.

Эффективность лечения острого амёбиаза кишечника оценивалась по темпам снижения температуры тела, исчезновению болевого синдрома и патологических примесей из кала, метеоризма, нормализации стула и копрологического анализа кала. Перечисленные показатели сравнивались с исследуемыми группами.

Исследуемый нами препарат «Энтобан» является тщательно сбалансированной композицией исключительно ботанических лекарственных средств, содержащей следующие ингредиенты: холархена пушистая – амёбоцид; барбарис остистый обладает спазмолитическим, жаропонижающим свойствами, а также уменьшает проницаемость капилляров; айва бенгальская имеет вяжущие и гомеостатические свойства; мирт обыкновенный обладает противовоспалительным и антибактериальным воздействием; дуб красильный является вяжущим и

стимулирующим; бутея великолепная содержит флавоноиды, протеолитические и липолитические ферменты.

Больные первой группы (30) получали препарат «Энтобан» по следующей схеме: первый день 2 капсулы одномоментно, а затем по 1 капсуле каждые 4 часа в течение 10 дней. Больные второй группы (30) получали Энтобан в сочетании с метронидазолом. Энтобан больные получали по той же схеме, что и в первой группе, метронидазол назначали в дозе 0,5 гр. в 3 приёма в сутки в течение 7 дней. Контрольная группа (30) больных получала метронидазол по той же схеме, а тетрациклин назначали по 0,2 гр. 4 раза в сутки в течение 7 дней, но без включения в комплексную терапию препарата «Энтобан».

Результаты и их обсуждение. Проведённые исследования показали, что нормализация стула у больных, получавших в качестве этиотропного лечения препарат «Энтобан» (I группа), наблюдалась на 4,8±0,4 день от начала лечения, исчезновение патологических примесей в кале наблюдали на 3,8±0,3 день, исчезновение болевого синдрома на 2,7±0,3 день, исчезновение тенезмов на 3,1±0,4 день лечения, нормализация копрологического анализа произошла на 4,6±0,4 день лечения. Тогда как в контрольной группе больных (III группа), получавших метронидазол с тетрациклином, перечисленные показатели составили 5,1±0,6; 4,8±0,4; 3,7±0,3; 4,1±0,4; 7,1±0,3 день соответственно. Однако, наибольшая эффективность этиотропной терапии отмечалась у больных, получавших Энтобан в сочетании с метронидазолом (II группа), у которых показатели составили соответственно следующее: 3,9±0,3; 3,3±0,3; 2,5±0,3; 2,1±0,3; 4,1±0,4 день (см. таблицу)

Таблица

Динамика основных проявлений амёбиаза кишечника на фоне лечения (в днях)

Показатели	I группа (опытная), Энтобан, (M+m)	II группа (опытная), Энтобан с метронидазолом (M+m)	III группа (контрольная), Метронидазол с тетрациклином (M+m)
Нормализация стула	4,8±0,4	3,9±0,3	5,1±0,6
Исчезновение патологических примесей (слизь, кровь),	3,8±0,3	3,3±0,3	4,8±0,4
Сроки исчезновения болевого синдрома	2,7±0,3	2,5±0,3	3,7±0,3
Исчезновение тенезмов	3,1±0,3	2,1±0,3	4,1±0,4
Нормализация копрограммы	4,6±0,4	4,1±0,4	6,9±0,5

Примечание:*-P 0,05 – достоверность разницы показателей по сравнению с контрольной группой

Вывод. Таким образом, растительный препарат «Энтобан» является эффективным средством при лечении острого амёбиаза кишечника и его можно рекомендовать как препарат выбора в комплексной терапии больных с данной инфекцией. Однако его сочетание с мет-

ронидазолом оказывает более эффективное действие, чем при монотерапии лишь Энтобаном. Это необходимо учитывать практическим врачам при лечении больных амёбиазом кишечника.

ЛИТЕРАТУРА

1. Камардинов Х.К., Рахманов Э.Р., Матинов Ш.К. и др. Клинико-эпидемиологические особенности течения амёбиаза кишечника в последние годы в Республике Таджикистан // 1-я Респуб. науч. практ. конф-я «Здоровое питание – здоровая нация», посвящённая 15-летию ГНИИ Питания. Журн. «Здравоохранение Таджикистана». 10 июня 2005 года. Душанбе, -С.126-127
2. Лавдовская М.В., Лысенко А.Я. и др. Амёбиаз // Учебное пособие. М., 1998, -С.32
3. Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И. и др. Инфекционные болезни и эпидемиология // М., 2004, -С.720-726
4. Рахманов Э.Р., Матинов Ш.К., Абдуллоев Х.А. Распространённость и особенности течения и лечения кишечного амёбиаза в Республике Таджикистан//Сборник матер. 55-ой ежегодн. науч. практ. конф. ТГМУ посвящённой 75-летию Ю.Б.Исхаки. Душанбе, 2007, -С. 160-162
5. Хашимов Д.М. Амёбиаз кишечника // Душанбе, 1962, -С.113

ХУЛОСА

Арзёбии таъсирбахшии доруи «Энтобан» дар табобати беморони амёбиози шадиди рӯдаҳо

Э.Р. Раҳмонов, Ш.К. Матинов, З.Н. Мирзобоева, О.Х. Ҳусайнов

Дар мақола муаллифон натиҷаҳои тадқиқоти 60 нафар бемори гирифтори амёбиози шадиди рӯдаҳоро овардаанд, ки онҳо ба сифати табобати этиотропӣ доруи «Энтобан»-ро қабул карданд.

Доруи мазкур дар мавриди табобати амёбиоз маводи таъсирнок арзёбӣ мегардад. Вале истифодаи он яқоя бо метронидазол нисбат ба табобати яқдоруғӣ бо «Энтобан» таъсири самарабахш медиҳад.

SUMMARY

THE VALUE OF THE EFFECT OF PREPARATION ENTOBAN UNDER THE TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE AMOEBIASIS OF INTESTINES

E.R. Rahmanov, Sh.K. Matinov, Z.N. Mirzoboeva, O.H. Husainov

Authors give the result of investigation of 60 patients with acute amoebiasis of intestines received Entoban. The preparation is very effective under amoebiasis, but the effect of this with Metronidazol is more.

