

каких-либо заболеваний и сведений о болезнях печени в анамнезе – 18 человек.

Во вторую группу (пациенты без заболеваний печени – БЗП) вошло 76 пациентов возрастом 20-67 лет, обратившихся по поводу патологии, щитовидной железы, опорно-двигательного аппарата, либо для профилактического осмотра.

В третью группу (больные хроническим гепатитом - БХГ) - вошло 89 больных хроническим гепатитом возрастом 17-72 года, из которых у 49 – выявлен вирусный гепатит С, 29 - вирусный гепатит В, 3 – токсический, 8 - аутоиммунный гепатит, не имеющих клинико-лабораторных данных за цирроз печени. Всем пациентам выполнено УЗИ печени по стандартным методика. Оценивали частоту выявления признаков, наиболее характерных для хронического гепатита: гепатомегалия, повышение или понижение эхогенности паренхимы, наличие включений, неоднородность структуры.

Результаты и их обсуждение: Проведенный анализ позволил сделать следующие заключения. Как показывают полученные данные, только у 23,6% пациентов с подтвержденным хроническим гепатитом присутствовали его эхографические признаки, т.е. высок уровень ложноотрицательных результатов, что обуславливает низкие показатели чувствительности (23,6%) и ОПЦ (50,0%). Таким образом,

невывявление при УЗИ эхографических признаков хронического гепатита не свидетельствует об его отсутствии, и не может служить причиной отказа от дальнейшего обследования.

Так, даже у молодых здоровых людей наблюдались изменения эхогенности печени в 2 (11,2%) случаях, у пациентов же группы БЗП описываемые признаки имели место в 8 (10,5%) случаях, причем наиболее распространенным их них явилось изменение эхогенности паренхимы печени (10,5%).

Выводы: Чувствительность УЗИ в выявлении хронического гепатита составляет 23,6%, положительная предсказывающая ценность – 44,7%, что не позволяет утверждать об отсутствии заболевания у пациентов при не выявлении эхографической симптоматики. Специфичность УЗИ в выявлении хронического гепатита составляет 72,3%, отрицательная предсказывающая ценность - 50,0%, что доказывает необходимость комплексного обследования. Ультразвуковое исследование печени не является достаточным для диагностики хронического гепатита, оценки его стадии и активности но, вследствие своей неинвазивности, безвредности и доступности, может быть полезно в установлении показаний к дальнейшему обследованию.

БОЛАЛАРДА ЭНЦЕФАЛОМИЕЛИТ ВА МИЕЛИТНИНГ ЭТИОПАТОГЕНЕТИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Ш.Т. Ниёзов, А. Ғайбиев

Самарқанд давлат тиббиёт институти

Мақсад: Болаларда учрайдиган марказий асаб тизимининг яллиғланиш касалликларини келтириб чиқарувчи омилларни аниқлаш.

Тадқиқот материали: Объектив неврологик текширув мақсадида 118 нафар бемор ҳисобга олинди. Улардан миелит билан 66 та (55,9%) (миелитлар - 39 (33%) ва миелопирадикулоневритлар – 27 (22,9%); энцефаломиелит билан 52 та (44,1%) (23(19,5%) - энцефаломиелит, 15 (12,7%) – менингоэнцефаломиелит ва 14 (11,9%) – энцефаломиелопирадикулоневрит) бўлган беморлар ташкил этди.

Болаларда марказий асаб системасининг зарарланиши (энцефалит, миелит, энцефаломиелитлар) энг оғир зарарланишлардан бири бўлиб, унинг асоратлари беморнинг ногиронлигига сабаб бўлади. Шунга кўра ўз вақтида қилинган ташхисот, даво ва реабилитация болаларда ногиронликни олдини олади,

беморларни фаол ҳаёт жараёнига қайтаради. Жамиятда соғлом авлодни кўпайишига олиб келади ва ушбу муаммони долзарблигини белгилаб беради.

Болаларда энцефаломиелит ва миелитнинг сабаби турлича, одатда улар яллиғланиш ва нисбатан кам учрайдиган касалликлар ва ҳолатлар билан боғлиқ бўлиб, юқори малакали диагностик изланишлар ўтказиш, касаллик оқибатини даволаш, қиёсий даво ўтказиш талаб қилади. Тадқиқот натижаси шуни кўрсатдики, энцефаломиелит ва миелит куйидаги сабабларга кўра, ривожланиди: вирусли инфекциялар - 56 та беморда (47,5%), инфекциян касалликлар: йирингли менингит -13 та (11,0%), вирусли менингит-8 та (6,8%), соматик касалликлар: зотилжам - 9 та (7,6%), ревматизм- 14 та (11,9%), ЛОР касалликлари-18 та (15,3%).

