

**ГОО «ТАДЖИКИСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМ. АБУАЛИ ИБНИ СИНО»**

УДК 616.993.161.

МАВИА НАДЖЕМЕЛДИН САИДАХМЕД ХАРИ

**ИЗУЧЕНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ,
КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВИСЦЕРАЛЬНОГО
АНТРОПОНОЗНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА (КАЛА-АЗАР) В
СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ СЕВЕРНОГО СУДАНА**

АВТОРЕФЕРАТ

**диссертации на соискание учёной степени кандидата
медицинских наук
по специальности 14.01.09 - инфекционные болезни**

Душанбе - 2025

Научная работа выполнена на кафедре инфекционных болезней ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»

Научный руководитель: **Рахманов Эркин Рахимович** - доктор медицинских наук, профессор кафедры инфекционных болезней ГОУ «ТГМУ им.Абуали ибни Сино»

Официальные оппоненты: **Талабзода Мухаммадали Сайф** - доктор медицинских наук, профессор кафедры эпидемиологии и инфекционных болезней ГОУ «Таджикский национальный университет»
Кадиров Жонибек Файзуллаевич – кандидат медицинских наук, доцент, заведующий курсом «Инфекционные болезни» ГОУ «Самаркандский государственный медицинский университет», факультет поледилопного образования

Ведущая организация: «Международный Университет Кыргызской Республики». Международная высшая школа медицины Министерства здравоохранения Кыргызской Республики, г. Бишкек

Защита диссертации состоится «__» _____ 2025г. в __ часов на заседании диссертационного совета 6D.КОА-032 при ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино». Адрес: 734026, Республика Таджикистан, г.Душанбе, проспект Сино, район Сино, 29-30, www.tajmedun.tj, тел. 933-44-03-93

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на официальном сайте ГОУ «ТГМУ им.Абуали ибни Сино».

Автореферат разослан «__» _____ 2025 года

**Учёный секретарь
диссертационного совета,
доктор философии (PhD)**

Маджонова М. Дж.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. В настоящее время эпидемиологическая ситуация по лейшманиозам в мире остаётся крайне напряжённой. Крупнейший и наиболее устойчивый природный очаг заболевания локализуется на африканском континенте, охватывая такие страны, как Судан, Эфиопия, Демократическая Республика Конго, Уганда и другие. По оценкам, ежегодно более 500 миллионов человек в мире инфицируются различными формами лейшманиоза, среди которых около 300 миллионов приходится на кожную форму заболевания, а более 200 миллионов — на висцеральную. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) продолжает активно поддерживать эндемичные по лейшманиозам регионы, особенно на территории стран Африки, в их усилиях по борьбе с данным заболеванием [Ломтадзе М.И. и др., 2005; Рахманов Э.Р. и др., 2017; Hassan M.M. et al., 2009; Yared S. et al., 2019; Alvar J. et al., 2021; Makau-Barasa L.K. et al., 2022].

В последние годы эпидемиологическая ситуация по лейшманиозам в мире продолжает ухудшаться, что связано с рядом неблагоприятных факторов, включая усиление миграционных процессов, появление резистентности лейшманий к специфическим препаратам, а также возникновение эпидемических вспышек не только в традиционно эндемичных регионах, но и в странах, где ранее лейшманиоз был ликвидирован, таких как Таджикистан, Грузия, Армения и др. Кроме того, висцеральная форма лейшманиоза в последние годы распространилась на новые географические территории, включая Китай и Пакистан, а также стала актуальной проблемой для стран Европы в связи с массовой миграцией населения из Восточной Африки, обусловленной военными конфликтами последних лет [Jiménez M. et al., 2013; Lemma W. et al., 2021; González E. et al., 2021].

Лейшманиозы представляют собой группу трансмиссивных заболеваний, вызываемых простейшими рода *Leishmania*, передающихся

человеку при укусах заражённых moskitov. После проникновения в организм человека паразиты локализуются преимущественно в гистиоцитах и других клетках ретикулоэндотелиальной системы, таких как костный мозг, печень, селезёнка и лимфатические узлы. В этих клетках возбудитель переходит в амастиготную (безжгутиковую) форму, представленную округлыми или овальными телами, иногда с заострёнными концами. В организме переносчика — москита рода *Phlebotomus* — развивается жгутиковая (промастиготная) форма паразита. Основными резервуарами инфекции являются шакалы, лисицы, собаки и грызуны. Вместе с тем, висцеральный лейшманиоз (кала-азар) в отличие от зоонозного средиземноморского лейшманиоза является антропонозной формой заболевания, поскольку основным источником инфекции является человек. Наиболее значимым переносчиком при этом является *Phlebotomus argentipes*. Заболевание нередко поражает целые семьи и может вызывать эпидемические вспышки [Mutero C.M. et al., 1992; Marlet M.V.L. et al., 1993; Chappuis F. et al., 2000].

Диагностика висцерального лейшманиоза на ранних стадиях затруднена из-за неспецифичности клинических проявлений, а также отсутствия выраженной симптоматики в начальной фазе заболевания. К дополнительным трудностям относятся низкая доступность и чувствительность лабораторных методов, а также недостаточная клиническая настороженность медицинских работников в отношении данной патологии, что приводит к задержке в постановке диагноза и назначении адекватной терапии.

Особую озабоченность вызывает рост числа зарегистрированных случаев висцерального антропонозного лейшманиоза (кала-азара) на территории Северного Судана. В отличие от средиземноморской формы заболевания, кала-азар характеризуется антропоножным типом передачи, при котором источником инфекции выступает человек [Mutero C.M. et al., 1992; Collin S.M. et al., 2006].

В связи с этим, остаются нерешёнными многие вопросы, касающиеся эпидемиологии, клинической картины, диагностики и лечения больных висцеральным антропонозным лейшманиозом в условиях жаркого и тропического климата Северного Судана.

Степень научной разработанности изучаемой проблемы. Актуальность изучения висцерального лейшманиоза обусловлена значительным увеличением числа случаев заболевания в последние годы, что во многом связано с продолжающимся гражданским конфликтом в Судане. По последним наблюдениям, клиническое течение инфекции всё чаще отклоняется от классического описания, представленного в литературе. Заболевание нередко проявляется в атипичной, полиморфной форме, что существенно затрудняет своевременную диагностику и назначение адекватной терапии. В связи с этим возрастает необходимость проведения углублённых исследований, направленных на изучение патогенеза, клинических особенностей и разработку комплексных подходов к диагностике и лечению висцерального лейшманиоза.

Связь исследования с научными программами (проектами), темами. Тема исследования данной работы включена в перечень приоритетных направлений научно-технических исследований в Республике Северный Судан на период 2007-2014 гг.

Общая характеристика работы

Цель исследования. Изучить значение висцерального лейшманиоза человека (кала-азара) в структуре инфекционной патологии Северного Судана, охарактеризовать эпидемиологические особенности, клиническое течение, диагностические подходы, а также современные принципы терапии данного заболевания в условиях региона.

Задачи исследования.

1. Проанализировать структуру инфекционной заболеваемости и уровень распространённости висцерального лейшманиоза в Северном Судане за период 2007–2014 гг.

2. Определить эпидемиологические характеристики кала-азара в условиях Северного Судана, включая источники инфекции, пути передачи, сезонные колебания, возрастной, половой и профессиональный состав заболевших, а также распространённость заболевания среди городского и сельского населения.
3. Изучить особенности клинического течения, диагностики и лечения висцерального лейшманиоза у детей и взрослых в регионе с целью последующей разработки эффективных лечебно-диагностических алгоритмов.
4. Оценить существующие профилактические меры и разработать рекомендации по улучшению профилактики кала-азара в современных условиях Северного Судана.

Объект исследования. Объектом исследования стали 132 пациента, проходивших лечение по поводу висцерального лейшманиоза (кала-азара). Исследование проводилось с целью изучения эпидемиологических характеристик, клинической картины, особенностей течения и подходов к лечению заболевания в условиях Северного Судана. Клинические наблюдения и сбор данных осуществлялись на базе стационарных медицинских учреждений: центра кала-азара Таберкалла, центра в Сафаве, а также Тропического центра г. Омдурман в течение семилетнего периода — с 2007 по 2014 годы.

Предмет исследования. Предметом исследования стало изучение особенностей клинического течения, диагностики и эффективности терапии висцерального лейшманиоза (кала-азара) с применением препаратов Пентостам (натрия стибоглюконат) и Амбизом (липосомальный амфотерицин В) в условиях Северного Судана.

Научная новизна исследования

Впервые проведён комплексный анализ эпидемиологических особенностей висцерального лейшманиоза (кала-азара) в Северном Судане. Выявлены ключевые характеристики эпидемического процесса, включая

спорадический характер ежегодной заболеваемости с выраженной пространственной гетерогенностью, преимущественно затрагивающей сельские территории. Установлено, что основными резервуарами инфекции являются инфицированные люди и переносчики — москиты, при этом пик заболеваемости приходится на летне-осенний период с максимальной регистрацией случаев в июле – августе. Определена возрастная структура заболеваемости: основными группами риска являются дети 1–15 лет (56,8 %) и молодые взрослые в возрасте 16–40 лет (40,9 %).

Выявлены клинические особенности течения кала-азара у взрослых, а также его ассоциация с ВИЧ-инфекцией. Впервые продемонстрирована эффективность применения Пентостама (натрия стибоглуконата) и Амбизома (липосомального амфотерицина В) в лечении висцерального лейшманиоза у детей и взрослых.

При анализе клинического течения заболевания у детей в Северном Судане установлено преобладание лёгких форм (50,7 %), тогда как среднетяжёлое и тяжёлое течение наблюдалось в 24 % и 25,3 % случаев соответственно. Тяжёлые формы характеризовались развитием системного токсикоза с персистирующей гипертермией, гепатоспленомегалией, кахексией (25 %) и ДВС-синдромом (4,5 %), что коррелировало с поздней диагностикой заболевания. Сочетание лейшманиоза с ВИЧ-инфекцией отличается тяжёлым течением и высокой летальностью.

Теоретическая и научно-практическая значимость работы. Теоретическая ценность исследования заключается в том, что теоретические и методологические положения, выводы и рекомендации по лечению и профилактике, представленные в диссертационной работе, могут быть использованы в образовательном процессе медицинских вузов, а также в практической деятельности врачей общей практики.

На основании проведённых исследований изучены распространённость висцерального лейшманиоза, его место в структуре инфекционных заболеваний, сезонная динамика, социальная структура заболеваемости, а

также особенности клинического течения кала-азара у населения Северного Судана за период 2007–2014 гг. Разработаны эффективные схемы терапии и предложены меры профилактики заболевания. Подтверждена эффективность препаратов специфической терапии — Пентастама и Амфотерицина В — при лечении пациентов с висцеральным лейшманиозом.

Положения, выносимые на защиту:

1. Висцеральный лейшманиоз (кала-азар) в Северном Судане является широко распространённым заболеванием, с выраженным преобладанием случаев в двух регионах — Аль-Гадараф и Синнар. В период с 2007 года по лето–осень 2014 года отмечено увеличение числа зарегистрированных случаев заболевания: с 3790 случаев в 2007 году до 5550 случаев в 2014 году. Наиболее уязвимыми группами населения являются дети в возрасте 5–15 лет (72 %) и взрослые 20–50 лет (78,9 %).

2. Висцеральный лейшманиоз в Судане характеризуется типичной эпидемиологической и клинической картиной, с устойчивыми природными очагами среди населения, привлекающего кровососущих насекомых — москитов рода *Phlebotomus*, распространённых преимущественно во влажных, богатых водой районах. Отсутствие значимого прогресса в ликвидации очагов свидетельствует о сохраняющемся эпидемиологическом процессе.

3. Создание кадастра эпидемиологических очагов в Северном Судане стало основой для внедрения масштабной системы эпидемиологического надзора за висцеральным лейшманиозом. Это позволило полевым санитарно-эпидемиологическим службам эффективно разрывать трансмиссивную цепь передачи возбудителя, что способствовало улучшению контроля над распространением заболевания в регионе.

4. Клиническими особенностями течения висцерального лейшманиоза у детей в Северном Судане является преобладание лёгких форм в 50,7 % случаев, среднетяжёлых — в 24 % и тяжёлых — в 25,3 %. Тяжёлое течение сопровождается выраженной гипертермией, гепатоспленомегалией,

кахексией и развитием системной интоксикации, что подтверждается наличием ДВС-синдрома.

5. Наиболее эффективным средством лечения висцерального лейшманиоза у детей и взрослых является амфотерицин В (Амбизом), обеспечивающий 100 % эффективность. Применение пентостама — одного из двух этиотропных препаратов — продемонстрировало эффективность в 96,2 % случаев у детей и 93,8 % — у взрослых.

Степень и достоверность результатов. Достоверность полученных данных подтверждается достаточным объёмом исследуемого материала, корректной статистической обработкой результатов и их публикацией в научных изданиях. Выводы и рекомендации обоснованы результатами научного анализа, основанными на репрезентативной выборке, достаточном объёме первичных данных, их всестороннем качественном и количественном анализе, а также на систематизированных лабораторных и клинико-эпидемиологических исследованиях с применением современных методов статистической обработки.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности. Данная диссертационная работа соответствует паспорту «ВАК при Президенте Республики Таджикистан», утвержденного решением Президиума Высшей аттестационной комиссии при Президенте Республики Таджикистан от 28 сентября 2017 г. № 4/1 работа соответствует специальности «Медицинские науки», шифру специальности 14.01.09 - Инфекционные болезни, область исследования соответствует подпункту 3.1 – Изучение свойств возбудителей (бактерий, вирусов, простейших), механизмов взаимодействия возбудителей и организма больного; методы выявления возбудителей; патогенез инфекционных болезней; иммунологические, генетические, патоморфологические, биохимические, патофизиологические изменения в организме в процессе развития болезни; дисбактериоз и суперинфекция в патогенезе инфекционных заболеваний;

3.2.Лечение инфекционных болезней; химиотерапия и антибиотикотерапия, патогенетическая терапия, комбинированные методы лечения, включая иммунотерапию (вакцинотерапию, серотерапию), иммунорегулирующую терапию (иммуностимуляция, иммунодепрессия), интерферонотерапию, интерфероностимулирующую терапию вирусных инфекций, оценка показаний, противопоказаний, условий применения различных методов лечения; оценка эффективности лечения и осложнений терапии; показания к проведению превентивного (профилактического) лечения; возможности немедикаментозного лечения, включая санитарно-курортное лечение и психотерапию; лечение последствий перенесенных инфекционных заболеваний (резидуальные формы); принципы реабилитационной терапии; организация экстренной специализированной помощи инфекционным больным при неотложных состояниях.

3.3.Профилактика, выявление инфекционных заболеваний; диспансерное наблюдение за контингентом переболевших детей и взрослых.

Внедрение результатов исследования в практику. Результаты проведённого исследования, а также подготовленные на их основе научные публикации и методические материалы внедрены в деятельность специализированных лечебных учреждений Северного Судана и Саудовской Аравии. Кроме того, они используются в образовательном процессе на кафедрах инфекционных болезней, детских инфекционных болезней и эпидемиологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Личный вклад соискателя учёной степени. Автором самостоятельно и в полном объёме выполнены все этапы клинико-эпидемиологического исследования, включая его организацию, сбор и обобщение первичных данных, статистическую обработку и последующий анализ с формированием научных выводов. При непосредственном участии автора разработан дизайн исследования, подготовлены и апробированы аналитические таблицы, систематизированы и обобщены результаты лабораторных исследований. На основании полученных данных автором лично подготовлены научные

публикации, доклады для конференций, нормативно-методические документы и обучающие материалы.

Апробация работы и информация о результатах её применения.

