

изменениями хаотичности, с наличием нескольких “r-windows” (регионов с регулярными колебаниями).

Выводы: Таким образом, разработанные функционально-дифференциальные уравнения регуляторики взаимосвязанной деятельности молекулярно-генетических систем гепатоцита и вируса гепатита В позволяют количественно исследовать, на основе качественного анализа и

компьютерных исследований, основные закономерности инфекционного процесса в гепатоците при гепатите В. Показано, что в области нерегулярных колебаний рассматриваемая система ведет себя непредсказуемым образом, а в области «черная дыра» происходят резкие деструктивные изменения, заканчивающиеся скоротечным летальным исходом при рассматриваемой инфекции.

ОСОБЕННОСТИ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ МЕЖДОЛЬКОВЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ В ПЕЧЕНИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С

Б.Р. Алиев, А.С. Хикматуллаева

Научно – исследовательский институт вирусологии МЗ РУз.

Цель работы: Изучение гистологических особенностей междольковых желчных протоков печени при хроническом гепатите С (ХГС).

Материал и методы исследования: Работу проводили в биоптатах 28 больных ХГС. Биопсию печени проводили при помощи игла Менгини, ткани печени фиксировали в 10%-ном формалине и заливали в парафин. Срезы печени окрашивали гематоксилин-эозином и по Ван-Гизон.

Результаты: Гистологически наблюдалось развитие умеренного ХГС – расширение отдельных портальных трактов за счет гистолимфоцитарной инфильтрации, очаговые внутридольковые лимфоцитарные инфильтрации различных размеров, незначительное разрастание междольковой соединительной ткани (F1-

F2), у 16 больных выявлена жировая инфильтрация печени. Необходимо подчеркнуть развитие пролиферации междольковых желчных протоков (МЖП) при ХГС. Так, около портальных трактов печени обнаруживалось появление 2-5 МЖП. При этом стенка МЖП состояла из однослойного кубического эпителия, их просвет был незначительно расширен. Проплиферация МЖП в печени больных ХГС, возможно, является ответной реакцией клеток на репродукцию вируса ГС.

Выводы: Таким образом, в печени больных ХГС наблюдается пролиферация междольковых желчных протоков. Полученные результаты следует учесть как морфологический маркер в диагностике и разработке этиопатогенетической терапии ХГС.

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ КРИТЕРИИ В ОЦЕНКЕ ВЕНОЗНОГО КРОВОТОКА ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

Х.К. Алимханова, Г.М. Усманова, Ф.Б. Акрамова, М.Я. Абзалова

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Хронические вирусные гепатиты зачастую при отсутствии своевременной диагностики и лечения быстро формируют цирроз печени, приводящий к инвалидизации больного и летальному исходу. Одним из важнейших диагностических методов современной гепатологии является ультразвуковое исследование с применением методик ультразвуковой доплерографии, имеющее неоспоримые преимущества: отсутствие лучевой нагрузки, высокая степень достоверности.

Цель работы: оценить состояние венозного кровотока у детей с циррозом печени.

Материалы и методы: Комплексное ультразвуковое исследование проводилось на ультразвуковом сканере «Sonoscape - 5000» с использованием конвексного и линейного датчиков с частотой 3,5-5,0 МГц. Исследование

проводилось 45 детям в возрасте от 7 до 18 лет. Исследование венозного кровотока проводили в воротной вене и ее долевым ветвях, селезеночной, верхнебрыжеечной и печеночных венах при различных степенях цирроза печени.

Результаты исследования: при оценке результатов выявили при циррозе Ch A происходило умеренное увеличение систолической, диастолической и средней скорости кровотока по правой ветви воротной вены (ВВ). При Ch B регистрировалось динамическое увеличение систолической и средней скорости кровотока по ВВ. В правой ветви ВВ при ChB происходило достоверное увеличение линейных скоростей кровотока. Изменение кровотока при Ch C, в левой ветви ВВ, характеризовалось умеренным увеличением систолической, диастолической и средней скорости кровотока. Также, выявили

умеренное увеличение диаметра нижней полой вены (НПВ) и печеночных вен, при этом характер кровотока регистрировался как 3х фазный. Отмечалось достоверное увеличение линейных скоростей кровотока в селезеночной вене при всех стадиях цирроза печени, что подтверждает, перераспределение кровотока через селезенку и развитию портальной гипертензии. Следует отметить, что при циррозе

печени происходят изменения в венозной системе, начиная с начальных стадий, заключающиеся в нарушении, как притока, так и оттока и имеют свои особенности.

