

ЭФФЕКТИВНОСТЬ УВЧ ТЕРАПИИ ПРИ ЗАТЯЖНОМ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ В**С.И. Индияминов, П.О. Саъдинов, Г.Н. Худоярова, М.Р. Расулова***Самаркандский государственный медицинский институт*

Актуальность: Анализ литературных данных указывают, но очевидную актуальность проблемы вирусных гепатитов в общем и в частности вирусного гепатита В. В течение ВГВ часто выявляют случаи с заболеванием и хроническим течением. При затяжных формах ВГВ наблюдают умеренные диспептические проявления (пониженный аппетит, подташнивание, метеоризм и боли в правом подреберье) и изменение в биохимических показателях. В таких ситуациях медикаментозные методы лечения не всегда оказываются эффективными.

Цель исследования: В связи с этим целью настоящего исследования явилось изучение эффективности применения УВЧ при затяжных течениях ВГВ.

Материалы и методы исследования: Было обследовано 44 больных ВГВ с затяжным течением, в возрасте от 24-54 лет. Всем больным диагноз ВГВ установлен обнаружением в крови HbsAg в реакции ИФА. Оценка эффективности упомянутого лечения осуществлялось по клиническим и лабораторным (билирубин, ферменты, белковый спектр) показателям.

Результаты и обсуждение: Группой сравнения явились 20 больных онкологическим

диагнозом получавшие традиционное лечение. Изучению полученных результатов выявило, что применение УВЧ терапии больным ВГВ с затяжным течением оказывало существенного положительного клиника-лабораторное влияние. В том, у больных на фоне применения УВЧ отмечался достоверное улучшение самочувствие больных, исчезли астеновегетативный синдром, слабость, уменьшились диспепсические проявления болезни. Также применение УВЧ у больных исследуемая группах обуславливало ускорение нормализации уровня трансаминазы билирубин, щелочной фосфатазы и увеличение общего белка. Динамика указанных параметров больных в группе сравнения была незначительна, УВЧ ни в одном случае не привело к отрицательной динамики.

Вывод: Таким образом УВЧ терапия у больных с затяжным ВГВ способствует более ускоренной нормализации как клинических, так и лабораторных показателей. Указанное по видимому связано с улучшением функционального состояния желчного пузыря, печени, оттока желчи, противовоспалительным действием УВЧ.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ «МАСКА» БРУЦЕЛЛЁЗА**Н.Н. Ишанкулова, Н.А. Вафаева, А.Э. Тоиров***Самаркандский государственный медицинский институт*

Проблема “масок”, или вариантов течения инфекционных заболеваний всегда привлекала особое внимание клиницистов. Как показывают многочисленные клинические наблюдения бруцеллез демонстрирует удивительное многообразие своих клинических масок, что становится все более очевидным по мере разработки и клинического использования современных методов диагностики. Именно такая многоликость клинического течения бруцеллеза актуализирует данную проблему.

Цель исследования. Изучить клинические признаки бруцеллеза среди больных с длительным повышением температуры терапевтического стационара.

Материалы и методы исследования. Нами изучены истории болезни 41 больного терапевтического отделения клиники СамМИ с длительным повышением температуры тела. Среди больных женщины составили 63% (26 пациентов), мужчины - 37% (15 пациентов). По

возрасту: до 20 лет было 3 больных (7,3%), 21-30 лет - 6 (14,6%), 31- 40 лет 10(24,4%), старше 40 лет - 22 (53,7%). Давность лихорадки составил от 10 до 45 дней. При изучении анамнестических данных выявлено что у 51,2% больных заболевание началось остро, имеется связь болезни с простудой, переохлаждением. У 36,5% больных повышение температуры имел рецидивирующий характер. По степени повышения температуры: субфебрильная лихорадка наблюдалась у 41,5%, фебрильная - у 48,8%, высокая лихорадка (свыше 39,0С)- у 4,9%, гектическая лихорадка - у 2,4% больных. Исследование больных проводилось по принятым стандартам обследования больных.