Результаты исследования были доложены и обсуждены на следующих научных мероприятиях:

- Годичная научная конференция молодых учёных и студентов с международным участием ТГМУ им. Абуали ибни Сино, г. Душанбе (апрель, 2009);
- Годичная научно-практическая конференция ТГМУ им. Абуали ибни Сино, г. Душанбе (ноябрь, 2009);
- Международный семинар по инфекционным болезням с участием специалистов из Ирана, Афганистана и Таджикистана (май, 2010);
- Годичная научная конференция молодых учёных и студентов с международным участием ТГМУ им. Абуали ибни Сино, г. Душанбе (апрель, 2010);
- Годичная научная конференция молодых учёных и студентов с международным участием ТГМУ им. Абуали ибни Сино, г. Душанбе (апрель, 2011);
- Годичная научно-практическая конференция ТГМУ им. Абуали ибни Сино, г. Душанбе (ноябрь, 2012);
- Годичная научно-практическая конференция ТГМУ им. Абуали ибни Сино, г. Душанбе (ноябрь, 2013);
- Заседание межкафедральной проблемной комиссии по гигиене, эпидемиологии, инфекционным болезням, общественному здоровью и здравоохранению ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», г. Душанбе (2024).

Публикации по теме диссертации. По теме диссертации опубликовано 13 научных работ, в том числе 4 статьи в журналах, рецензируемых ВАК при Президенте РТ.

Структура и объём диссертации. Диссертация включает: введение, обзор литературы, раздел «Материалы и методы исследования», три главы, содержащие результаты собственных исследований, их обсуждение, выводы, практические рекомендации и список использованной литературы. Работа изложена на 151 страницах машинописного текста, содержит 9 таблиц и 21 рисунок. Список литературы включает 183 источника, из них 117 — на русском языке (страны СНГ) и 66 — на иностранных языках (страны дальнего зарубежья).

Основная часть исследований

Материал и методы исследования. Исходя из цели и задач, было проведено динамическое наблюдение и обследование 132 больных кала-азаром в возрасте от 1,5 лет до 50 лет. Для изучения клинико-эпидемиологических особенностей течения и лечения висцерального антрапонозного лейшманиоза (кала-азара) в Северном Судане в течение последних 7 лет (2007-2014гг.) в стационаре Таберкаллах кала-азар центре, Сафава и тропическом центре Омдурман нами было проведено обследование и лечение 132 больных. Пациенты поступали в данные центры из штатов Ал-Гедараф, Таберкаллах, Доук, Сафава, Ундурман, Сеннар, Голубой Нил.

Из общего количества обследуемых больных детей в возрасте от 1,5 до 15 лет было 75(56,8%), из них мальчиков — 47(35,6%), девочек — 28(21,2%). Взрослых было 57(43,2%), из них — женщин 16(28,1%), мужчина 41(71,9%).

Заражение больных чаще происходило в осенний период, а максимальное число заболевших с клиническими проявлениями мы наблюдали в августе месяце которые составили 13,5% из числа зарегистрированных больных. Данное обстоятельство мы связываем с тем, что инкубационный период колеблется от 30 дней до 3 месяцев, в среднем составляя $45,3 \pm 2,8$ дней.

Диагноз висцерального лейшманиоза во всех случаях нами был выставлен на основании клинико-эпидемиологических данных и подтверждён лабораторно нахождением лейшманий Доновани в пунктате

костного мозга у 39(29,5%) больных, у 41(31,1%) при исследовании паховых лимфатических узлов, на основании методов серологической диагностики (реакция прямой гемагглютинации) диагноз был подтвержден у 32(24,2%) пациентов, экспресс тестом у 46(34,8%) больных и кожным тестом в 6(3,7%) случаях. У 32 больных диагноз подтверждался параллельно, как из пунктата костного мозга, так и серологическими методами исследования.

Клинические исследования общего анализа крови, мочи и кала производили стандартными методами на базе Таберкаллах кала-азар центре, в стационаре Аль-Гедараф и тропическом центре Омудурман. Наиболее полное представление о состоянии кроветворной системы при висцеральном лейшманиозе даёт изучение пунктата костного мозга и трепан-биопсия.

Антипаразитарное лечение висцерального лейшманиоза мы проводили препаратом: Пентостам 20 мг/кг в сутки в качестве одной суточной дозы либо внутримышечно или внутривенно (в течение 5 минут) в течение 28 дней. Препарат вводят внутривенно, медленно в течение 5 минут.

При лечении лейшманиоза для сравнительного анализа также нами использовался липосамальный амфотерицин «В» (Амбизом) по 1 мг/кг в зависимости от веса больного, внутривенно, в 5% растворе декстрозы, через каждые день, в течение 10 дней, всего 10 инъекций. Лечили 24 взрослых больных. Эффективность лечения во всех группах оценивалась по темпам снижения температуры тела, улучшению общего состояния, сокращению селезёнки и печени, отсутствию осложнений, нормализации показателей крови.

Полученные результаты в цифровом виде были обработаны стандартными методами вариационной статистики, включая корреляционный анализ, с помощью статистических пакетов программ Statistic 6.0. Данные представлены в виде $M \pm m$, где M – среднее значение величины, m – ее стандартные отклонения. Статистическая значимость полученных результатов была исследована с помощью t-критерия Вилкоксона.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В структуре инфекционной заболеваемости в Северном Судане первое место принадлежит малярии - 58,7%. Второе место по числу регистрируемых случаев занимают острые кишечные заболевания - 38,9%, куда входят практически все инфекции желудочно-кишечного тракта, включая острую дизентерию, брюшной тиф и др.

Значительное число в структуре инфекционных болезней принадлежит паразитарным инфекциям (шистосомозы, амебиаз), которые в сумме составляют 2%. Из детских воздушно-капельных инфекций регистрации подлежит лишь корь и коклюш, удельный вес которых составляет, соответственно 3,7% и 2,9% (рис.1).

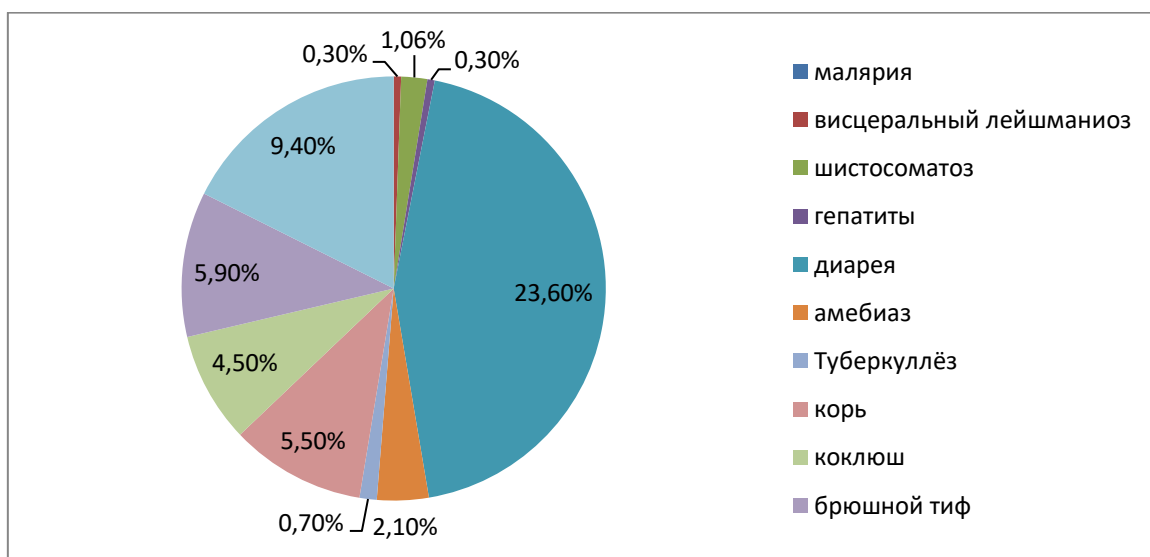


Рис. 1. Заболеваемость висцеральным лейшманиозом в структуре инфекционных заболеваний в Северном Судане за 2010 год.

Висцеральный антропонозный лейшманиоз (кала-азар) в общей структуре составляет от 0,1 до 0,3% в отдельные годы.

Эпидемиологический анализ демонстрирует устойчивый рост заболеваемости кала-азаром в период 2007-2014 гг., с ежегодной регистрацией 500-900 случаев (30 на 100 тыс. населения). Особую настороженность вызывают районы Северного и Южного Дарфура, где показатели заболеваемости висцеральным лейшманиозом достигают 100-200 случаев. Об определённой взаимосвязи климатических факторов

(температура, влажность, количество осадков) с уровнем заболеваемости висцеральным лейшманиозом свидетельствуют данные 2 районов Ал-Гедареф и Сфама, расположенных в различных климатических зонах. Самая низкая заболеваемость висцеральным лейшманиозом отмечен в горной местности, где средняя температура воздуха колеблется от 10 до 35С, влажность от 15 до 90%, количество осадков составляет от 5 мм до 25 мм.

Наиболее высокая заболеваемость висцеральным лейшманиозом зарегистрирована в районах Ал-Гедареф и Сфама, где среднегодовая температура воздуха от 18-39⁰С, влажность 41% до 100%, а дожди выпадают только в августе и сентябре месяце в количестве 15-25 мм. Наиболее высокие показатели заболеваемости висцеральным лейшманиозом отмечаются в августе, сентябре, ноябре месяцев.

В структуре инфекционных заболеваний Северного Судана висцеральный лейшманиоз (кала-азар) занимает седьмое место после малярии. Официальные данные за период с 2007 по 2014 годы свидетельствуют о 50 577 зарегистрированных случаях этого заболевания, хотя настоящее число инфицированных, вероятно, выше из-за недоучета.

Заболеваемость демонстрирует заметные сезонные колебания. Хотя болезнь присутствует круглогодично, в зимние и весенние месяцы она проявляется минимально, составляя лишь 18,2% от годового числа случаев. Начиная с августа, наблюдается постепенный рост заболеваемости, который становится более выраженным с октября, достигая максимума в последующие месяцы (см. рис. 2). Такой характер распространения может быть связан с климатическими условиями или активностью переносчиков в эти периоды.

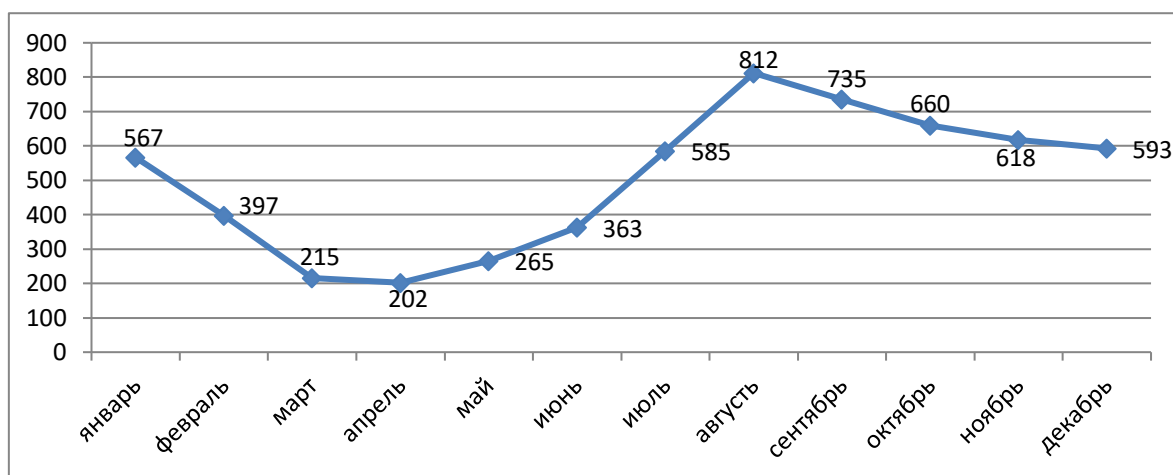


Рис.2. Частота выявления пациентов с висцеральным антропонозным лейшманиозом среди жителей Северного Судана с учетом сезонов года (помесячно)

Комплексный анализ сезонных паттернов и периодов трансмиссии инфекции позволил установить значительную вариабельность инкубационного периода висцерального лейшманиоза: от 3 недель до 12 месяцев. При этом наиболее типичная продолжительность (61% случаев) составляет 3-5 недель со средним значением 27,8 дней.

Об определённой взаимосвязи климатических факторов (температура, влажность, количество осадков) с уровнем заболеваемости висцеральным лейшманиозом свидетельствуют данные 2 районов Ал-Гедареф и Сфама, расположенных в различных климатических зонах. Самая низкая заболеваемость висцеральным лейшманиозом отмечено в горной местности, где средняя температура воздуха колеблется от 10 до 35°C, влажность от 15 до 90%, количество осадков составляет от 5 мм до 25 мм.

Дифференцированные показатели заболеваемости висцеральным лейшманиозом у лиц разного возраста, по данным полученных из стационаров, свидетельствует о неуклонном продолжении из года в год нарастании числа госпитализированных больных висцеральным лейшманиозом, при этом наиболее уязвимыми являются дети от 5 до 15 лет (72%) и взрослые от 18 до 30 лет. Удельный вес мальчиков и мужчин в 2 раза больше, нежели девочек и женщин. Столь высокая разница в соотношении

мужчин и женщин в значительной степени объясняется редкой обращаемостью женщин за медицинской помощью, лечением на дому без регистрации случаев заболевания.

Нужно отметить, что вследствие высокого уровня заболеваемости многими инфекционными болезнями в Северном Судане у населения по результатам нашего исследования установлена распространенность различных микст-инфекции с висцеральным лейшманиозом. Из общего количества обследования больных висцеральный лейшманиоз у 10(7,6%) больных заболевание сочеталось с малярией, у 5(3,8%) с туберкулёзом, у 3(2,3%) с вирусным гепатитом В, у 2(1,5%) гепатитом С, в двух случаях (1,5%) заболевание сопровождалось ВИЧ-инфекцией.

По социальному составу большинство больных висцеральным лейшманиозом составили студенты 38,5%, пастухи -22,6%, дети -17,4%, домохозяйки -10,5%, военнослужащие 4,4, от 2,6 % до 1,4% приходилось на водителей, безработных, преподавателей (табл.1).

Таблица 1

Социальная структура больных висцеральным антропонозным лейшманиозом в Северном Судане

Область	Безработных	Военнослужащие	Преподаватели	Водители	Пастухи	Домохозяйки	Студенты	Дети	Итого
Аль-гедареф	-	4	1	-	12	3	20	8	48
Доука	-	-	-	1	6	2	7	1	17
Шфава	-	-	-	-	2	2	7	1	12
Гураеш	-	-	-	-	10	5	17	11	43
Визитер	3	2	1	2	-	2	-	2	12
Итого	3	6	2	3	30	14	51	23	132
%	2,6	4,4	1,4	2,6	22,6	10,5	38,5	17,4	100

Обращает на себя внимание тот факт, что детей госпитализируют в довольно поздние сроки. Из общего количества обследованных больных 6

(8%) поступили на первой недели болезни, 13 (17,3%) на второй недели, 26 (34,7%) – на третьей неделе, 21(28%) – на четвёртой неделе и 9(12%) на пятой неделе болезни.

Эпидемиологический анализ выявил, что основная часть заболевших детей (76%) являются жителями сельских районов, причем 24% из них проживают в горной местности на высотах 1500-2500 м над уровнем моря. Две трети пациентов регулярно находились в эндемичных зонах в связи с хозяйственной деятельностью (сбор хвороста, сенокос, выпас скота). У 48% обследованных имелись домашние животные, включая собак. Временной интервал от начала заболевания до госпитализации составил в среднем $37,9 \pm 3,5$ дней.

При анализе степени тяжести висцерального лейшманиоза в исследуемой группе из 75 детей выявлено следующее распределение: половина пациентов (38 человек, 50,7%) демонстрировала легкое течение заболевания, в то время как тяжелая и среднетяжелая формы встречались практически в равных пропорциях - у 19 (25,3%) и 18 (24,0%) больных соответственно.

При поступлении в клинику все дети имели повышенную температуру тела. У 25 пациентов (33,3%) температура была субфебрильной, варьируя от 37,1 до 38 °С, тогда как у 37 детей (49,3%) она достигала высоких значений — от 38,5 до 39 °С. Лихорадочные приступы у всех больных сопровождались обильным потоотделением, что свидетельствует о системной реакции организма на инфекцию.