Хулоса қилиб айтганда, энцефаломиелит ва миелитга мойиллик туғдирувчи омилларни

тахлил қилганда аниқландики, ушбу омиллардан бири вирусли инфекциялар энцефаломиелида 46,2% ни, миелитда 48,5% ни ташкил қилади. Бундан ташқари йирингли менингитнинг оғир шакли энцефаломиелида 11,5%, миелит да 10,6%, вирусли менингит энцефаломиелида 7,7%, миелитда 6,8% ни ташкил қилди. Энцефаломиелит ва миелит 19,5% беморларда соматик касалликлар фонида, жумладан, зотилжам (7,6%) ва ревматизм (11,9%) асорати сифатида ривожланганлиги аниқланди. Бундан ташқари ЛОР патологияларидан сурункали

тонзиллит (5,9%) ва йирингли отит (9,3%) муҳам ўрин тутган. Мактаб ёшидаги болаларда энцефаломиелит ва миелит ривожланишининг муҳим хусусиятларидан бири ревматизм, ҳамда юқумли касалликлар натижасида келиб чиқишидир. Мактабгача ёшдаги болаларда эса ревматизм энцефаломиелит ва миелитни ривожлантирувчи хавф омилларига кирмайди. Мактабгача ёшдаги болаларда эса хавф омиллари ўткир вирусли инфекция, кам ҳолатларда ЛОР аъзолари касалликлари сабаб бўлади.

ВОПРОСЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ИЕРСИНИОЗАМИ

А.К. Норова

НИИ эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний МЗ РУз.

Цель работы: разработать дифференцированные основы диспансеризации больных иерсиниозами.

Материал и методы исследования. В работе использованы приказ МЗ РУз № 170 от 19 апреля 2004г. «О совершенствовании мер борьбы с иерсиниозами» и другие нормативно-методические документации по иерсиниозам.

Результаты. До сих пор нет единого мнения о длительности и тактике диспансерного наблюдения и реконвалесцентов иерсиниоза и псевдотуберкулеза. Наблюдение за реконвалесцентами иерсиниозной инфекции проводится в зависимости от нозологии и тяжести болезни в течение 1-6 месяцев после выписки из стационара (при легких формах - один месяц, при среднетяжелых - три месяца, при тяжелых - шесть месяцев). Некоторые исследователи для прогноза неблагоприятных исходов иерсиниоза рекомендуют использовать следующие показатели: неблагоприятный преморбидный фон (хронические заболевания, дисбактериоз 3-4 ст., отягощенный алдергологический анамнез и др.), длительно сохраняющееся снижение альбумина, альфа-протеинов, мочевино-аммиачного коэффициента, диспротеинемия, повышение концентрации аммиака крови, фибриногена, нейтрофилез, моноцитоз, лимфоцитоз, эозинофилия, низкая активность системы комплемента, снижение показателей Т-и В-лимфоцитов в периоде реконвалесценции и факторов неспецифической резистентности, высокие показатели циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), наличие HLA B7, B18 и B27, O (1) группа крови. Созданный алгоритм иммунопрогностического обследования больных в острый период болезни и разработанная совокупность критериев оценки иммунограмм при иерсиниозе дают возможность врачам

прогнозировать неблагоприятное течение и исход уже в первые 2-4 недели от начала болезни. По нашему мнению, при отсутствии у больного критериев неблагоприятных исходов иерсиниоза рекомендуется диспансерное наблюдение за реконвалесцентами в течение одного года после выписки из стационара. При наличии показателей возможного формирования неблагоприятных исходов иерсиниоза диспансерное наблюдение должно проводиться в течение пяти лет после выписки из стационара - первый год каждые 2-3 месяца, затем один раз в шесть месяцев при отсутствии жалоб и отклонений в состоянии здоровья. При наличии клинико-лабораторного неблагополучия - более часто, по мере необходимости. По показаниям больные должны проходить клинико-лабораторное и инструментальное обследование у ревматолога, эндокринолога, кардиолога, окулиста, дерматолога и др. Тактика диспансеризации больных иерсиниозами вообще не регламентирована приказами Минздрава. Основываясь на собственных результатах длительного наблюдения больных иерсиниозом, мы рекомендуем следующую тактику их диспансеризации. После выписки из стационара продолжительность диспансерного наблюдения за перенесшими иерсиниоз, при отсутствии генетических и иммунологических прогностических критериев неблагоприятных исходов должна составлять один год, при их наличии - не менее трех лет. Для контроля полноты выздоровления рекомендуется использовать следующую схему: в течение первого года после острого периода пациентов необходимо обследовать комплексно (клиническими, лабораторными, иммунологическими методами) каждые 2-3 месяца, затем один раз в шесть месяцев при отсутствии жалоб и отклонений в состоянии здоровья. При наличии