

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-

ропные средства в сочетании с иммуно- клеточного иммунитета.  
модуляторами, направленными на повышение

## КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОСТОГО ГЕРПЕСА У ДЕТЕЙ С ВИЧ ИНФЕКЦИЕЙ

**К.Ж. Атамуратова**

*Ташкентская медицинская академия*

**Цель исследования:** Провести комплексное клинико-иммунологическое обследование, у детей с простым герпесом и ВИЧ инфекцией.

**Материалы и методы:** Исследование проводилось за период 2012-2014 гг. на базе детского отделения ВИЧ-инфекции НИИ Вирусологии МЗРУз. Нами были обследованы 60 ВИЧ-инфицированных детей с различными проявлениями герпетической инфекции. Возраст детей составил 2 - 14 лет. Диагноз герпетической инфекции установлен на основании ИФА-диагностикума.

**Результаты исследования:** Пациенты были разделены на следующие на группы в зависимости от клинической стадии заболевания на 3 группы: 1-ю группу составили дети, находившиеся во II клинической (10 детей), 2-ю группу – дети с III клинической стадией (30 детей), в 3-ю группу - дети с IV клинической стадией (20 детей). Выяснилось, что среди 60 детей с ВИЧ-инфекцией основная часть обследованных регистрировалась в III (50%) и IV (33,3%) клинических стадиях, что возможно связано с более поздним выявлением ВИЧ-инфекции. Наименьшее количество составили дети, находившиеся во II клинической стадии (16,7%). При выявлении частоты встречаемости клинических форм герпетической инфекции у ВИЧ-инфицированных детей, выяснилось, что у 50% обследованных детей регистрируется ВПГ-

1 типа, у 5% отмечались признаки ВПГ-2 типа, в виде поражения слизистых оболочек половых органов и участков, прилегающих к ним. У наших пациентов были выделены следующие формы ГВ инфекции локализованные у (15 детей) 25% больных, смешанные кожно-слизистые формы с частым рецидивированием у (30 детей) 50% больных, осложнения в виде герпетиформной экземы Капоши у (5 детей) 8,3% больных. Генерализованный и СПИД-индикаторный язвенно-некротический герпес отмечался у (10 детей) 8,5% больных в ВИЧ-инфекции. Выявлено незначительная иммуносупрессия была у 28 детей (46,6%), умеренная у 14 детей (23,5%), выраженная 10 детей (16,6%) и тяжёлая 8 детей (13,3%).

**Выводы:** На основании проведенного комплекса обследований больных с ВИЧ инфекцией в сочетании с простым герпесом были выделены локализованные формы герпесвирусной инфекции. Это обусловлено тем, что с одной стороны на фоне иммунодефицитного состояния наблюдаются количественный или функциональный дефицит противовирусных иммуноглобулинов, с другой стороны полость рта является наиболее удобным местом для инвазии вирусов вследствие высокой вероятности нарушения ее целостности у детей и игнорированием значимости лабиального герпеса у взрослых как источника инфекции для детей.

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ХИКОНЦИЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА У ДЕТЕЙ

**Д.Р. Атаходжаева, Ш.С. Пирнафасов, А.И. Эсамуратов**

*Ташкентский педиатрический медицинский институт  
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии*

**Актуальность.** Воспалительные заболевания небных миндалин у детей являются наиболее часто встречающимся в амбулаторной и стационарной практике отоларинголога. К наиболее часто встречающимся бактериальным агентам, вызывающим данную патологию относятся *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Proteus*, *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus*.

Целью настоящего исследования явилось изучение клинической эффективности антибак-

териального препарата хиконцила в лечении больных с хроническим тонзиллитом у детей.

**Материалы и методы.** Для достижения поставленной нами цели были обследованы 64 ребенка в возрасте от 3-х до 14 лет с хроническим тонзиллитом (мальчики-36, девочки-28). Методика обследования включала: подробное изучение жалоб и анамнеза больных, клинический и отоларингологический инструментальный осмотр, рентгенография придаточных пазух носа, бактериологический посев с