Эпидемиологическое исследование выявило, что большинство заражённых детей, а именно 76%, жили в сельской местности, из которых 24% населяли горные области на высоте от 1500 до 2500 метров. Регулярные походы в эндемичные районы для занятий, таких как сбор лесного материала, кошение лугов и пастбищное животноводство, были характерны для двух третей пациентов, что

повышало вероятность контакта с переносчиками заболеваний. При этом, 48% из них содержали в домашнем хозяйстве животных, включая собак, которые могут активно способствовать распространению инфекции.

В соответствии с анамнестическими данными, период от момента заражения до обращения за медицинской помощью в клинику составил в среднем $37,9 \pm 3,5$ дня. Эта задержка может усугублять прогрессирование заболевания до его тяжёлых форм вследствие позднего начала лечения.

По данным первичного осмотра в клинике, гепатомегалия и спленомегалия были обнаружены у всех пациентов, что является типичными проявлениями висцерального лейшманиоза. В 100% случаев наблюдались данные симптомы. В то же время, консистенция и размеры селезёнки варьировались: у 33 пациентов (44%) орган был мягким, у 18 (24%) отмечалась повышенная плотность, а у 28 (37,3%) пациентов селезёнка достигала уровня малого таза.

Изменения цвета кожи были заметны среди пациентов. Многие имели бледно-землистый оттенок кожи, в то время как у 32 (42,6%) детей наблюдалась тёмная, почти чёрная пигментация. Это объясняется гиперфункцией надпочечников вследствие присутствия лейшманий в макрофагах коркового слоя железы. Выраженная желтушность склер и кожных покровов была отмечена у 9 (12%) пациентов.

В ходе клинического обследования выявлен ряд характерных патологических проявлений. Наиболее распространённым симптомом являлась лимфаденопатия, которая была диагностирована у 86,6% обследованных ($n=65$). Геморрагический синдром, манифестирующий преимущественно в виде экхимозов и гематом, был зарегистрирован у 62,7% пациентов ($n=47$). Более чем у половины больных (54,7%, $n=41$)

наблюдались отёчные изменения в области нижних конечностей на момент госпитализации.

Среди менее частых клинических проявлений отмечались: гиперпигментация кожных покровов у 14,6% больных (n=11), петехиальные высыпания у 6,6% пациентов (n=5), и эпистаксис у 5,3% обследованных (n=4). В двух случаях была отмечена визуализация сосудистого рисунка в области грудной клетки. Асцит диагностирован у 13 (17,3%) пациентов. Симптомы поражения желудочно-кишечного тракта проявлялись с разной частотой: тошнота у 13 (17,3%) больных, рвота у 9 (12%), диарея у 31 (41,3%) и обложенность языка у 55 (73,3%) пациентов.

Прогрессирующая потеря массы тела вплоть до кахексии выявлена у 45 (60%) наблюдаемых детей, что свидетельствует о тяжести заболевания. При обращении в медицинское учреждение у 9 (12%) пациентов рентгенографически подтвердилась двусторонняя бронхопневмония. Симптомы кардиоваскулярных патологий у пациентов варьировались по характеру и тяжести проявлений. У 18 (24%) больных была отмечена тахикардия интоксикационного происхождения, что свидетельствует о системном влиянии инфекции на сердечный ритм. У 15 (20%) пациентов наблюдались функциональные изменения, сопровождающиеся приглушением сердечных тонов, указывающие на временные нарушения в работе сердца. Клиническое обследование выявило признаки воспаления миокарда у 13 пациентов, что проявлялось характерной триадой симптомов: кардиомегалией, нарушением сердечного ритма и систолическим шумом, аускультируемым в области верхушки сердца. Комплекс указанных кардиологических нарушений сочетался с общими клиническими проявлениями в виде бледности кожи и выраженного снижения двигательной активности (табл. 2).

Таблица 2

Характеристика клинических проявлений висцерального лейшманиоза у детей (n=75) и у взрослых (n=57) в Северном Судане (абс. число., %)

Симптомы	Дети (n=75)		Взрослые (n=57)	
	Абс. число	%	Абс. число	%
Температура	75	100	57	100
Усталость, вялость	68	90,7	49	85,9
Диарея	31	41,3	17	29,8
Нарушение сна	22	29,3	24	42,1
Боль в животе	14	18,7	18	31,6
Кашель	21	28	23	40,4
Носовые кровотечения	4	5,3	5	8,8
Бледность	15	20	25	43,9
Кахексия	45	60	11	19,3
Лимфоаденопатия	65	87	35	61,4
Асцит	13	17,3	15	26,3
Желтуха	9	12	4	7,0
Увеличение печени	75	100	57	100
Увеличение селезенки	75	100	57	100

Из общего количества взрослых больных висцеральным антропонозным лейшманиозом обследованные нами 57 больных мужчины было 41(71,9%), женщины – 16(28,1%). Возраст колебался от 16 до 50 лет. От 16 до 20 лет было 18(31,6%) больных, от 21 до 30 лет - 24(42,1%) больных, от 30 до 50 лет – 15(26,3) больных. Средний возраст составил $28,6 \pm 0,9$ лет. По степени тяжести из 57 взрослых пациентов 29(50,8%) имели тяжелую форму заболевания, 16(28,1%) – среднюю и 12(21,1%) – легкую.

До начала острого периода 49 больные жаловались на слабость, снижение аппетита, адинамию, бледность кожных покровов. В последующем

у всех больных повышалась температура тела. В дальнейшем симптомы болезни прогрессировали, температура тела нарастала, и температурная кривая имела разнообразный характер (волнообразная, интермитирующая). Наиболее частым типом температурной кривой у 46(80,7%) больных являлся волнообразный тип с лихорадочными промежутками. Лихорадочные приступы у 1/3 больных сопровождались ознобом и обильным потоотделением. У больных с легкими течениями болезни лихорадка имела слабую степень выраженности, или имела субфебрильный характер. На фоне длительной лихорадки у 100% больных наблюдалось прогрессирующее увеличение селезёнки и печени. В момент поступления больных в стационар у 9(15,8%) больных селезёнка занимала почти всю брюшную полость и достигала уровня лобка. У 14(24,6%) больных, у которых диагноз был установлен на 2-3 недели болезни селезёнка имела мягкую консистенцию, а в далеко зашедших случаях 5(8,8%), она имела плотную консистенцию. У 35(61,4%) больных мы наблюдали лимфаденопатию в особенности были увеличены подмышечные и паховые лимфоузлы. Со стороны желудочно-кишечного тракта у 17(29,8%) больных отмечались поносы, 18(31,6%) больных была рвота. Кожные покровы у 25(43,8%) больных были восковидно-бледными, у 23(40,3%) имели землистый тёмный оттенок, у 5(8,8%) больных мы наблюдали пигментацию кожи лица. У 4(7%) больных отмечалось желтушность склер и кожных покровов. Также у 17(29,8%) мы наблюдали кровоизлияния в кожу, изъязвления на участках кожи было отмечено у 17(29,8%).

В разгаре болезни у 15(26,3%) больных развивались отёки на нижних конечностях и явления асцита. У 11(19,3%) больных, отмечалась резкая худоба вплоть до кахексии, а также у этих больных мы наблюдали падение мышечного тонуса, истончение кожи. Появления отёков и асцита у больных висцеральным лейшманиозом связано фиброзными изменениями в печени, которые приводят к портальной гипертензии.

Таким образом, сравнительный анализ клинических проявлений висцерального лейшманиоза у детей и взрослых показал идентичность в проявлении интоксикационного и гепатолиенального синдромов, однако выявил разницу в проявлении диспепсического синдрома, симптома кахексии, которые мало выражены у взрослых больных.

Гематологический профиль всех пациентов характеризовался панцитопенией с морфологическими изменениями эритроцитов (пойкило- и анизоцитоз), сдвигами в лейкоформуле (лейкопения, относительный лимфоцитоз, анэозинофилия, моноцитоз) и повышением СОЭ. Распределение симптомов висцерального лейшманиоза у взрослых пациентов Северного Судана отражено в таблице 2.

В исследование эффективности пентостама были включены 100 пациентов с кала-азаром (52 ребенка, 48 взрослых). Успешность терапии определялась своевременностью и точностью диагностики. Препарат показал хорошую переносимость: большинство пациентов не испытывали побочных эффектов, за исключением шести случаев, где наблюдались тошнота и рвота.

Интегрированный подход к лечению включал не только использование пентостама, но и патогенетические методы; кроме того, при необходимости применялись противовоспалительные препараты для смягчения симптомов. Значительное улучшение состояния пациентов наблюдалось уже к 3-4 дню специфической терапии: нормализация температуры тела, постепенное уменьшение размеров печени и селезенки, а также начало прибавления в весе.

Лабораторные анализы периферической крови подтверждали клиническое улучшение: наблюдалось постепенное повышение уровня эритроцитов, нормализация скорости оседания эритроцитов (СОЭ) и лейкоцитарной формулы. В частности, количество нейтрофилов возвращалось к нормальным показателям, что свидетельствовало о восстановлении иммунной функции организма.

Терапевтическая эффективность пентостама при лечении висцерального лейшманиоза у детей достигла 96,2%, при этом только у двух пациентов

отмечался рецидив заболевания. Средняя продолжительность госпитализации составила $31,6 \pm 2,1$ дня, после чего пациенты с относительно удовлетворительным статусом были выписаны для дальнейшего амбулаторного наблюдения по месту жительства. У взрослых эффективность составила 93,2%, однако у четырёх пациентов возникли побочные эффекты, из-за которых препарат пришлось отменить. Исследование, проведенное с разделением пациентов на две группы, позволяет сравнивать эффективность пентостама и липосомального амфотерицина В в лечении висцерального лейшманиоза. Результаты показывают, что пентостам эффективно работает как специфическое средство против этого заболевания, однако необходимо учитывать вероятность возникновения побочных реакций у отдельных пациентов. Согласно данным научной литературы, липосомальный амфотерицин В является вторым по эффективности препаратом выбора при терапии этого заболевания.

Первая группа включала 33 взрослых пациента, которым назначали пентостам в дозе 6 мл внутривенно ежедневно на протяжении 28 дней. Вторая группа исследования состояла из 24 взрослых пациентов, у которых наблюдались схожие клинические проявления и изменения в гемопоэзе. Им назначался липосомальный амфотерицин В (AmBisome™, Liposomal Amphotericin «В» 50 мг). Этот препарат вводили в количестве 1 мг на килограмм массы тела пациента, разведенный в 250 мл 5%-ного раствора декстрозы. Введение осуществлялось очень медленно, на протяжении не менее двух часов, с частотой две инъекции в неделю в течение 15 дней.

Важно отметить, что все пациенты имели схожие клинические проявления, что обеспечивало сопоставимость результатов между группами. Такое распределение позволило нам провести объективный сравнительный анализ эффективности этих двух препаратов

Полный курс комплексной терапии висцерального лейшманиоза у детей с применением специфического средства пентостам показал 100%

эффективность. В случае взрослых пациентов, сравнительный анализ выявил, что эффективность пентостама и амфотерицина В (амбизом) практически идентична, при этом ни один из препаратов не демонстрирует заметного преимущества перед другим.

Проведение терапии этими препаратами характеризовалось хорошей переносимостью у всех больных, побочные эффекты не были зафиксированы. Уже на 5-7-й день с начала специфического лечения наблюдалась положительная динамика: общее состояние и самочувствие пациентов значительно улучшались, температура тела постепенно снижалась, размеры селезёнки и печени уменьшались планомерно, отмечался прирост массы тела, а показатели периферической крови нормализовались.

Таким образом, и пентостам, и амбизом продемонстрировали высокую эффективность и хорошую переносимость, не вызывая побочных эффектов у пациентов. Это подтверждает их целесообразность в комплексной терапии висцерального лейшманиоза без явного преимущества одного препарата над другим.

ВЫВОДЫ

1. Впервые в комплексных исследованиях были выявлены особенности эпидемиологии висцерального лейшманиоза в Северном Судане в современных условиях: обширная и неравномерная территориальная распространенность заболевания в зависимости от мест выплода москитов-переносчиков инфекции, спорадическая заболеваемость с трансмиссивным путем передачи инфекции с пиком регистрации в зимне-весенний период года с января по март месяцы, поражением, как детей, так и взрослых [1-А, 3-А].
2. В Северном Судане штаты Аль-Гедараф и Сфама являются основной эндемической зоной по висцеральному антропонозному лейшманиозу с достаточно активными природными очагами (резервуар инфекции – собаки, шакалы, лисицы) и наличием необходимого переносчика инфекции, где

количество больных составляет 83,6% от всех зарегистрированных в стране случаев [4-А, 8-А].

3. В период летне-осенних месяцев (август—ноябрь), когда москиты активно размножаются, зарегистрировано 80% случаев заражения висцеральным лейшманиозом. В 95% этих случаев инфекцию можно было напрямую связать с наличием источника болезни и сезоном выплода москитов, которые являются основными переносчиками заболевания. Большинство заболевших составили дети в возрасте от 5 до 15 лет (72%) и молодые люди от 20 до 35 лет (28,3%) [11-А].

4. Клиническое течение висцерального лейшманиоза у детей, проживающих в Северном Судане, в 50,6% случаев характеризуется легким течением, тогда как у взрослых в 50,8% случаев данное заболевание имеет тяжелое течение. Это может быть связано с нарастанием общей интоксикации, при которой отмечается гипертермия (в 100% случаев), увеличение печени и селезенки (в 100% случаев), кахексия (у 71,4% пациентов) и развитие ДВС-синдрома (у 6,1% пациентов) [2-А, 5-А, 7-А, 12-А].

5. В отношении эффективности лечения, применение комплексной терапии с использованием специфического препарата пентостам показало высокие результаты: излечение было достигнуто у 96,2% детей и 93,8% взрослых после одного курса. При этом амфотерицин В (Амбизом) продемонстрировал 100% эффективность как у взрослых, так и у детей, что свидетельствует о его высокой терапевтической ценности в борьбе с висцеральным лейшманиозом [6-А, 9-А, 10-А].

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для обеспечения активного выявления инфицированных лиц все пациенты с подозрением на висцеральный лейшманиоз должны быть незамедлительно и в обязательном порядке подвергнуты диагностическому обследованию на лейшманиоз. При подтверждении заболевания следует сразу же приступить к радикальному лечению.

2. В высокоэндемичных по висцеральному лейшманиозу штатах Северного Судана (Аль-Гедараф и Сфама) приоритетными задачами являются внедрение современных методов диагностики и специфической терапии, интенсификация санитарно-просветительской работы среди населения и оптимизация противоэпидемических мероприятий. Особое внимание следует уделить контролю популяции инфицированных собак и комплексной программе энтомологического надзора с привлечением санитарно-эпидемиологической службы для мониторинга численности moskitov.

3. Активное выявление больных висцеральным лейшманиозом должно проводиться в местах высокого риска заражения, включая постоянно мигрирующие группы лиц и жителей эндемичных районов. Ключевое значение имеют противолейшманиозные и противокомариные меры, такие как установка сеток на окна, использование репеллентов и другие средства защиты.

СПИСОК ПУБЛИКАЦИИ СОИСКАТЕЛЯ УЧЁНОЙ СТЕПЕНИ

Статьи в рецензируемых журналах:

[1-А] Мавиа Н.С.Х. Клинико-эпидемиологические особенности и диагностика хронического висцерального лейшманиоза у детей, [Текст] / Э.Р. Рахманов, А.А. Боймуродов, К.А. Хурсанов, Н.М. Гулямова // Вестник Авиценны, Душанбе 2011. - №2. - С. 86-88.

[2-А] Мавиа Н.С.Х. Клиника и лечение висцерального лейшманиоза в постликвидационном периоде в Республике Таджикистан, [Текст] / Э.Р. Рахманов, А.А. Боймуродов, Н.М. Гулямова // Здоровоохранение Таджикистана, Душанбе 2011. - №4. - С. 30-33.