Результаты и обсуждения. На основании клинических, лабораторных, инструментальных исследований выявлено, что причиной лихорадки у 15 больных (36,5%) явилась пневмония (у 11 больных - очаговая, у 4 больных - крупозная пневмония). У 9 больных

(21,9%) был установлен пиелонефрит. Другие заболевания: экссудативный плеврит выявлен у 1 больного (2,4%), системная красная волчанка - у 3 (7,3%), эхинококк печени - у 1 (2,4%), хроническое ревматическое поражение сердца - у 2 (4,9%), цирроз печени и хронический гепатит - у 2 (4,9%), ревматоидный артрит - у 2 (4,9%) пациентов. У 6 (14,6%) больных установить причину повышения температуры была затруднена из-за многообразия жалоб пациентов, не специфичности субъективных и объективных клинических данных. Повышение температуры тела у этих больных имел рецидивирующий характер, по степени повышения лихорадка была субфебрильная с превалированием вечерних подъемов. Лихорадка сопровождалась потливостью, осалгией, миалгией, болями в спине, в области сердца и головными болями. В отличие от других пациентов с лихорадочным синдромом, у этих больных во время подъемов температуры общее самочувствие оставалось хорошей. После дополнительного исследования специфических серологических проб и

консультации инфекциониста установлен диагноз: «Бруцеллез». По течению у 1 (17%) больного выявлено острое, у 1 (17%) больного выявлено подострое, у 4 (66,7%) - хроническое течение.

Выводы: Таким образом, среди пациентов с длительным повышением температуры у 1/3 части больных выявляется пневмония (чаще очаговая), у 1/5 части - хронический пиелонефрит, у 1/6 части - ревматические заболевания (СКВ, ревматоидный артрит, хроническое ревматическое поражение сердца). У 14,6% стационарных больных с длительной лихорадкой выявляется бруцеллез, который характеризовался многообразием жалоб, клинических симптомов, не специфичностью объективных данных. Поскольку клиническая картина бруцеллеза характеризуется полиморфизмом, в неясных случаях лихорадки следует включать его в круг дифференциальной диагностики, особенно тогда когда повышение температуры тела имеет рецидивирующий характер и соответствующие эпидемиологические предпосылки для подозрения.

ВЛИЯНИЕ ФОРМ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ И СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННОГО

З.Т. Кабилова

Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность. Цитомегаловирус вызывает различные формы инфекции - субклиническую, хроническую и острую. Цитомегаловирусная инфекция может вызывать, как системные заболевания (мононуклеоз, генерализованная цитомегалия), так и поражение отдельных органов (печень, легкие, головной мозг, сердце, мочеполовые органы и др.). Многочисленные исследования ряда авторов показали возможность передачи вируса «по вертикали», т.е. трансплацентарное проникновение ЦМВ в плод (внутриутробная инфекция), приводящее к формированию тяжелых пороков развития. Внутриутробная инфекция ЦМВ поражает 0,5 - 5% всех новорожденных (Schopfer K, 1978). Частота передачи вируса плоду, при первичной инфекции, во время беременности составляет 15 - 50%. В настоящее время установлено, что одной из главных причин врожденных уродств и поздних выкидышей является вирусоносительство или цитомегаловирусная инфекция у беременных женщин, как клинически выраженная, так и скрытопротекаемая (Pass RF, 1999).

Цель исследования. Снижение перинатальных поражений центральной нервной

системы у новорожденных, рожденных от женщин с различными формами ЦМВИ путем своевременной диагностики.

Материал и методы исследования. Нами были обследованы 50 беременных женщин для определения специфического иммунитета к ЦМВ, итого было выделено 4 группы женщин при наличии у них специфических антител к ЦМВ:

В первую группу входили неинфицированные беременные, у которых не обнаружено специфического Ig G и Ig M к ЦМВ, их выявлено 2 женщины, что составило 4 %.

Вторую группу составили беременные, инфицированные ЦМВ, у которых обнаружены Ig G к ЦМВ и отсутствовали Ig M, их было 32 женщины, из числа обследованных это составило 64 % случаев.

В третью группу вошли женщины, у которых в крови обнаружены маркеры активной формы ЦМВ - Ig M и присутствуют в крови Ig G. Их было 13 женщин или 26% ст всех обследованных.

4 группу составили женщины, с активной формой ЦМВ, у которых была выявлена персистенция ЦМВ в крови в период