

клинико-лабораторного неблагополучия - более часто, по мере необходимости. По показаниям во время диспансеризации пациентов необходимо консультировать у других специалистов (ревматолога, гастроэнтеролога, эндокринолога, кардиолога, окулиста, дерматолога, гинеколога и гинеколога-эндокринолога) с проведением

необходимых лабораторно - инструментальных исследований.

Вывод. Предложенная тактика диспансеризации больных иерсиниозами способствуют их целенаправленной реабилитации и предупреждения неблагоприятных исходов заболевания.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ РЕЗИДУАЛЬНОГО БРУЦЕЛЛЁЗА

Р.Р. Нуруллаев, Т.А. Ниязова, З.С. Максудова, М.Б. Ибрагимов

Ташкентская медицинская академия

При резидуальной форме бруцеллёза на фоне инфекционно - токсико - аллергического процесса наблюдается ряд функциональных и органических глубоких изменений таких, как стойкие остаточные явления: изменения со стороны опорно-двигательного аппарата (анкилозы суставов с ограничением активного движения, остеоартрозы, контрактуры, спондилоартриты) и другие нарушения различных органов и систем функционального характер [Покровский В.И. с соавт., 2003; Ющук Н.Д. с соавт., 2007].

В современном лечении стойких нарушений со стороны опорно-двигательного аппарата применяют препарат хондротин сульфат обладающий структурно-модифицирующим действием на хрящ [Майко О.Ю., 2008].

В связи с этим решили изучить клиническую эффективность препарата хондро-риц в комплексной терапии резидуального бруцеллёза.

Целью исследования явилось изучение клинической эффективности препарата хондро-риц в комплексной терапии резидуального бруцеллёза.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 40 больных резидуальным бруцеллезом, госпитализированные с 2009 по 2013 гг. в клинику НИИ Эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний МЗ РУз. При постановке клинического диагноза пользовались классификацией, предложенной Н.И. Рагозой (1955), и дополненной К.Д.Джалиловым (1988). Возраст больных варьировал от 48 до 69 лет. Больные резидуальном бруцеллёзом (преимущественно поражением опорно-двигательного системы) по 20 больных разделены на 2-группы (лечебная и контрольная). Возрастная и половая структура больных была аналогична в обеих группах. Больные проходили стандартное клинико-лабораторное обследование, включающее диагностические тесты (реакция Райт, РПГА и

Хеддельсона). Популяции лимфоцитов в периферической крови определяли в реакции непрямого розеткообразования с помощью моноклональных антител к CD3, CD4, CD8 и CD20 производства ООО Медбиоспектр, Москва [М.В. Залялиева, Р.С. Прохорова, 2001]. Полученные данные были подвергнуты статистической обработке [Ойвин И.А., 1960]. Расчеты произведены на компьютере Pentium IV при помощи программы Microsoft Excel.

Результаты исследования. Все больные резидуальным бруцеллёзом принимали болеутоляющие, противовоспалительные и рассасывающие препараты, по мере возможности витаминотерапию и физиотерапию. В лечебной группе больные на фоне вышеуказанной комплексной терапии принимали препарат хондро - риц по 750мг по 2 раза в сутки в течение 3 недель далее 1 неделю по 500мг по 2 раза в сутки. Полученные результаты показывают, что у больных лечебной группы (по сравнению с контрольной), отмечались уменьшение боли при ходьбе и легкость при движений и частота обострений болезни достоверно уменьшилась ($P < 0,05$). После проведения курса терапии в лечебной группе, показатели клеточного иммунитета $CD3^+$, $CD20^+$, $CD4^+$ достоверно повышались в крови (по сравнению с контрольной группой), что соответствовало улучшению общего состояния больных ($P < 0,05$). Особенностью динамики в периферической крови $CD8^+$ цитотоксических лимфоцитов наблюдался слабой степенью повышением супрессорной иммунной ответ. ($P > 0,05$).

Вывод: учитывая положительный эффект применения препарата хондро-риц в терапии данной болезни, можно применять его в комплексной терапии резидуальной формы бруцеллёза. При применении больными резидуальным бруцеллёзом препарата хондро-риц побочных явлений не было.