[3-А] Мавиа Н.С.Х. Эпидемиология висцерального антропонозного лейшманиоза (кала-азар) в Судане, [Текст] / Э.Р. Рахманов, Н.М. Гулямова // Здоровоохранение Таджикистана, Душанбе 2015. - №3. - С. 85-89.

[4-А] Мавиа Н.С.Х. Таҳлили муқоисавии баъзе нишондиҳандаҳои клиникӣ-эпидемиологии лейшманиози вистсералӣ дар кӯдакони мамолики Судони Шимоли ва Тоҷикистон, [Матн] / Э.Р. Рахманов, Н.С. Одинаев, Ш.К. Матинов, А.А. Боймуродов // Авҷи Зухал, Душанбе 2019. - №1.- С. 89-94.

Статьи и тезисы в сборниках конференции:

[5-А] Мавиа Н.С.Х. Некоторые показатели гуморального и клеточного иммунитета у больных висцеральным лейшманиозом, [Текст] // А.А. Боймуродов, К.А. Гулямова /60-ая годич. научно- практ. конференция с международным участием ТГМУ им. Абуали ибни Сино, посвященная 80-летию со дня рождения член-корр. РАМН. профессор Ю.Б. Исхаки. «Теоретические и практические аспекты развития современной медицинской науки», Душанбе 2012. - С. 199-201.

[6-А] Мавиа Н.С.Х., Спорадические случаи висцерального лейшманиоза в Пенджикентском районе Согдийской области Республики Таджикистан, [Текст] //Э.Р. Рахманов, А.А. Боймуродов, Ш.К. Матинов /Вклад медицинских наук в практическое здравоохранение. Сборник научных статей

61-ой годич. науч. - практ. конф. ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, Душанбе 2013. - С.169 - 170.

[7-A] Мавиа Н.С.Х. Клиника и диагностика висцерального лейшманиоза (кала-азар) в Республике Судан, [Текст] // Ш.К. Матинов / Актуальные вопросы и проблемы медицинской науки. Материалы годич. науч. - практ. конф. молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, Душанбе 2013. - С.44.

[8-A] Мавиа Н.С.Х. Распространённость кала-азара в Судане (Африка), [Текст] // Ш.К. Матинов/ Актуальные вопросы и проблемы медицинской науки. Материалы годич. науч. - практ. конф. молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, Душанбе 2013. - С.44.

[9-A] Мавиа Н.С.Х. Лечение висцерального лейшманиоза у детей, [Текст]// А.А. Боймуродов, Х.Ф. Махмадова / Достижения и перспективы развития медицинской науки. Материалы IX годич. науч. - практ. - конф. молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, Душанбе 2014. - С.12-13.

[10-A] Мавиа Н.С.Х. Морфология крови у детей висцеральным лейшманиозом, [Текст] // Э.Р. Рахманов, А.А. Боймуродов, Дж.Э. Рахмонов / Достижения и перспективы развития медицинской науки. Материалы IX годич. науч. - практ. конф. молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, Душанбе 2014. - С.12.

[11-A] Мавиа Н.С.Х. Клинико-эпидемиологические показатели висцерального лейшманиоза в Таджикистане и Северном Судане, [Текст] // А.А. Боймуродов, М.Р. Гадойбоев / науч. - практ. конф. молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием посвященная 25-летию государственной независимости Республики Таджикистан. - Медицинская наука: достижения и перспективы, Душанбе 2016. - С. 23.

[12-А] Мавиа Н.С.Х. Кожный лейшманоид при висцеральном лейшманиозе (кала-азар), [Текст] // А.А. Боймуродов, Дж.Э. Рахмонов / Материалы круглого стола «Достижения, перспективы и актуальные проблемы дерматовенерологии», Посвященного 25 - летию Независимости Республики Таджикистан, Душанбе 2016. - С. 300-301.

Список сокращений и условных обозначений

ВАЛ	- висцеральный антропонозный лейшманиоз (кала – азар)
РТ	- Республика Таджикистан
АлАТ	- аланинаминотрансфераза
АсАТ	- аспартатаминотрансфераза
ВОЗ	- Всемирная организация здравоохранения
А/Д	- артериальное давление
СОЭ	- скорость оседания эритроцитов
КИЗ	- кабинет инфекционных заболеваний
ГКИБ	- городская клиническая инфекционная больница
ПККЛ	- посткала-азарный кожный лейшманиоз.
СНГ	- Содружество независимых государств
ДДТ	- дихлордифенилтрихлорэтан
ИФА	- иммуноферментный анализ
ГИС	- географическая информационная система

**МДТ «ДОНИШГОҲИ ДАВЛАТИИ ТИББИИ ТОҶИКИСТОН БА
НОМИ АБУАЛӢ ИБНИ СИНО»**

УДК 616.993.161.

МАВИА НАҶМИДДИН САИДАҲМАД ХАЙРИ

**ОМУӢЗИШИ ХУСУСИЯТҲОИ ЭПИДЕМИОЛОГӢ, КЛИНИКА,
ТАШХИС ВА ТАБОБАТИ ЛЕЙШМАНИОЗИ ВИСТСЕРАЛИИ
АНТРОПОНОЗӢ (КАЛА-АЗАР) ДАР ШАРОИТҲОИ МУОСИРИ
СУДОНИ ШИМОЛӢ.**

АВТОРЕФЕРАТИ

диссертатсия барои дарёфти дараҷаи илмӣ номзади илмҳои тиб, аз
рӯи ихтисоси 14.01.09 – Бемориҳои сироятӣ

Душанбе – 2025

Кори диссертатсионӣ дар заминаи кафедраи бемориҳои сироятии Муассисаи давлатии таълимии «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» анҷом дода шудааст.

Роҳбари илмӣ: Раҳманов Эркин Раҳимович – доктори илмҳои тиб, профессори кафедраи бемориҳои сироятии МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи. Абуалӣ ибни Сино»

Муқарризони илмӣ: Талабзода Муҳаммадали Сайф - доктори илмҳои тиб, профессори кафедраи эпидемиология ва бемориҳои сироятии МДТ «Донишгоҳи миллии Тоҷикистон»

Қодиров Ҷонибек Файзуллаевич – номзади илмҳои тиб, досент, мудири курси “Бемориҳои сироятӣ” МДТ “Донишгоҳ давлатии тиббии Самарқанд”, факултети баъдидипломи

Муассисаи пешбар: “Донишгоҳи Байналмилалӣ Ҷумҳурии Қирғизистон” Мактаби байналмилалӣ олии тибии Вазорати тандурустии Ҷумҳурии Қирғизистон, ш.Бишкек.

Ҳимояи диссертатсия «___» _____ с. 2025 соати _____ дар ҷаласаи Шурои диссертатсионии 6D.КОА-032 назди МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино” баргузор мегардад. Нишонӣ: (734026, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, ноҳияи Сино, кӯчаи Сино, 29-31, www.tajmedun.tj), тел. 933-44-03-93.

Бо диссертатсия дар китобхонаи илмӣ МТД «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» шинос шудан мумкин аст.

Автореферат «___» _____ с. 2025 ирсол гардид

Котиби илмӣ
Шурои диссертатсионӣ,
доктори фалсафа (PhD)-доктор

Мачонова М.Ҷ.

МУҚАДДИМА

Мубрамияти мавзӯи тадқиқот. Вазъият оид ба лейшманиоз дар ҷаҳон айни замон мураккаб боқӣ мемонад. Манбаи нисбатан бузург ва устувор қораи Африқо (Судон, Эфиопия, Уганда ва дигарон) маҳсуб меёбад. Ҳар сол дар ҷаҳон ба бемории лейшманиоз зиёда аз 500 млн. нафар, аз ин 300 млн. нафар ба шакли пӯстӣ ва 200 млн. нафар ба лейшманиози вистсералӣ гирифта мешаванд. ТУТ дастгирии ҳудудҳои эндемикӣ оид ба лейшманиозро, махсусан, дар мамлакатҳои Африқо ва қӯшишҳои онҳоро дар мубориза бо ин беморӣ бемайлонида медиҳад [Ломтадзе М.И. и др., 2005; Раҳманов Э.Р. и др., 2017; Hassan, M.M. et al. 2009; Yared, S. et al. 2019; Alvar, J et al. 2021; Makau-Barasa, L.K. et al. 2022].

Вазъият оид ба лейшманиоз дар ҷаҳон солҳои охир вобаста ба пурзӯршавии муҳоҷирати аҳоли, пайдоиши резистентнокии лейшмания ба доруҳои махсус, пайдоиши манбаҳои эпидемикӣ на танҳо дар минтақаҳои ибтидоии эпидемиологӣ, балки инчунин дар кишварҳои, ки лейшманиоз барҳам дода шуда буд, (Тоҷикистон, Гурҷистон, Армения ва ғ.) то чанд мураккабтар мешавад.

Солҳои охир лейшманиози вистсералӣ ба минтақаҳои нави ҷуғрофӣ - Чин, Покистон паҳн шуда, дар Аврупо низ вобаста ба муҳоҷирати оммавии аҳоли аз Африқои Шарқӣ, ки бо низоъҳои ҳарбии солҳои охир алоқаманд мебошанд, ба як мушкилот табдил ёфтааст. [Jiménez, M. et al. 2013; Lemma, W. et al. 2021; González, E et al. 2021].

Микроорганизмҳои соддатарин аз авлоди *Leishmania*, ки дар одамон лейшманиозҳои вистсералиро ба вучуд меоранд, тавассути газидани мағасҳои модина интиқол дода мешаванд. Пас аз ворид шудан ба бадан, лейшмания аз дохил макрофаҳо ва ҳуҷайраҳои ретикулоэндотелиалии узвҳои гуногун, аз қабилҳои мағзи устухон, чигар, испурч ва гирехҳои лимфавиро паразит (муфтхӯр) мекунад. Дар ин ҳуҷайраҳо паразит шакли тоҷакдори мудаввар ё байзавӣ мегирад. Дар ин маврид шакли тоҷакдори лептомоназалии лейшмания дар интиқолдиҳандаи беморӣ - флеботомус инкишоф меёбад. Манбаҳои асосӣ ва муҳими сироят шағол, рӯбоҳ, сағ ва хояндаҳо мебошанд. Аммо, Кала-азар, бар хилофи лейшманиозҳои баҳримиёназаминӣ, як антропоноз аст, зеро манбаи сироят одам маҳсуб меёбад. Интиқолдиҳанда *Ph. Frgentipes* мебошад. Кала-азар аксар вақт ба тамоми оилаҳо таъсир мерасонад ва ҳатто боиси сар задани эпидемия мегардад [Mutero CM et al. 1992; Marlet MVL, et al. 1993; Chappuis F, et al. 2000].

Ташҳиси бармаҳал ва табобати мувофиқи лейшманиозҳои вистсералӣ аз сабаби гуногунии зухуроти клиникӣ ва мавҷуд набудани аломатҳои возеҳ дар марҳалаҳои аввал ба мушкилот дучор мешавад. Мураккабии тасдиқи лабораторӣ ва хушёрии нокифояи мутахассисони соҳаи тиб нисбат ба ин патология ташҳис ва табобати саривақтиро боз ҳам мушкилтар мекунад.

Солҳои охир дар Судони Шимолӣ (Африка) ҳодисаҳои лейшманиози вистсералии антропонозӣ (кала-азар) зуд-зуд ба қайд гирифта мешаванд. Кала-азар аксар вақт ба тамоми оилаҳо таъсир мерасонад ва ҳатто боиси хуруҷи эпидемикии ин беморӣ мегардад, ки он ба беморшавии ҳам калонсолон ва ҳам кӯдакон боис мегардад. Кала-азар бар хилофи лейшманиози баҳри миёназаминӣ антропоноз маҳсуб меёбад, зеро манбаи сироят одамон мебошанд [Mutero SM, et al. 1992; Collin SM, et al. 2006].

Вобаста ба ин, бисёр масъалаҳои эпидемиология, клиника, ташҳис ва табобати беморони лейшманиози вистсералии антропонозӣ дар иқлими гарм ва тропикии Судони Шимолӣ (Африка) дар шароити муосир ҳанӯз ҳалли худро наёфтаанд.

Дарачаи коркарди илмӣ мушкилоти таҳқиқшаванда. Таваҷҷуҳ ба омӯзиши мушкилоти лейшманиози вистсералӣ ба он вобастагӣ дорад, ки солҳои охир ҳодисаҳои гирифтӣ ба ин сироят хеле зиёд шудааст, ки ин ба ҷанги шаҳрвандӣ дар Судон алоқаманд мебошад. Тибқи мушоҳидаҳои охирин, беморӣ на ҳама вақт мувофиқи варианти маъмулие, ки қаблан дар адабиёт тавсиф шудааст, идома меёбад. Он аксар вақт ҷараёни полиморфӣ дорад, ки метавонад ташҳисро душвор гардонад, бинобар ин омӯзиши муфассали лейшманиози вистсералӣ ва таҳияи усулҳои мукаммали табобат зарур мебошад.

Алоқаи тадқиқот бо барномаҳо (лоиҳаҳо) ва мавзӯҳои илмӣ. Мавзӯи тадқиқоти кори мазкур ба рӯйхати самтҳои афзалиятноки тадқиқотҳои илмӣ ва техникӣ дар Ҷумҳурии Судони Шимолӣ барои солҳои 2007-2014 дохил карда шудааст.

Тавсифоти умумии кор

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши аҳамияти лейшманиози вистсералии одам (кала-азар) дар сохтори бемориҳои сироятии Судони Шимолӣ, эпидемиология, хусусиятҳои клиникӣ, ташҳисӣ, инчунин принципҳои табобати ин беморӣ дар шароити ҳозира мебошад.

Вазифаҳои тадқиқот.

1. Омӯзиши сохтори сироятӣ ва паҳншавии лейшманиози вистсералӣ дар Судони Шимолӣ дар давраи солҳои 2007-2014.
2. Муайян намудани омилҳои асосии раванди эпидемия (манбаи сироят, роҳҳои паҳншавӣ, мавсимият, таркиби синнусолӣ, ҷинсӣ ва касбии беморон, беморшавӣ дар байни аҳолии шаҳру деҳот).
3. Омӯзиши хусусиятҳои ташҳис, ҷараён ва табобати лейшманиози вистсералӣ (кала-азар) дар Судони Шимолӣ дар кӯдакон ва беморони калонсол бо мақсади минбаъд кор карда баромадани усулҳои самараноки муосири табобат.
4. Такмили чораву тadbирҳои пешгирӣ кардани лейшманиоз дар вазъияти ҳозираи Судони Шимолӣ.

Объекти тадқиқот. Объекти тадқиқоти кори диссертатсионӣ 132 нафар беморон буданд. Барои омӯзиши эпидемиология, клиника, ҷараён ва табобати лейшманиози вистсералӣ (кала-азар) дар Судони Шимолӣ дар

маркази табобатии кала-азари Таберкалла, Сафава ва маркази тропикии Омдурман давоми ҳафт соли охир (2007) - 2014) тадқиқотҳо гузаронида шуданд.

Мавзӯи тадқиқот. Мавзӯи тадқиқот омӯзиши хусусияти чараён, ташҳис ва табобати лейшманиози вистсералӣ (кала-азар) бо доруҳои пентестам (стибоглюкантими натрий) ва Амбизома (амфотерасини липосомалии В) дар шароити Судони Шимолӣ буд.

Навгони илмӣ тадқиқот

Бори аввал тадқиқоти гузаронидашуда дар Судони Шимолӣ имко дод, ки шакли сироятӣ ва саҳи беморшавӣ ба лейшманиозҳои висцералӣ, ки бо номи кала-азар маъруф аст, муайян карда шавад. Муқаррар карда шуд, ки ин беморӣ асосан ба кӯдакони аз 1 то 15 сола (56,8%) ва калонсолони аз 16 то 40 сола (40,9%) осеб мерасонад, ки ин ба таъсири назаррас ба аҳолии ҷавон ва миёна ишора менамояд.

