

какие-либо клинические проявления болезни, были получены отрицательные результаты при 3-кратном бактериологическом исследовании на наличие *S.typhi* в копрокультуре и гемокультуре с целью выявления иммунопатогенетических основ формирования различных исходов брюшного тифа.

Сравнительный ретроспективный анализ частоты проявления клинических симптомов, характеризующих синдромы диареи и интоксикации, а также частоты проявления клинических осложнений не выявил существенных различий в показателях у больных с исходами брюшного тифа выздоровление или формирование реконвалесцентного бактерионосительства.

Сравнительный анализ показателей гемограммы у больных с различными исходами брюшного тифа позволил выявить, что для процесса формирования бактерионосительства являются присущими высокие показатели (20мм/ч и более) СОЭ в поздней период реконвалесценции, видимо связанное с продолжающейся антигенемией, тогда как снижение СОЭ до нормальных величин у выздоравливающих свидетельствует об элиминации антигена *S.typhi*, что может служить одним из критериев для прогнозирования формирования брюшнотифозного бактерионосительства.

Проведенный сравнительный анализ динамики показателей клеточного иммунитета, а также антигенсвязывающих лимфоцитов, специфически сенсibilизированных к антигену *S.typhi* (АСЛ к АГ *S.typhi*) у групп больных брюшным тифом с исходами в выздоровление и формирование острого реконвалесцентного брюшнотифозного бактерионосительства позволил установить следующее: при различных исходах брюшного тифа наибольшей особенностью обладает динамика показателей ИРИ и АСЛ к АГ *S.typhi*. При брюшном тифе с исходом в выздоровление существенное повышение ИРИ в период разгара клинических проявлений болезни характеризует выраженный хелперный характер иммунной реакции, а снижение ИРИ в периоды ранней и поздней

реконвалесценции свидетельствует о выраженной супрессии иммунной реакции в эти периоды брюшного тифа. Особенностью же динамики АСЛ к АГ *S.typhi* при этом является повышение их содержания в крови с достижением максимального уровня в период ранней реконвалесценции с последующим их снижением в период поздней реконвалесценции.

В отличие от брюшного тифа с исходом в выздоровление, при брюшном тифе с исходом в формирование острого бактерионосительства показатели АСЛ к АГ *S.typhi* имеют обратную динамику изменений: имея слабую степень повышения в период разгара болезни и ранней реконвалесценции, существенно повышаются к периоду поздней реконвалесценции.

При брюшном тифе с исходом в выздоровление динамика показателей НСТ-теста свидетельствовала о максимальном повышении метаболической и фагоцитарной активности нейтрофилов крови в период ранней реконвалесценции и снижении их активности уже в период ранней реконвалесценции заболевания. От периода ранней реконвалесценции к периоду поздней реконвалесценции показатели имеют тенденцию к дальнейшему снижению, но несколько превышают при этом таковые у здоровых лиц.

При брюшном тифе с исходом в формирование острого брюшнотифозного бактерионосительства особенностью динамики показателей ФМАН крови в НСТ-тесте является отсутствие периодичности в изменениях, достижение максимальных значений к периоду поздней реконвалесценции, что свидетельствует о продолжающемся существенном антигенном воздействии на систему иммунитета в данный период заболевания.

Наиболее значимыми для формирования различных исходов брюшного тифа являются динамика показателей СОЭ, иммунорегуляторного индекса, антигенсвязывающих лимфоцитов, сенсibilизированных относительно антигена *S.typhi* и функционально-метаболической активности в НСТ-тесте.

ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Ш.Ш. Муминова, Н.А. Ярмухамедова

Самаркандский государственный медицинский институт

Гемолитико-уремический синдром (ГУС) хорошо известен многим педиатрам инфекционистам-реаниматологам в типичном

случае проявляется остро развившейся диареей (гемоколит наблюдается у 75% больных), на фоне которой остро возникает состояние,

сопровождается: микроангиопатической гемолитической анемией тромбоцитопенией; острой почечной недостаточностью (ОПН). В Узбекистане не ведется анализ заболеваемости диареей, ассоциированной с ГУС, у детей. Публикации скудны, осуществляются в основном реаниматологами. Диарея, ассоциированная с ГУС, этиологически редко расшифровывается. Как правило врачи не диагностируют признаков тяжелого бактериального токсикоза в начальном периоде заболевания. Происходит недооценка степени тяжести состояния больных, соответственно, запоздалая адекватная терапия и неблагоприятные исходы. В этом связи целью нашего исследования было оценить степени тяжести состояния и осложнений у больных с ГУС.

Материалом для исследования послужило 38 больных с ГУС госпитализированных в областную инфекционную больницу №1с диагнозом: ОКИ тяжелой формы, которым установлен ГУС. В результате проведенного анализа больных с ГУС нами установлено что у 9 (23%) больных были такие осложнения как: тяжёлая анемия, тромбоцитопения, острая почечная недостаточность, анорексия. Основные клинические признаки которых были острое

начало, симптомы гастроэнтерита или тяжело протекающий колит, часто гемоколит резкая бледность кожного покрова; кожный геморрагический синдром дизурия в виде олиго- либо анурии как основное проявление ОПН.

Дополнительные симптомы анорексия; раздражительность; гипертензия; спленомегалия; желтуха, темный цвет мочи признаки застоя в системе кровообращения (отек легких, кардио- гепатомегалия, расширение вен, тахикардия). При этом в основе повреждения почек при ГУС лежит гломерулярная тромботическая клеточного детрита в субэндотелиальном слое в результате воздействия одного или нескольких повреждающих факторов. При ОКИ, осложненных ГУС, наиболее часто страдают внутриклубочковые сосуды, поражение которых возникает на ранних стадиях заболевания. Всем этим болных лечение проводилось исключительно симптоматическое, поддерживающее, поскольку патогенетической терапии с доказанной эффективностью в настоящее время не существует.

Таким образом, практическим врачам необходимо помнить о возможности формирования осложнений у больных с клиникой ОКИ (гастроэнтероколито).

РАННЯЯ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ С ОКИ

Ш.Ш. Муминова, Ш.А. Рустамова, Н.А. Ярмухамедова

Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность. Гемолитико-уремический синдром наиболее частая причина острой почечной недостаточности (ОПН) у детей раннего возраста (Д. В. Зверев и соавт. 2007 г), исток формирования хронической болезни почек в последующие годы с возможным переходом в терминальную почечную недостаточность (З.М. Еникеева и соавт., 2006). Установлено, что многие органы и системы включаются в патологический процесс при развитии ГУС, ОПН в том числе система гемостаза, кардиореспираторная, гастроинтестинальная, нервная система и другие.

Цель исследования: на основе клинико-лабораторных показателей поставить раннюю диагностику ОКИ с гемолитико-уремическим синдромом у детей.

Материал и методы исследования: Проведен ретроспективный анализ причин ГУС у 37 детей с диагнозом «Острая кишечная инфекция» в возрасте от 1 месяца до трёх лет по материалам ОИБ за 2012 – 2014 г.

Результаты исследования и их обсуждение: ГУС преобладал в общей популяции больных ОКИ и составил 27,7%. В работе использован стандарт диагностических исследований, принятых у больных ГУС, ОПН. При поступлении в реанимационное отделение всем детям проводилось клинико-лабораторное обследование, при этом особое внимание уделяли оценке общего состояния, функции почек, печени а также наличию дыхательных, сердечно-сосудистых и неврологических нарушений, степени поражения желудочно-кишечного тракта, состоянию водно-электролитного обмена. В план клинико-лабораторного обследования включались: анализ периферической крови, биохимическое исследование сыворотки крови с определением общего белка и белковых фракций, мочевины, креатинина, калия, натрия, билирубина, АЛАТ, АСАТ, протромбиновый индекс, тромбиновое время, определение содержания фибриногена и другие показатели. Мы выделили две группы