Выводы: Исходя из вышеизложенного, установлено, что изменения кровотока в системе ВВ и на уровне ее долевых ветвей имеют большое значение, для определения дальнейшей тактики лечения цирроза печени.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ ОСТРОМ БРУЦЕЛЛЕЗЕ

Г.А. Арашова, С.Г. Худойдодова

Бухарский государственный медицинский институт

С целью изучения клинико-иммунологических проявлений острого бруцеллеза были обследованы 35 больных. Возраст обследованных больных составил от 19 до 60 лет. Диагноз основывался на результатах комплексного анализа эпидемиологических и анамнестических данных, клинических проявления болезни и лабораторных исследований.

В качестве контроля обследовано 20 практически здоровых людей аналогичного пола и возраста. Результаты исследования показали, что у 77 % больных продромальный период длился в течение 3-5 дней, выражающиеся общим недомоганием, понижением аппетита, нарушением сна, раздражительностью. Затем температура тела больных повысилась до 38,5-39,5°C на протяжении 3-8 дней. Примерно у 23% больных бруцеллез начался более остро. В течении первых 10 дней болезни пациенты жаловались на ощущение общей слабости, боли в области пояснице, пояснично-крестцового сочленения, мышц шеи, значительную потливость, которая легко выявлялась при объективном осмотре больного. На высоте развития клинических симптомов острого бруцеллеза больные становились раздражительными, предъявляли много жалоб на состояние здоровья, потливость, боль не только в описанных выше участках тела, но и в различных (преимущественно крупных) суставах. У 77 % больных увеличивались периферические лимфатические узлы в размерах, которые становились слегка болезненными при пальпации, но не спаивались между собой и с подкожной клетчаткой. У 65% больных острым бруцеллезом в периферической крови отмечалось лейкопения, относительный лимфоцитоз, умеренное повышение СОЭ, степень лейкопении и относительного лимфоцитоза зависел от активности патологического процесса.

Проведенные исследования иммунологического статуса показали, что у больных острым бруцеллезом отмечалось значительное снижение уровня зрелых Т-лимфоцитов (CD3+), Т-хелперов (CD4+) в периферической крови. Количественных изменений уровня Т-цитотоксических (CD8+) не наблюдалось. Выявленные изменения в содержании субпопуляций лимфоцитов периферической крови у больных в период антителиогенеза и нарастания специфической сенсибилизации, связаны с перераспределением этих клеток из периферической крови в ткани и их участием в процессе санации, а также в развитии очаговых воспалений. Т-киллеры (цитотоксические Т-лимфоциты) и Т-хелперы мигрируют в очаги, где Т-киллеры уничтожают клетки, содержащие возбудитель. Значительное повышение CD20+ клеток (В-лимфоцитов) отмечалось у всех обследованных, что является закономерной реакцией организма на острую инфекцию и предшествует антителиогенезу.

Определение уровня иммуноглобулинов сыворотки венозной крови больных бруцеллезом показало, что количество общего IgA ($1,73 \pm 0,13$ г/л) не отличалось от показателей здоровых лиц ($1,64 \pm 0,03$ г/л). Средний уровень IgG приближен к верхней границе нормы ($17,7 \pm 0,53$ г/л). Максимальное содержание IgM определялось при остром бруцеллезе ($1,91 \pm 0,17$ г/л). Корреляции между уровнем IgM и IgG и титрами специфических антител не обнаружено.

Таким образом, у больных острым бруцеллезом отмечались явления функционального характера и вторичный иммунодефицит за счёт Т-лимфоцитов (CD3+), Т-хелперов (CD4+) в периферической крови. Решающее значение для исходов бруцеллезного процесса в остром периоде болезни имеет своевременное использование комплексной терапии, включающей эффективные этиот-