Муайянкунандаҳои асосии раванди сироят гирифторишавии ҳарсола ва паҳншавии нобаробари ҷуғрофӣ мебошанд, ки махсусан дар деҳот возеҳтар ба назар мерасад. Дар ин минтақаҳо манбаи асосии сироят одамони бемор ва магасҳо мебошанд, ки ба интиқоли беморӣ мусоидат мекунанд. Афзоиши бемориҳо дар давраи тобистон-тирамоҳ ба қайд гирифта шуда, авҷи бақайдгирии бемориҳо дар моҳҳои июл ва август ба мушоҳида мерасад, ки ин метавонад ба шароити мусоид барои афзоиши интиқолдиҳандаҳои сироят вобастагӣ дошта бошад.

Хусусиятҳои клиникии лейшманиози вистсералии одам дар калонсолон ва чараёни ҳамроҳшудаи бо сирояти ВНМО муайян карда шудаанд.

Шаклҳои вазнини лейшманиозҳои вистсералӣ (кала-азар) дар кӯдакони Судони Шимолӣ дар 25,3% ҳолатҳо мушоҳида мешаванд ва аксар вақт сабаби ин таъхирёбии ташҳис мебошад. Токсикози системавӣ, ки дар ҳолатҳои вазнини беморӣ инкишоф меёбад, бо гипертермияи тӯлонӣ, гепатоспленомегалия зоҳир мешавад ва дар 25% беморон кахексия ба қайд гирифта мешавад. Илова бар ин, синдроми ДВС дар 4,5% ҳолатҳо рушд меёбад. Шаклҳои миёнаи беморӣ дар 24% кӯдакон, ба назар мерасад, дар ҳоле ки дар 50,7% ҳолатҳо шаклҳои сабук ба қайд гирифта мешаванд.

Бори аввал самаранокии доруҳои Пентостам (стибоглюконати натрий) ва Амбизом (амфотерицини липосомӣ В) дар табобати лейшманиозҳои вистсералӣ дар кӯдакон ва калонсолон исбот карда шуд. Омезиши лейшманиоз ва сирояти ВНМО шадид буда, бо ғавтнокии баланд тавсиф мешавад.

Аҳамияти назариявӣ ва илмӣ амалии кор. Аҳамияти назариявии тадқиқот дар он аст, ки принципҳои назариявӣ, методологӣ, ҳулосаҳо ва тавсияҳо оид ба табобат ва пешгирии дар диссертатсия овардашуда метавонанд дар раванди таълимии муассисаҳои таҳсилоти олии тиббӣ ва дар раванди табобати табибони умумӣ истифода шаванд.

Дар асоси маводи тадқиқоти гузаронидашуда паҳншавӣ, ҷойгоҳи лейшманиози вистсералӣ дар сохтори бемориҳои сироятӣ, мавсимият,

сохтори иҷтимоии беморӣ, хусусиятҳои ҷараёни клиникаи лейшманиози вистсералӣ (кала-азар) дар давраи солҳои 2007-2014 дар байни сокинони Судони Шимолӣ омӯхта шуданд. Усулҳои самарабахши муолиҷаи беморон кор карда барои мадад, тадбирҳои пешгирӣ кардани беморӣ пешниҳод карда шудаанд. Самаранокии доруҳои махсуси муолиҷавӣ – Пентастам ва Амфотерасини В - дар табобати беморони гирифтори лейшманиозҳои вистсералӣ нишон дода шудааст.

Муқаррароте, ки барои ғимоя пешниҳод шудаанд:

1. Лейшманиози вистсералӣ (кала-азар) дар Судони Шимолӣ васеъ паҳн шудааст, ки он асосан дар ду минтақаи Ал-Гадараф ва Синнор бартарияти хеле калон дорад. Дар давраи аз соли 2007 то тобистону тирамоҳи соли 2014 шумораи гирифтори ин беморӣ аз 3790 ҳолати соли 2007 то ба 5550 ҳолат дар соли 2014 афзуда, асосан кӯдакони аз 5 то 15 сола (72%) ва калонсолони 20-50-сола (78,9%) гирифтор шудаанд.
2. Лейшманиози вистсералӣ (кала-азар) дар Судон як манзараи хоси эпидемиологӣ ва клиникаро бо манбаъҳои доимӣ дар байни одамон, ки ҳашароти хунхор, аз ҷумла хомӯшакҳои *Phlebotomus*-и дар минтақаҳои сероб паҳншударо ба худ ҷалб менамоянд, бидуни ҳаракат барои маҳви ниҳии раванди эпидемиологӣ дар бар мегирад.
3. Ташкили кадастри марказҳои эпидемиологӣ дар Судони Шимолӣ имкон дод, ки системаи мукаммали мониторинги лейшманиозҳои вистсералӣ (кала-азар) ҷорӣ карда шавад ва шароит фароҳам овард, ки занҷири эпидемиологӣ дар сатҳи стансияҳои санитария эпидемиологии саҳроӣ дар звеноҳои трансмиссии беморӣ қанда шавад.
4. Хусусиятҳои клиникаи ҷараёни лейшманиози вистсералиро дар кӯдакони Судони Шимолӣ бояд дар 50,7% шаклҳои сабук, миёна - 24% ва шаклҳои вазнин - 25,3% ҳисобида шаванд. Ҷараёни вазнин аз сабаби гипертермияи тӯлонӣ, гепатоспленомегалия, қаҳексия ва инкишофи захролудшавии системавӣ ба вучуд меояд, ки синдроми ДВС аз ин шаҳодат медиҳад.
5. Востай нисбатан самараноки табобати лейшманиози вистсералӣ дар кӯдакон ва калонсолон амфотерасини В (Амбизома) мебошад, ки он 100% ба қайд гирифта шуд. Истифодаи пентостам, ки яке аз ду доруҳои махсуси этиотропӣ мебошад, дар 96,2% кӯдакон ва 93,8% калонсолон дар табобати беморони гирифтори лейшманиози вистсералӣ самаранок буд.

Дарачаи эътимоднокии натиҷаҳо. Эътимоднокии маълумотҳоро ҳаҷми кофии маводи тадқиқотӣ, коркарди омории натиҷаҳои тадқиқот ва интишорот тасдиқ мекунанд. Хулоса ва тавсияҳо ба таҳлили илмӣ натиҷаҳои тадқиқот асос ёфта, бо намоёндагӣ будани интиҳоби намунаҳо, ҳаҷми кофии маводи аввалия, таҳлили ҳамаҷонибаи сифатӣ ва миқдорӣ, системанокии таҳлилҳои лабораторӣ ва клиникӣ-эпидемиологӣ бо истифода аз усулҳои муносири коркарди маълумотҳои омӯрӣ таъмин карда мешаванд.

Мутобиқати рисола ба шиносномаи ихтисоси илмӣ. Мутобиқи шиносномаи ихтисосҳои МД “Комиссияи олии аттестатсионии назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон” ки бо қарори Раёсати Комиссияи олии

аттестационии назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 28 сентябри соли 2017 таҳти 34/1 тасдиқ шудааст, кори диссертационӣ ба ихтисоси Илмҳои тиббӣ, рамзи ихтисоси 14.01.09 – Бемориҳои сироятӣ, соҳаи таҳсил ба зербанди 3.1. Омӯзиши хосиятҳои микроорганизмҳо (бактерияҳо, вирусҳо, протозойҳо), механизмҳои таъсири мутақобилаи микроорганизмҳо ва организми бемор; усулҳои муайян кардани барангезандаҳо; патогенези бемориҳои сироятӣ; тағйироти иммунологӣ, ирсӣ, патоморфологӣ, биохимиявӣ, патофизиологӣ дар организм ҳангоми инкишофи беморӣ; дисбактериоз ва суперинфексия дар патогенези бемориҳои сироятӣ.;

3.2. Табобати бемориҳои сироятӣ; химиотерапия ва антибиотикотерапия, табобати патогенетикӣ, усулҳои яққояи табобат, аз ҷумла иммунотерапия (ваксинатерапия, серотерапия), табобати иммунорегуляторӣ (иммуностимулясия, иммуносупрессия), табобатии интерферонӣ, табобати интерферонии стимулятории сироятҳои вирусӣ, арзёбии нишондодҳо, зиднишондодҳо, шартҳои истифодаи усулҳои гуногуни табобат; арзёбии самаранокии табобат ва оризаҳои табобат; нишондодҳо барои табобати пешгирикунанда (профилактикӣ); имкониятҳои табобати ғайридоругӣ, аз ҷумла табобати осоишгоҳӣ; табобати оқибатҳои бемориҳои сироятии гузашта (шаклҳои боқимонда); принципҳои табобати барқарорсозӣ; ташкили ёрии таъҷилии махсусгардонидашуда ба беморони сироятӣ дар шароити ғавқулдда.

3.3. Пешгирӣ, ошкор намудани бемориҳои сироятӣ; назорати диспансерии контингенти шифоёфтаи кӯдакон ва калонсолон.

Татбиқи амалии натиҷаҳои тадқиқот. Натиҷаҳои тадқиқоти бадастомада, мақолаҳои илмӣ ва маводи методӣ дар беморхонаҳои махсуси Судони Шимолӣ, Арабистони Саудӣ, инчунин дар чараёни таълим дар кафедраҳои бемориҳои сироятӣ, бемориҳои сироятии кӯдакона, эпидемиологияи ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино ба таври амалӣ ҷорӣ карда шуданд.

Саҳми шахсии доктарабон дар асари илмӣ. Муаллиф ҳама намудҳои ба нақша гирифташудаи тадқиқоти клиникӣ ва эпидемиологӣ, аз ҷумла ташкили онҳо, ҷамъоварию маълумоти аввалия, ҷамъбастанӣ, коркарди оморӣ ва таҳлил бо арзёбии минбаъдаро мустақилона анҷом додааст. Бо иштироки шахсии муаллиф лоиҳаи тадқиқот тартиб дода шуда, ҷадвалҳои таҳлилий таҳия карда ва санҷиш гузаронида шуда, натиҷаҳои таҳқиқоти лабораторӣ ба низом дароварда ва ҷамъбаст карда шуданд. Аз рӯи маводи диссертатсия муаллиф шахсан мақолаҳо, гузоришҳо барои баромадҳо, ҳуҷҷатҳои меъёрию методӣ ва маводи таълимӣ омода кардааст.

Аппробатсияи кор ва маълумот дар бораи натиҷаҳои тадқиқоти онҳо. Натиҷаҳои тадқиқот пешниҳод ва муҳокима карда шуданд:

- дар конфронси илмӣ ҳарсолаи олимони ҷавон ва донишҷӯён бо иштироки байналмилалӣ ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино, Душанбе (2009);
- дар конференсияи илмӣ амалии солони ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино, Душанбе (2009);

- дар семинари байналмилалӣ оид ба бемориҳои сироятӣ бо иштироки кишварҳои Эрон, Афғонистон, Тоҷикистон (майи 2010);
- дар конфронси илмӣ ҳарсолаи олимони ҷавон ва донишҷӯён бо иштироки байналмилалӣ ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино, Душанбе (2010);
- дар конфронси илмӣ ҳарсолаи олимони ҷавон ва донишҷӯён бо иштироки байналмилалӣ ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино, Душанбе (2011);
- дар конференсияи солонаи илмӣ амалии ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино, Душанбе (2012);
- дар конференсияи солонаи илмӣ амалии ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино, Душанбе (2013);

Интишорот оид ба мавзӯи диссертатсия. Доир ба мавзӯи рисола 13 мақолаи илмӣ, аз ҷумла 4 мақола дар маҷаллаҳои тақризшавандаи Комиссияи олии аттестатсионии Федератсияи Русия ба нашр расонида шудааст.

Сохтор ва ҳаҷми диссертатсия. Диссертатсия аз муқаддима, шарҳу тавзеҳи адабиёт, мавод ва усулҳои тадқиқотӣ, 3 боби тадқиқоти худӣ, натиҷаҳои тадқиқот ва муҳокимаи онҳо, хулосаҳо, тавсияҳои амалӣ ва рӯйхати адабиёт иборат аст. Маводи диссертатсия дар 151 саҳифаи матни компютерӣ оварда шудааст, ки 9 ҷадвал, 21 расмро дар бар мегирад. Рӯйхати адабиёт 183 манбаъро дар бар мегирад, ки 116-тоаш аз кишварҳои ИДМ ва 67-тоаш аз кишварҳои хориҷи дур мебошанд.

Қисмати асосии тадқиқот

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Вобаста ба мақсаду вазифаҳо 132 нафар беморони аз 1,5 то 50 солаи гирифтори кала-азар аз мушоҳидаҳои динамикӣ ва муоинаи клиникӣ гузаронида шуданд. Барои омӯзиши хусусиятҳои клиникӣ ва эпидемиологӣ чараён ва табобати лейшманиози вистсералии антропонозӣ (кала-азар) дар Судони Шимолӣ давоми 7 сол (2007-2014) мо дар маркази Таберкаллоҳи кала-азар, Сафава ва маркази тропикии Омдурман муоина ва табобати 132 нафар беморро гузаронидем. Ба ин марказҳо беморон аз штатҳои Ал-Гедараф, Таберкаллоҳ, Дук, Сафаво, Ундурман, Сеннар ва Нили кабуд омада буданд.

Аз шумораи умумии кӯдакони бемори муоинашуда 75 нафар (56,8%) аз 1,5 то 15 сола, аз он 47 нафар (35,6%) писарон, 28 нафар (21,2%) духтарон буданд. Калонсолон 57 нафар (43,2%), аз он 16 нафар (28,1%) занон, 41 нафар (71,9%) мардон буданд.

Сирояти беморон бештар дар фасли тирамоҳ ба мушоҳида мерасид ва мо шумораи бештари беморони зухуроти клиникиро дар моҳи август мушоҳида кардем, ки ин 13,5%-и беморони ба қайд гирифташударо ташкил дод. Мо ин ҳолатро ба он марбут меҳисобем, ки давраи инкубатсионӣ аз 30 рӯз то 3 моҳ буда, ба ҳисоби миёна $45,3 \pm 2,8$ рӯзро ташкил медиҳад.

Ташхиси лейшманиози вистсералӣ дар ҳама ҳолатҳо дар асоси маълумотҳои клиникӣ ва эпидемиологӣ гузошта шуда, дар лаборатория бо мавҷудияти лейшманияи Донован ҳангоми пунксияи мағзи устухон дар 39 (29,5%), дар 41 (31,1%) беморон ҳангоми омӯзиши гирехҳои лимфаҳои рӯда,

дар асоси усулҳои таҳлили серологӣ (реаксияи гемагглютинатсияи мустақим) дар 32 (24,2%) бемор, экспресс-тест дар 46 (34,8%) ва бо таҳлили пӯст дар 6 (3,7%) таҳлил тасдиқ карда шуд. Дар 32 бемор таҳлил ҳам аз сӯрохи мағзи устухон ва ҳам аз рӯи усулҳои тадқиқоти серологӣ тасдиқ карда шуд.

Тадқиқоти клиникӣ таҳлили умумии хун, пешоб ва наҷосат бо истифода аз усулҳои стандартӣ дар маркази Таберкаллоҳ кала-азар, беморхонаи Ал-Гедараф ва Маркази тропикӣ Омудурмон гузаронида шуданд. Тасвири нисбатан мукаммалтари ҳолати системаи хунофарӣ дар лейшманиозҳои вистсералӣ тавассути омӯзиши пунксияи мағзи устухон ва биопсияи тревин таъмин карда мешавад.

Табоботи зидди паразитӣ барои лейшманиози вистсералиро мо бо дору гузаронидем: Пентостам 20 мг/кг дар як вояи шабонарӯзӣ, ё тариқи дохили мушакӣ ё тариқи дохиливаридӣ (дар давоми 5 дақиқа) дар давоми 28 рӯз. Дору ба дохили варид, оҳиста дар тӯли 5 дақиқа ворид карда мешавад.

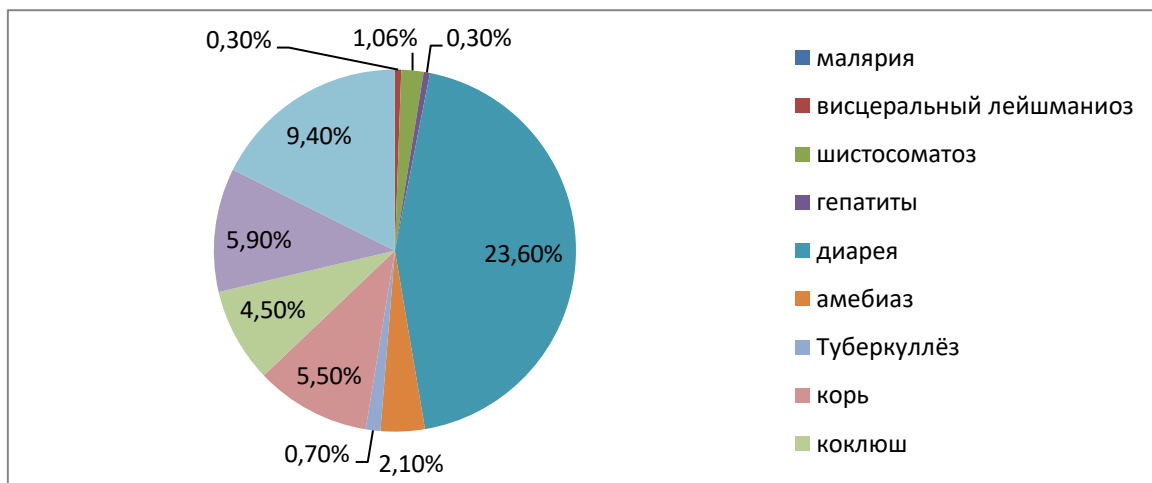
Ҳангоми муолиҷаи лейшманиоз барои таҳлили муқоисавӣ амфотеритсини липосамалии «В» (Амбисома) 1 мг/кг вобаста ба вазни бемор ба дохили варид дар маҳлули 5%-аи декстроза, ҳар рӯз давоми 10 рӯз, ҳамагӣ 10 тазриқ. 24 нафар беморони калонсол табобат карда шуданд. Самаранокии табобат дар ҳамаи гурӯҳҳо аз рӯи суръати паст шудани ҳарорати бадан, беҳтар шудани ҳолати умумӣ, ихтилоҷи сипурз ва чигар, набудани оризаҳо, ба эътидол омадани шумораи хун баҳо дода шуд.

Натиҷаҳои дар шакли рақамӣ ба даст овардашуда бо усулҳои стандартӣ омори вариатсионӣ, аз ҷумла таҳлили коррелятсия, бо истифода аз бастаҳои нармалфзори омории Statistic 6.0 коркард карда шуданд. Маълумотҳо дар шакли $M \pm m$ пешниҳод карда мешаванд, ки дар он M арзиши миёна, m инҳирофи стандартӣ он аст. Аҳамияти омории натиҷаҳои бадастомада бо истифода аз t -меъёри Вилкоксон санҷида шуд.

НАТИҶАҲОИ ТАДҚИҚОТ

Дар сохтори бемориҳои сироятӣ дар Судони Шимолӣ ҷойи аввал ба вараҷа - 58,7% тааллуқ дорад. Аз рӯи шумораи ҳолатҳои ба қайд гирифташуда ҷои дуҷумро бемориҳои шадиди рӯдаҳо – 38,9% ишғол мекунанд, ки қариб ҳамаи сироятҳои рӯдаи меъдаю рӯда, аз ҷумла исҳоли шадид, табларзаи домана ва ғ. ба онҳо дохил мешаванд.

Дар сохтори бемориҳои сироятӣ шумораи зиёди бемориҳо ба сироятҳои паразитӣ (шистосомиоз, амебиаз) мансубият дорад, ки дар маҷмӯъ 2% -ро ташкил медиҳад. Аз сироятҳои ҳавоӣ-қатрагии кӯдакона танҳо сурхча ва сулфаи кабуд ба қайд гирифта мешаванд, ки ҳиссаи онҳо мутаносибан 3,7% ва 2,9% мебошад (расми 1).



Расми 1. Беморшавӣ ба лейшманиози вистсералӣ дар сохтори бемориҳои сироятӣ дар Судони Шимоли дар соли 2010.

Лейшманиози вистсералии антропонозӣ (кала-азар) дар сохтори умумӣ дар баъзе солҳо аз 0,1 то 0,3 фоизро ташкил медиҳад.

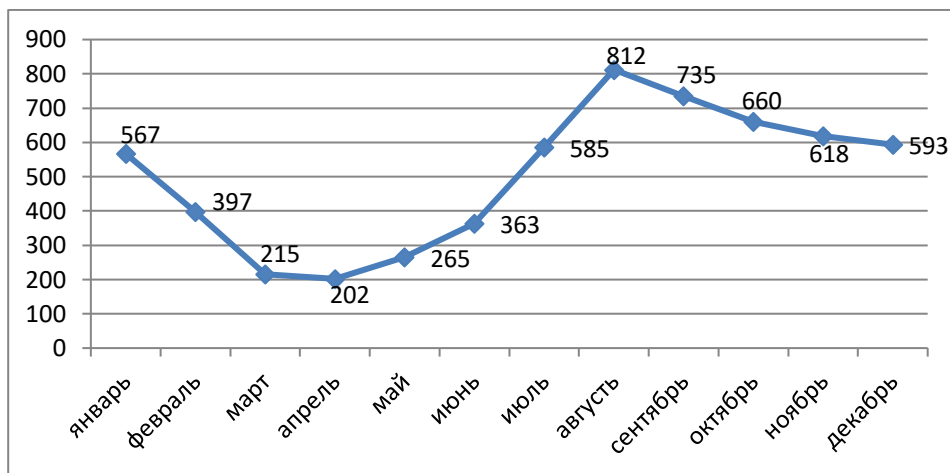
Аммо шумораи ҳарсола ба қайд гирифташудаи ҳодисаҳои кала-азар ба ҳисоби миёна аз 500 то 900 ҳолат ё 30 нафар ба 100 ҳазор нафар аҳолиро бо тамоюли устувори афзоиш аз соли 2007 то 2014 ташкил медиҳад. Дар баробари ин, дар ҷумҳурии ноҳияҳои ҳастанд, ки дар онҳо бемории лейшманиози вистсералӣ ба 100 - 200 кас мерасад. Инҳо ноҳияҳои Дарфори Шимоли ва Ҷанубӣ мебошанд. Аз алоқамандии муайяни байни омилҳои иқлимӣ (ҳарорат, намӣ, боришот) ва сатҳи паҳншавии лейшманиози вистсералӣ маълумоти 2 ноҳияи Ал-Гедареф ва Сфама, ки дар минтақаҳои гуногуни иқлимӣ ҷойгиранд, шаҳодат медиҳанд. Дар ноҳияҳои кӯҳсор, ки ҳарорати миёнаи ҳаво аз 10 то 35 дараҷа, намнокӣ аз 15 то 90 фоиз, боришот аз 5 то 25 миллиметрро ташкил медиҳад, сатҳи камтарини бемории лейшманиози вистсералӣ мушоҳида карда мешавад.

Андозаи нисбатан баланди беморшавӣ ба лейшманиози вистсералӣ дар ноҳияҳои Ал-Гедареф ва Сфама ба қайд гирифта шудааст, ки дар ин ҷо ҳарорати миёнаи солони ҳаво 18-39С, намнокӣ аз 41 то 100 фоиз, боришот танҳо дар моҳҳои август ва сентябр ба миқдори 15 -25мм фоиз мерасад. Сатҳи баландтарини гирифташавӣ ба лейшманиози вистсералӣ дар моҳҳои август, сентябр ва ноябр ба қайд гирифта мешавад.

Дар сохтори бемориҳои сироятӣ дар Судони Шимоли лейшманиозҳои вистсералӣ (кала-азар) пас аз вараҷаҳои ҳафтумро ишғол мекунанд. Маълумоти расмӣ аз соли 2007 то 2014 дар Судон 50,577 ҳолати ба қайд гирифташудаи ин беморию нишон медиҳанд, гарчанде ки шумораи воқеии сироятҳо аз сабаби пурра гузориш надодан эҳтимол зиёдтар бошад.

Беморшавӣ фарқиятҳои назарраси мавсимию нишон медиҳад. Ҳарчанд ин беморӣ тамоми сол мушоҳида мешавад, аммо дар моҳҳои зимистону баҳор пасттарин буда, ҳамагӣ 18,2%-и шумораи солони беморонро ташкил медиҳад. Аз моҳи август сар карда, тадриҷан афзоиши беморӣ мушоҳида мешавад, ки он аз моҳи октябр бештар ба назар мерасад ва дар моҳҳои

минбаъда ба ҳадди максималӣ мерасад (ниг. расми 2). Ин шакли паҳншавӣ метавонад ба шароити иқлимӣ ё фаъолнокии интиқолдиҳандаҳо дар ин давраҳо алоқамандӣ дошта бошад.



Расми 2. Ошкоркунии беморони гирифтори лейшманиози вистсералии антропонозӣ вобаста ба фасли сол (аз рӯи моҳҳо) дар Судони Шимолӣ

Тамоюлҳои мавсимиро дар баробари давраҳои интиқол, таҳлил карда истода мо муқаррар намудем, ки давраи тухмхобонӣ барои лейшманиозҳои вистсералӣ ба таври назаррас фарқ мекунад. Он метавонад аз 3 ҳафта то 12 моҳ давом кунад, аммо аксар вақт (дар 61% ҳолатҳо) аз 3 то 5 ҳафта, ба ҳисоби миёна тақрибан 27,8 рӯзро ташкил медиҳад.

Аз хусуси алоқамандии муайяни байни омилҳои иқлимӣ (ҳарорат, намӣ, боришот) ва паҳншавии лейшманиози вистсералӣ маълумотҳои 2 ноҳияи Ал-Гедареф ва Сфама, ки дар минтақаҳои гуногуни иқлимӣ ҷойгиранд, шаҳодат медиҳанд. Сатҳи пасттарини беморшавӣ ба лейшманиози вистсералӣ дар ноҳияҳои кӯҳсор, ки ҳарорати миёнаи ҳаво аз 10 то 35 дараҷа, намнокӣ аз 15 то 90 Ҷоиз, боришот аз 5 то 25 миллиметрро ташкил медиҳад, мушоҳида карда мешавад.

Сатҳи тафриқавии гирифторшавӣ ба лейшманиози вистсералӣ дар одамони синну соли гуногун, мувофиқи маълумотҳои аз беморхонаҳо гирифташуда, аз афзоиши мунтазами шумораи беморони гирифтори лейшманиози вистсералӣ дар беморхона сол то сол шаҳодат медиҳад, ки осебпазиртарин кӯдакони аз 5 то 15 сола (72%) ва калонсолони аз 18 то 30-сола мебошанд. Ҳиссаи писарон ва мардон нисбат ба духтарон ва занон 2 маротиба зиёд аст. Чунин тафовути баланди таносуби мардон ва занон асосан бо он шарҳ дода мешавад, ки занон хеле кам ба ёрии тиббӣ ва табобат дар хона бе сабти ҳолатҳои беморӣ муроҷиат мекунанд.

Бояд гуфт, ки аз сабаби зиёд будани беморҳои сироятӣ дар байни аҳолии Судони Шимолӣ, дар натиҷаи тадқиқоти мо паҳншавии сироятҳои гуногуни омехта бо лейшманиози вистсералӣ муқаррар карда шудааст. Аз шумораи умумии беморони муоинаи лейшманиози вистсералӣ дар 10 (7,6%) беморон ин беморӣ бо вараҷа, дар 5 (3,8%) бо бемории сил, дар 3 (2,3%) бо гепатити

вирусии В, дар 2 (1,5%) бо гепатити С, гирифтор шудаанд, дар ду ҳолат (1,5%) бемориро сирояти ВНМО ҳамроҳӣ мекард.

Аз рӯи таркиби иҷтимоӣ аксари беморони гирифтори лейшманиози вистсералӣ донишҷӯён 38,5%, ҷӯпонҳо 22,6%, кӯдакон 17,4%, хонашинон 10,5%, хизматчиёни ҳарбӣ 4,4% ва аз 2,6% то 1,4% ронандагон, бекорон, омӯзгорон буданд (Ҷадвали 1).

Ҷадвали 1

Сохтори иҷтимоии беморони гирифтори лейшманиози вистсералии антропонозӣ дар Судони Шимолӣ

Вилоят	Бекорон	Ҳарбиён	Омӯзгорон	Ронандагон	Ҷӯпонҳо	Хонаишинон	Донишҷӯён	Кӯдакон	Ҷамъ
Аль-гедареф	-	4	1	-	12	3	20	8	48
Доука	-	-	-	1	6	2	7	1	17
Шфава	-	-	-	-	2	2	7	1	12
Гураеш	-	-	-	-	10	5	17	11	43
Визитер	3	2	1	2	-	2	-	2	12
Ҷамъ %	3 2,6	6 4,4	2 1,4	3 2,6	30 22,6	14 10,5	51 38,5	23 17,4	132 100

Он чиз ҷолиби диққат аст, ки кӯдакон хеле дер ба беморхона расонида мешаванд. Аз шумораи умумии беморони муоинашуда 6 нафар (8%) дар ҳафтаи аввали беморӣ, 13 нафар (17,3%) дар ҳафтаи дуюм, 26 нафар (34,7%) дар ҳафтаи сеюм, 21 нафар (28%) дар ҳафтаи чорум ва 9 (12%) дар ҳафтаи панҷуми беморӣ ба беморхона қабул шудаанд.

Аз рӯи дараҷаи вазнинии лейшманиози вистсералӣ аз 75 нафар бачагоне, ки мо муоина кардем, дар 19 нафар (25,3 Ҷоиз) бемор ҷараёни вазнин, дар 18 нафар (24,0 Ҷоиз) ҷараёни муътадил ва танҳо дар 38 нафар (50,7 Ҷоиз) ҷараёни сабуки беморӣ ба мушоҳида расид.

Ҳангоми ба беморхона ворид шудан, ҳама кӯдакон ҳарорати баланди бадан доштанд. Дар 25 бемор (33,3%) ҳарорат субфебрилӣ буда, аз 37,1 то 38°C буд, дар 37 кӯдак (49,3%) ба дараҷаи баландтарин – аз 38,5 то 39°C расид. Хуруҷҳои табларзаро дар ҳама беморон араққунии шадид ҳамроҳӣ мекард, ки аз воқуниши системавии бадан ба сироят шаҳодат медиҳад.

Тадиқиқоти эпидемиологӣ нишон дод, ки аксари кӯдакони гирифтори ин беморӣ, яъне 76% дар деҳот зиндагӣ мекунанд, ки 24% онҳо дар манотиқи кӯҳӣ дар баландии 1500 то 2500 метр маскун мебошанд. Сафари мунтазам ба минтақаҳои эндемикӣ барои фаъолиятҳои гуногун, аз қабилӣ ҷамъоварии маводи ҷангалӣ, алафдаравӣ ва ҷаронидани чорво дар се ду ҳиссаи беморон маъмул буд, ки эҳтимолияти дучоршавӣ ба интиқолдиҳандаҳои бемориро зиёд мекунад. Дар ҳамин ҳол, 48% онҳо дар хонаводаи худ ҳайвонот, аз

ҷумла сағхоро нигоҳ медоштанд, ки метавонанд ба паҳншавии сироят мусоидат кунанд.

Тибқи маълумотҳои анамнезӣ, давраи аз лаҳзаи сироятёбӣ то мурочиат барои ёрии тиббӣ ба беморхона ба ҳисоби миёна $37,9 \pm 3,5$ рӯзро ташкил дод. Ин таъхирот метавонад авҷгирии бемориро то шаклҳои вазнин аз сабаби дер оғоз кардани табобат амиқтар кунад.

Тибқи муоинаи ибтидоӣ дар беморхона, дар ҳама беморон гепатомегалия ва спленомегалия мушоҳида шуд, ки зухуроти хоси лейшманиозҳои вистсералӣ мебошанд. Дар 100% ҳолатҳо ин нишонаҳо мушоҳида мешуданд. Дар баробари ин консистенсия ва андозаи испурч гуногун буд: дар 33 бемор (44%) узв нарм, дар 18 бемор (24%) зичии баланд ва дар 28 бемор (37,3%) испурч ба сатҳи коси хурд мерасид.

Тағйироти ранги пӯст дар байни беморон мушоҳида мешуд. Бисёриҳо ранги паридагии хокӣ доштанд, дар ҳоле ки 32(42,6%) кӯдакон пигментатсияи тира ва қариб сиёҳ доштанд. Инро бо гиперфунксияи ғадудҳои гурда аз сабаби мавҷудияти лейшмания дар макрофагҳои қабати кишрии ғадуд шарҳ медиҳанд. Дар 9(12%) беморон зардпарвини шадиди сафедии чашм (сулбия) ва пӯст ба қайд гирифта шуд.

Аксарияти беморон, яъне 65 нафар (86,6%) лимфаденопатия доштанд. Инчунин дар 11(14,6%) беморон пигментатсияи пӯст мушоҳида шуд. Дар 47 (62,7%) беморон варамҳои хунин ва кӯфтаҳо, ки зухуроти синдроми геморрагӣ мебошанд, ба қайд гирифта шудааст. Илова бар ин, ду бемор дар кафаси сина тасвири рагӣ доштанд. Дар 5(6,6%) беморон доғҳои петехиалӣ ба назар мерасанд, дар ҳоле ки дар 4(5,3%) беморони хунравӣ аз бинӣ ба назар расид.

Ҳангоми қабул дар 41(54,7%) беморон варами дасту пойҳо ошкор карда шуд. Астсит дар 13(17,3%) беморон ташхис карда шуд. Аломатҳои осеби роҳҳои ҳозима бо басомадҳои гуногун ба назар мерасанд: дилбеҳузурӣ дар 13 (17,3%) беморон, қайқунӣ дар 9(12%), дарунравӣ дар 31(41,3%) ва рӯйқашҳои болои забон дар 55(73,3%) беморон.

Дар 45 (60%) кӯдакони мушоҳидашуда талафоти авҷноки вазни бадан то каҳексия ошкор шуд, ки ин аз шиддати беморӣ шаҳодат медиҳад. Ҳангоми мурочиат ба муассисаи тиббӣ 9(12%) беморон тасдиқи рентгении бронхопневмонияи дучониба доштанд. Аломатҳои бемории дилу рағҳо дар беморон аз рӯи табиат ва шиддатнокии зухурот гуногун буданд. Дар 18(24%) беморон тахикардияи захролудшавӣ ба қайд гирифта шудааст, ки таъсири системавии сироятро ба ритми дил нишон медиҳад. Дар 15(20%) беморон тағйироти функционалӣ, ки онро садоҳои пасти дил ҳамроҳӣ мекарданд, мушоҳида карда шуд, ки аз вайроншавии муваққатии кори дил шаҳодат медиҳанд. Дар баробари ин, дар 13 нафар беморон аломатҳои миокардит, аз ҷумла васеъшавии сарҳадҳои дил, аритмия ва шавшуви систоликӣ дар қулла мушоҳида карда шуданд. Ин зухуротро рангпаридагии пӯст ва адинамия ҳамроҳӣ мекард (Ҷадвали 2).

Ҷадвали 2

**Басомади аломатҳои лейшманиози вистсералии дар кӯдакон (n=75)
ва калонсолон (n=57) дар Судони Шимолӣ (шумораи мутлақ, %)**

Аломатҳо	Кӯдакон (n=75)		Калонсолон (n=57)	
	Шумораи мутлақ	%	Шумораи мутлақ	%
Ҳарорат	75	100	57	100
Ҳастагӣ, афсурдагӣ	68	90,7	49	85,9
Диарея	31	41,3	17	29,8
Вайроншавии ҳоб	22	29,3	24	42,1
Дарди шикам	14	18,7	18	31,6
Сулфа	21	28	23	40,4
Хунравии бинӣ	4	5,3	5	8,8
Рангпаридогӣ	15	20	25	43,9
Кахексия	45	60	11	19,3
Лимфоаденопатия	65	87	35	61,4
Астсит	13	17,3	15	26,3
Зардӣ	9	12	4	7,0
Калоншавии ҷигар	75	100	57	100
Калоншавии сипурз	75	100	57	100

Аз шумораи умумии беморони калонсолони гирифтори лейшманиози вистсералии антропонозӣ, 57 нафар бемороне, ки мо муоина кардем, 41 (71,9%) мардон ва 16 (28,1%) занон буданд. Синну сол аз 16 то 50 буд. Аз 16 то 20 сола 18 (31,6 %), аз 21 то 30 сола – 24 (42,1%), аз 30 то 50 сола – 15 (26,3) бемор буд. Синну соли миёна $28,6 \pm 0,9$ солро ташкил дод.

Пеш аз фарорасии давраи шадид 49 нафар беморон аз заифӣ, коҳиши иштиҳо, адинамия, рангпарии пӯст шикаҷат карданд. Баъдан, дар ҳама беморон ҳарорати бадан баланд шуд. Минбаъд, аломатҳои беморӣ авҷ гирифта, ҳарорати бадан баланд шуда, ҳатти ҳарорат характери гуногун (мавҷнок, фосилавӣ) дошт. Навъи маъмултарини қачи ҳарорат дар 46 (80,7%) беморон намуди мавҷмонанд бо фосилаҳои табларза дошт. Хуруҷи табларзаро дар 1/3 беморон вараҷа ва арақи шадид ҳамроҳӣ мекард. Дар беморони гирифтори шаклҳои сабуки беморӣ табларза сабук ё субфебрилӣ буд. Дар заминаи табларзаи тӯлонӣ, 100% беморон васеъшавии авҷноки испурҷ ва ҷигарро аз сар меғузaronанд. Ҳангоми ба беморхона қабул кардани беморон дар 9 (15,8%) бемор испурҷ қариб тамоми холигоҳи шикамро ишғол карда, ба сатҳи қафаси шикам расида буд. Дар 14 (24,6%) бемороне, ки ташҳис дар 2-3 ҳафтаи беморӣ муайян шудааст, испурҷ консентратсияи нарм ва дар ҳолатҳои авҷнок 5 (8,8%) консистенсияи зич дошт. Дар 35 нафар

(61,4%) беморон лимфаденопатияро мушоҳида кардем, махсусан гиреҳҳои лимфаҳои зеримушакӣ ва қадкашак калон шуданд. Аз тарафи низоми меъдаю рӯда 17 (29,8%) беморон дарунравӣ, 18 (31,6%) беморон қайкунӣ доштанд. Пӯсти беморон 25 (43,8 %) мумранг, дар 23 (40,3 %) ранги хокӣ дошт ва дар 5 (8,8 %) беморон пигментатсияи пӯсти рӯйро мушоҳида кардем. Дар 4(7%) беморон зардшавии пардаи чашм ва пӯст ба қайд гирифта шуд. Инчунин, дар 17(29,8%) хунравии пӯст, дар баъзе ҷойҳои пӯст дар 17(29,8%) захм мушоҳида карда шуд.

Дар авҷи беморӣ дар 15 нафар (26,3%) беморон варам дар пойҳо ва ҳолатҳои астсит пайдо шуданд. Дар 11(19,3%) бемор камшавии якбораи вазн то кахексия мушоҳида карда мешавад ва дар ин беморон низ паст шудани тонуси мушакҳо ва тунукшавии пӯстро мушоҳида кардем. Пайдо шудани варам ва астсит дар беморони гирифтори лейшманиози вистсералӣ бо тағйироти фибрози чигар алоқаманд аст, ки боиси гипертонияи порталӣ мегардад.

Ҳамин тариқ, таҳлили муқоисавии зуҳуроти клиникии лейшманиози вистсералӣ дар кӯдакон ва калонсолон мутобиқатро дар зуҳури синдромҳои захролудӣ ва гепатолиеналӣ нишон дод, аммо фарқияти зуҳури синдроми диспептикӣ, аломати кахексияро, ки дар беморони калонсол камтар зоҳир мешавад, ошкор кард.

Дар ҳама ҳолатҳо шумораи ҳуҷайраҳои сурхи хун, гемоглобин, пойкилоситозҳои маъмулӣ, анизоситоз, лейкопения, лимфоситозҳои нисбӣ, анеозинофилия, моноситоз, тромбоцитопения ва СТЭ-и босуръат дар хун якбора коҳиш ёфтанд. Басомади нишонаҳои лейшманиози вистсералӣ дар калонсолон дар Судони Шимолӣ дар ҷадвали 2 нишон дода шудааст.

Табоботи самарабахши лейшманиоз аз бисёр ҷиҳат ба сари вақт ва дуруст муайян кардани беморӣ вобаста аст. Дар тадқиқот, ки 100 нафар беморони гирифтори лейшманиозҳои вистсералӣ (кала-азар)-ро фаро гирифта буд ва аз онҳо 52 нафар кӯдакон ва 48 нафар калонсолон буданд, пентостам истифода бурда шуд. Маводи доругӣ хуб таҳаммул карда шуд: аксари беморон таъсири иловагии манфиро аз сар нагузаронданд, ба истиснои шаш ҳолате, ки дилбеҳузурӣ ва қайкунӣ мушоҳида шуд.

Муносибати комплекси табобат на танҳо истифодаи пентостам, балки усулҳои патогенетикӣ дар бар мегирад; ғайр аз ин, дар мавридҳои зарурӣ барои сабук кардани нишонаҳо доруҳои зиддиалтиҳобӣ истифода мешуданд. Дар рӯзи 3-4-уми муолиҷаи махсус беҳбудии назаррас дар ҳолати беморон мушоҳида шуд: ба эътидол омадани ҳарорати бадан, тадриҷан кам шудани андозаи чигар ва испурч, инчунин оғози афзоиши вазн.

Санҷишҳои лаборатории хуни канорӣ беҳбудии клиникӣ тасдиқ карданд: афзоиши тадриҷии сатҳи эритроцитҳо, ба эътидол омадани суръати такшиншавии эритроцитҳо (СТЭ) ва миқдори лейкоцитҳо. Аз ҷумла, шумораи нейтрофилҳо ба сатҳи муқаррарӣ баргаштанд, ки ин аз барқарор шудани функсияи масунии бадан шаҳодат медиҳад.

Пас аз табобат ҳамаи беморон таҳти назорати табибони ноҳиявӣ дар ҳолати нисбатан қаноатбахш, ба ҳисоби миёна пас аз $31,6 \pm 2,1$ рӯз ба хона ҷавоб дода шуданд.

Ҳамин тариқ, истифодаи пентостам дар табобати кӯдакони гирифтори лейшманиозҳои вистсералӣ самаранокии баланд нишон дода, ба 96,2% расид; такроршавии беморӣ танҳо дар ду ҳолат мушоҳида шудааст. Дар калонсолон, самаранокӣ 93,2% -ро ташкил дод, аммо чор бемор таъсири иловагии манфиро аз сар гузарониданд, ки қатъкунии истифодаи доруро талаб мекард. Тадқиқот, ки дар ду гурӯҳи беморон гузаронида шуд ва ин имкон дод, ки самаранокии пентостам ва амфотеритсини липосомии В дар табобати лейшманиозҳои вистсералӣ муқоиса карда шавад. Натиҷаҳо нишон медиҳанд, ки пентостам ҳамчун табобати мушаххас барои ин беморӣ самаранок таъсир мерасонад, аммо эҳтимолияти аксуламалҳои номатлуб дар беморони алоҳида бояд ба назар гирифта шавад. Тибқи адабиёти илмӣ, амфотеритсини липосомии В дуввумин доруи самараноктарин барои табобати ин беморӣ мебошад.

Ба гурӯҳи аввал 33 беморони калонсол дохил карда шуданд, ки пентостам дар як вояи 6 мл ба тари дохиливаридӣ дар тӯли 28 рӯз таъин карда шуданд. Гурӯҳи дуюми тадқиқот аз 24 беморони калонсол иборат буд, ки зухуроти клиникӣ ва тағйирот дар гемопоезҳои шабех доштанд. Ба онҳо амфотеритсини липосомии В (AmBisome™, Liposomal Amfotericin "B" 50 мг) таъин карда шуд. Ин дору ба миқдори 1 мг дар як килограмм вазни бадани бемор, дар 250 мл маҳлули 5%-аи декстроза ворид карда мешавад. Воридкунӣ хеле суст, дар тӯли на камтар аз ду соат, бо басомади ду тазриқ дар як ҳафта барои 15 рӯз гузаронида шуд.

Қайд кардан муҳим аст, ки ҳамаи беморон нишондодҳои клиникийи яхела доштанд, ки муқоисаи натиҷаҳоро байни гурӯҳҳо таъмин мекунад. Ин тақсимоат ба мо имкон дод, ки таҳлили муқоисавии объективии самаранокии ин ду доруро гузаронем.

Курси пурраи табобати комплекси лейшманиозҳои вистсералӣ дар кӯдакон бо истифода аз доруи мушаххаси пентостам 100% самаранокии ҳудро нишон дод. Дар беморони калонсол, таҳлили муқоисавӣ нишон дод, ки самаранокии пентостам ва амфотеритсин В (Амбизом) тақрибан яхела аст ва ҳеҷ яке аз доруҳо нисбат ба дигараш бартарии назаррас нишон намедиҳанд. Табобат бо ин доруҳо дар ҳама беморон хуб таҳаммул карда шуд, ягон таъсири иловагии манфӣ ба қайд гирифта нашуд. Аллакай дар рӯзи 5-7-уми оғози табобати мушаххас динамикаи мусбӣ мушоҳида карда шуд: ҳолати умумии беморон ба таври назаррас беҳтар шуд, ҳарорати бадан тадричан паст гашт, андозаи сипурз ва ҷигар мунтазам кам шуд, афзоиши вазни бадан ба қайд гирифта шуд ва миқдори хуни канорӣ ба ҳолати муқаррарӣ баргашт.

Ҳамин тариқ, ҳам пентостам ва ҳам амбисом бидуни таъсирҳои иловагии манфӣ самаранокии баланд ва таҳаммулпазирии хуб нишон доданд. Ин ба мақсад мувофиқ будани истифодаи онҳоро дар табобати комплекси

лейшманиозҳои вистсералӣ бидуни бартарии равшани як дору нисбат ба дигараш тасдиқ мекунад.

ХУЛОСАҲО

1. Бори аввал дар тадқиқотҳои комплексӣ хусусиятҳои эпидемиологияи лейшманиози вистсералӣ дар Судони Шимолӣ дар шароити муосир ошкор карда шуданд: паҳншавии васеъ ва нобаробари ҳудудии беморӣ вобаста ба мавзеҳои тухмгузори мағасҳое, ки сироятро интиқол медиҳанд, паҳншавии ғайримунтазам бо роҳи трансмиссивии интиқоли сироят бо авҷи бақайдгирӣ дар давраи зимистон-баҳор аз моҳҳои январ то март, ҳам дар кӯдакон ва ҳам дар калонсолон [1-А, 3-А].
2. Дар Судони Шимолӣ штатҳои Ал-Гедараф ва Сфама минтақаи асосии эндемикии лейшманиози вистсералии антропонозӣ бо манбаҳои табиӣ хеле ғайрароҷ (манбаи сироят - сағ, шағол, рубоҳ) ва мавҷудияти паҳнкунадагонии зарурии сироят маҳсуб меёбанд, ки дар он ҷо шумораи беморон 83,6 фоизи тамоми ҳолатҳои дар кишвар ба қайд гирифташударо ташкил медиҳад [4-А, 8-А].
3. Дар моҳҳои тобистон-тирамоҳ (август-ноябр), ки ҳомӯшакҳо ғайрароҷа зиёд мешаванд, 80% ҳолатҳои сирояти лейшманиозҳои вистсералӣ ба қайд гирифта мешаванд. Дар 95 дарсади ин мавридҳо сироят метавонад мустақиман ба мавҷудияти манбаи беморӣ ва мавсими тавлиди мағасҳо, ки интиқолдиҳандаи аслии ин беморӣ ба шумор мераванд, иртибот дошта бошад. Аксарияти гирифтрон кӯдакони аз 5 то 15 сола (72%) ва ҷавонони аз 20 то 35 сола (28,3%) буданд [11-А].
4. Ҷараёни клиникии лейшманиозҳои висцералӣ дар кӯдаконе, ки дар Судони Шимолӣ зиндагӣ меkunанд, дар 50,6% сабук, дар калонсолон дар 50,8% ҳолатҳо вазнин аст. Ин метавонад бо афзоиши захролудшавии умумӣ алоқамандӣ дошта бошад, ки ҳангоми он гипертермия (дар 100% ҳолатҳо), васеъшавии ҷигар ва испурҷ (дар 100% ҳолатҳо), кахексия (дар 71,4% беморон) ва рушди лахташавии паҳншудаи дохилирағӣ (дар 6,1% беморон) ба қайд гирифта карда мешавад [2-А, 5-А, 7-А, 12-А].
5. Дар алоқамандӣ бо самараноки табобат бояд гуфт, ки муолиҷаи комплексӣ бо истифода аз доруи мушаххаси пентостам натиҷаҳои хуб дод: пас аз як курс дар 96,2% кӯдакон ва 93,8% калонсолон беҳбудӣ ба даст омад. Ҳамзамон, амфотеритсини В (Амбисома) ҳам дар калонсолон ва ҳам дар кӯдакон 100% самаранокии ҳудро нишон дод, ки арзиши баланди табобатии онро дар мубориза бар зидди лейшманиозҳои вистсералӣ нишон медиҳад [6-А, 9-А, 10-А].

ТАВСИЯҲОИ АМАЛӢ

1. Барои таъмини ошкоркунии ғайрароҷаи шахсони сироятшуда, ҳамаи беморони гумонбар ба лейшманиозҳои вистсералӣ бояд сари вақт ва мунтазам аз мукоинаи ташхисии лейшмания гузаронида шаванд. Агар беморӣ тасдиқ карда шавад, табобати радикалӣ бояд ғайрароҷа оғоз карда шавад.

2. Дар штатҳои Ал-Гедараф ва Сфамаи Судони Шимолӣ, ки хавфи гирифтор шудан ба лейшманиозҳои вистсералӣ зиёд аст, бо истифода аз усулҳои пешқадам ва доруҳои махсус ин беморию фаъолон ва сари вақт ташхис ва табобат кардан лозим аст. Ғайр аз ин, дар байни аҳолии қорӣ тарбиявии санитариро пурзӯр намуда, ба муқобили паҳншавии ин беморӣ, қораҳои самаранок аз чумла, сайд ва нест намудани сағҳои гирифтори беморию андешидан лозим аст. Бо ҷалби ҳатмии ҳадамоти санитарию эпидемиологӣ низ қораҳои васеи мубориза бар зидди мағас ташкил карда шаванд.

3. Ошкоркунии фаъолонии беморони гирифтори лейшманиозҳои вистсералӣ бояд дар минтақаҳои дорои ҳатари сироятёбӣ, аз чумла гурӯҳҳои доимии одамон ва сокинони минтақаҳои эндемикӣ гузаронида шавад. Тадбирҳои зидди лейшмания ва зидди мағас, ба монанди насб кардани пардаҳои тиреза, истифода бурдани репеллентҳо ва дигар қораҳои муҳофизатӣ аҳамияти калидиро доро мебошанд.

Рӯйхати интишороти доктараби дараҷаи илмӣ

Мақолаҳо дар маҷаллаҳои баррасишаванда:

[1-А] Мавиа Н.С.Х. Клинико-эпидемиологические особенности и диагностика хронического висцерального лейшманиоза у детей, [Текст] / Э.Р. Рахманов, А.А. Боймуродов, К.А. Хурсанов, Н.М. Гулямова // Вестник Авиценны, Душанбе 2011. - №2. - С. 86-88.

[2-А] Мавиа Н.С.Х. Клиника и лечение висцерального лейшманиоза в постликвидационном периоде в Республике Таджикистан, [Текст] / Э.Р. Рахманов, А.А. Боймуродов, Н.М. Гулямова // Здоровоохранение Таджикистана, Душанбе 2011. - №4. - С. 30-33.

[3-А] Мавиа Н.С.Х. Эпидемиология висцерального антропонозного лейшманиоза (кала-азар) в Судане, [Текст] / Э.Р. Рахманов, Н.М. Гулямова // Здоровоохранение Таджикистана, Душанбе 2015. - №3. - С. 85-89.

[4-А] Мавиа Н.С.Х. Таҳлили муқоисавии баъзе нишондиҳандаҳои клиникӣ-эпидемиологии лейшманиози вистсералӣ дар кӯдакони мамолики Судони Шимолӣ ва Тоҷикистон, [Матн] / Э.Р. Рахманов, Н.С. Одинаев, Ш.К. Матинов, А.А. Боймуродов // Авҷи Зухал, Душанбе 2019. - №1.- С. 89-94.

Мақола ва фишурдаҳо дар маҷмуаҳои конференсҳо

[5-А] Мавиа Н.С.Х. Некоторые показатели гуморального и клеточного иммунитета у больных висцеральным лейшманиозом, [Текст] // А.А. Боймуродов, К.А. Гулямова / 60-ая годич. научно- практ. конференция с международным участием ТГМУ им. Абуали ибни Сино, посвященная 80-летию со дня рождения член-корр. РАМН. профессор Ю.Б. Исхаки. «Теоретические и практические аспекты развития современной медицинской науки», Душанбе 2012. - С. 199-201.

[6-А] Мавиа Н.С.Х., Спорадические случаи висцерального лейшманиоза в Пенджикентском районе Согдийской области Республики Таджикистан, [Текст] // Э.Р. Рахманов, А.А. Боймуродов, Ш.К. Матинов / Вклад медицинских наук в практическое здравоохранение. Сборник научных статей

61-ой годич. науч. - практ. конф. ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, Душанбе 2013. - С.169 - 170.

[7-А] Мавиа Н.С.Х. Клиника и диагностика висцерального лейшманиоза (кала-азар) в Республике Судан, [Текст] // Ш.К. Матинов / Актуальные вопросы и проблемы медицинской науки. Материалы годич. науч. - практ. конф. молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, Душанбе 2013. - С.44.

[8-А] Мавиа Н.С.Х. Распространённость кала-азара в Судане (Африка), [Текст] // Ш.К. Матинов/ Актуальные вопросы и проблемы медицинской науки. Материалы годич. науч. - практ. конф. молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, Душанбе 2013. - С.44.

[9-А] Мавиа Н.С.Х. Лечение висцерального лейшманиоза у детей, [Текст]// А.А. Боймуродов, Х.Ф. Махмадова / Достижения и перспективы развития медицинской науки. Материалы IX годич. науч. - практ. - конф. молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, Душанбе 2014. - С.12-13.

[10-А] Мавиа Н.С.Х. Морфология крови у детей висцеральным лейшманиозом, [Текст] // Э.Р. Рахманов, А.А. Боймуродов, Дж.Э. Рахмонов / Достижения и перспективы развития медицинской науки. Материалы IX годич. науч. - практ. конф. молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, Душанбе 2014. - С.12.

[11-А] Мавиа Н.С.Х. Клинико-эпидемиологические показатели висцерального лейшманиоза в Таджикистане и Северном Судане, [Текст] // А.А. Боймуродов, М.Р. Гадойбоев / науч. - практ. конф. молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием посвященная 25-летию государственной независимости Республики Таджикистан. - Медицинская наука: достижения и перспективы, Душанбе 2016. - С. 23.

[12-А] Мавиа Н.С.Х. Кожный лейшманоид при висцеральном лейшманиозе (кала-азар), [Текст] // А.А. Боймуродов, Дж.Э. Рахмонов / Материалы круглого стола «Достижения, перспективы и актуальные проблемы дерматовенерологии», **Посвященного 25 - летию Независимости Республики Таджикистан**, Душанбе 2016. - С. 300-301.

Рӯйхати ихтисораҳо ва аломатҳои шартӣ

- ЛВА - лейшманиози висцералии антропонозӣ (кала – азар)
- ҚТ - Қумхурии Тоҷикистон
- АлАТ - аланинаминотрансфераза
- АсАТ - аспартатаминотрансфераза
- ТУТ - Ташкилоти умумиҷаҳонии тандурустӣ
- ФШ - фишори шараёни
- СТЭ - суръати такшиншавии эритроцитҳо
- УБС - утоқи бемориҳои сироятӣ

БШКБС - Беморхонаи шаҳрии клиникии бемориҳои сироятӣ
ПҚҚЛ - посткала- лейшманиози азарии пӯст
ИДМ - Иттиҳоди давлатҳои мустақил
ДДТ - дихлордифенилтрихлорэтан
ТИФ - таҳлили иммуноферментӣ
СЧИ - системаи ҷуғрофии иттилоотӣ

АННОТАТСИЯ

ба автореферати диссертатсияи Мавиа Начмиддин Саидахмад Хайри дар мавзуи: «Омӯзиши хусусиятҳои эпидемиологӣ, клиника, ташхис ва табобати лейшманиози вистсералии антропонозӣ (кала-азар) дар шароитҳои муосири Судони Шимолӣ».

Вожаҳои калидӣ: Лейшманиози вистсералии антропонозӣ (кала-азар), клиника, эпидемиология, ташхис, табобат.

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши аҳамияти лейшманиози вистсералии одам (кала-азар) дар сохти бемориҳои сироятии Судони Шимолӣ, тавсифоти эпидемиология, хусусиятҳои клиникӣ, ташхисӣ, инчунин принципҳои табобати ин беморӣ дар шароити ҳозира.

Усулҳои тадқиқот: усулҳои тадқиқоти клиникӣ-эпидемиологӣ, паразитӣ ва омӯӣ.

Натиҷаҳои ба даст омада ва нағсонии онҳо. Бори аввал дар тадқиқотҳои ҳаматарафа хусусиятҳои эпидемиологияи лейшманиози вистсералӣ дар Судони Шимолӣ ошкор карда шуданд. Дар сохтори бемориҳо кӯдакони аз 5 то 15 сола (72%) ва ҷавонони аз 20 то 35 сола (28,3%) бартарӣ доранд, аз рӯи мавсимият – 80% беморон дар давраи тобистону тирамоҳ (август) сироят ёфтаанд. Хусусияти зуҳуроти клиникии бемории лейшманиози вистсералӣ асосан дар кӯдакон сабук (50,6%) ва дар калонсолон (50,8%) вазнин будани ҷараёни он махсус меёбад. Вазнинии бемориро синдроми захролудшавӣ бо гипертермияи тӯлонӣ (100%), гепатоспленомегалия (100%), кахексия (71,4%), синдроми ДВС (6,1%) муайян мекунад. Самаранокии табобат бо пентостан дар кӯдакон 96,2% ва дар калонсолон 93,8%-ро ташкил дод. Самаранокии амфотерисини В (Амбизом) ҳам дар кӯдакон ва ҳам дар калонсолон 100% буд.

Тавсияҳо барои истифодабарӣ. Ҳама беморони ба лейшманиози вистсералӣ гумонбаршуда ҳарчи зудтар аз ташхиси лейшмания бояд гузаронида шаванд ва дар байни кормандони соҳаи тиб тарғиби хушёрӣ дар минтақаҳои хатари баланди сирояти лейшманиоз тақозо карда шавад. Ҳангоми тасдиқи ташхис, табобати радикалиро бо доруҳои дорои самаранокии исботшуда гузаронидан лозим аст.

Соҳаи истифодабарӣ: бемориҳои сироятӣ, эпидемиология

АННОТАЦИЯ

на автореферат диссертации Мавиа Наджемелдин Саидахмад Хари на тему: «Изучение эпидемиологических особенностей, клиники, диагностики и лечения висцерального антропонозного лейшманиоза (кала-азар) в современных условиях Северного Судана».

Ключевые слова: Висцеральный антропонозный лейшманиоз (кала-азар), клиника, эпидемиология, диагностика, лечение.

Цель исследования. Изучить значение висцерального лейшманиоза человека (кала-азар) в структуре инфекционной патологии Северного Судана, охарактеризовать эпидемиологию, клинические, диагностические особенности, а также принципы лечения данного заболевания в современных условиях.

Методы исследования: клинико-эпидемиологические, паразитарные и статистические методы исследования

Полученные результаты и их новизна. Впервые в комплексных исследованиях были выявлены особенности эпидемиологии висцерального лейшманиоза в Северном Судане. В структуре заболеваемости преобладали дети в возрасте от 5 до 15 лет (72%) и молодые люди от 20 до 35 лет (28,3%), по сезонности – 80% больных заразились в летнее-осенний период (август). Особенностью клинических проявлений болезни висцерального лейшманиоза является преимущественно легкое течение у детей (50,6%) и тяжелое течение у взрослых (50,8%). Тяжесть течения болезни обуславливается интоксикационным синдромом с длительной гипертермией (100%), гепатоспленомегалией (100%), кахексией (71,4%), ДВС – синдромом (6,1%). Эффективность лечения пентостаном у детей составляла 96,2%, а у взрослых 93,8%. Эффективность амфотерицина В (Амбизом) составила 100% как у детей, так и у взрослых.

Рекомендации по использованию. Все больные с подозрением на висцеральный лейшманиоз подлежат диагностическому обследованию на лейшманиоз, в кратчайшие сроки и требует пропаганды бдительности медицинского персонала в местах высокого риска заражения лейшманиозом. При подтверждении диагноза необходимо провести радикальное лечение препаратами с доказанной эффективностью.

Область применения: инфекционные болезни, эпидемиология

ANNOTATION

on the abstract of the dissertation of Mawia Najemeldeen Saidahmad Hary on the topic: "Study of the epidemiological features, clinical, diagnostics and treatment of visceral anthroponotic leishmaniasis (kala-azar) in the modern conditions of Northern Sudan".

Key words: Visceral anthroponotic leishmaniasis (kala-azar), clinical features, epidemiology, diagnostics, treatment.

Purpose of the work. To study the significance of human visceral leishmaniasis (kala-azar) in the structure of infectious pathology in Northern Sudan, to characterize the epidemiology, clinical, diagnostic features, as well as the principles of treatment of this disease in modern conditions.

Research methods: clinical and epidemiological, parasitic and statistical research methods

The results obtained and their novelty. For the first time in complex studies, the studies revealed the features of the epidemiology of visceral leishmaniasis in Northern Sudan were identified. The structure of the disease was dominated by children aged 5 to 15 years (72%) and young people aged 20 to 35 years (28.3%); seasonality was such that 80% of patients became infected in the summer-autumn period (August). The clinical manifestations of visceral leishmaniasis are characterized by a predominantly mild course in children (50.6%) and a severe course in adults (50.8%). The severity of the disease is due to intoxication syndrome with prolonged hyperthermia (100%), hepatosplenomegaly (100%), cachexia (71.4%), and DIC syndrome (6.1%). The effectiveness of pentostam treatment was 96.2% in children and 93.8% in adults. The effectiveness of amphotericin B (AmBisome) was 100% in both children and adults.

Recommendations for use. All patients with suspected visceral leishmaniasis are subject to diagnostic examination for leishmania, as soon as possible and requires the promotion of vigilance of medical personnel in areas of high risk of leishmaniasis infection. If the diagnosis is confirmed, it is necessary to conduct radical treatment with drugs with proven effectiveness.

Scope: infectious diseases, epidemiology