

81,8% детей основной группы отмечали позитивную клиническую динамику. Подобная картина наблюдалась также со стороны лабораторных показателей. В частности, у 62,5% детей, которые получали комплексное лечение, снизился уровень билирубина с $35,6 \pm 1,8$ мкмоль/л до $23,6 \pm 1,6$ мкмоль/л, а уровни трансаминаз у 68,7% больных детей основной группы к концу курса лечения приходили к нормальным значениям. В то же время, у половины детей группы сравнения урону билирубина и трансаминаз оставались повышенными, а у 25 % детей практически не изменялись к концу курса лечения.

Определение основных показателей оценки эффективности лечения хронического вирусного гепатита с применением берлитиона-300 показал, что относительный риск развития рецидивов заболевания снизится в 0,36 раза ($\chi^2 = 3,96$, $p < 0,05$) при включении препарата в схему лечения.

Вывод: использование препарата альфа-липоевой кислоты в комплексном лечении хронического вирусного гепатита в детей способствует улучшению клинической картины и лабораторных показателей.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ СХЕМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ «В»

Л.Х. Ташинова, К.А. Исламова, А.Э. Тоиров

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель исследования. Изучить эффективность различных схем лечения больных хроническим вирусным гепатитом «В» со сравнительным анализом клинико-лабораторных показателей.

Материалы и методы исследования. Проведено лечение 50 больных хроническим вирусным гепатитом В. Из них 32 мужчин и 18 женщины, средний возраст больных составил 33 ± 6 лет, длительность заболевания - $5 \pm 2,5$ года. Все больные были разделены на 2 группы. Первая группа больных (22 пациентов) получала стандартную базисную терапию препаратами Рибаверин ежедневно из расчета 15 мг/кг массы тела. Второй группе больных (28 пациентов) назначено лечение препаратом Виферон (ректальные суппозитории на двукратный

применение) в суточной дозе 6 млн МЕ. Продолжительность лечения составила 3 месяца.

Результаты исследования: Оценка переносимости и эффективности противовирусных препаратов показала что, значительное улучшение клинических показателей наблюдается у больных второй группы. После лечения в первой группе астения наблюдалась у 20 больных (91%), лихорадка - у 16 больных (73%), лейко- и тромбоцитопения - у 4 больных (18%), во второй группе: астения - у 8 больных (28,5%), лихорадка - у 4 больных (14%), лейко- и тромбоцитопения не наблюдалась. У всех больных хроническим вирусным гепатитом «В» проводилось изучение основных биохимических показателей.

Таблица. Динамика основных биохимических показателей в сравниваемых группах больных

Показатели	1-я группа		2-я группа	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Билирубин общий, мкмоль/л	$45,3 \pm 16,3$ $p < 0,05$	$25,4 \pm 6,5$ $P1 < 0,05$	$39,6 \pm 14,4$ $P < 0,05$	$22,5 \pm 4,8$ $P1 < 0,05$
Аланинаминотрансфераза, ед	147 ± 41 $P < 0,05$	83 ± 14 $P1 < 0,05$	165 ± 59 $P < 0,05$	96 ± 24 $P1 < 0,05$
Аспартатаминотрансфераза, ед	93 ± 37 $P < 0,05$	74 ± 21 $P1 < 0,05$	122 ± 41 $P < 0,05$	82 ± 27 $P1 < 0,05$
Щелочная фосфатаза, ед	502 ± 156 $P < 0,05$	284 ± 53 $P1 < 0,05$	437 ± 168 $P < 0,05$	309 ± 64 $P1 < 0,05$

P-достоверность по нормальным показателям, P1-достоверность лечения

До проведенного лечения у больных обеих групп достоверно были увеличены биохимические показатели печеночного метаболизма, а после проведенного курса терапии достоверно улучшились исследуемые показатели. В первой группе больных результаты статистически сопоставимы с результатами во второй группе,

что положительно характеризует обе использованные методы терапии. Оценка вирусологических показателей проводилась с учетом первичного ответа (исчезновение РНК HBV и ДНК вируса гепатита В). В первой группе первичный ответ наблюдался у 10 (45,0%) больных, стойкий - у 5 (23,0%) больных, во 2-й

группе: первичный ответ - у 14 (50,8%), стойкий - у 9 (32,1%) больных.

Выводы: Таким образом, противовирусные препараты Рибавирин и Виферон обладают одинаковым биохимическим эффек-

том. При этом Виферон из-за высокие показатели вирусологического ответа, низких побочных явлений обладает преимуществом в лечении больных хроническим вирусным гепатитом «В».

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПИЩЕВОГО БОТУЛИЗМА У ДЕТЕЙ ПО САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ

Ш.А. Ташпулатов Д. Хужакулов

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель исследования: Изучить клинико-эпидемиологический характер пищевого ботулизма у детей.

Материал и методы исследования. За период 2007-2013 гг. нами наблюдалось 31 больных детей с пищевым ботулизмом. Среди детей мальчиков 19 (61%), девочек -12 (39 %). средней возраст больных детей составил $10,83 \pm 0,5$ лет с колебанием от 6 до 14 лет.

Результаты и их обсуждение. По тяжести основного процесса больные распределились следующим образом: больных тяжелыми формами было 7 (23 %), средне-тяжелыми- 13 (42 %) и легкими - 11(35 %). Длительность пребывания больных в стационаре составило $12,93 \pm 0,62$ койко-дней. При исследовании крови идентифицирован ботулотоксин типа В у 3 больных (10%). У 28 больных (90 %) тип токсина не идентифицирован. Среди наблюдавшихся больных имели место 27(87%) групповых заболеваний и 4(13%) спорадических случаев. Заболевание было связано с употреблением консервированных помидоров и огурцов домашнего приготовления в 29 случаях (94%), грибы 1 случай (3 %), и овощные консервы в 1(3%) случае. Длительность инкубационного периода удалось установить у всех больных, которая составила в среднем $23,41 \pm 1,8$ часа, а в зависимости от степени тяжести течения болезни - $22,90 \pm 4,0$; $26,61 \pm 2,06$; $18,28 \pm 3,06$ часов соответственно при легком, средне-тяжелом и тяжелом течении пищевого ботулизма у детей. Анализ результатов показывает, что укорочение сроков инкубации по мере нарастания тяжести болезни действительно имеет место: различие в длительности инкубационного периода при тяжелом и средне-тяжелом течении пищевого ботулизма у детей является статистически достоверным ($P < 0,05$). В тоже время у больных

легкой и тяжелой формой инкубационный период статистически достоверно не отличался ($P < 0,01$). Однако, следует отметить, что минимальный инкубационный период (10 часов), может встречаться при легком течении пищевого ботулизма у детей, а инкубационный период, равный 28 часам, может обуславливать крайне тяжелое течение болезни. Сроки госпитализации больных пищевым ботулизмом у детей составили в среднем $(1,35 \pm 0,08)$ суток от момента появления первых симптомов. Во всех случаях заболевание начиналось остро. Диспепсический вариант болезни начала имел место у 21 (68%), неврологический - у 9 (29%), смешанный - у 10 (32%) больных. При поступлении общее состояние у 2 больных (6%) расценено как удовлетворительное; дальнейшего прогрессирования основного процесса не наблюдалось. У 9 больных (29%) при поступлении состояние было ошибочно оценено как средне-тяжелое, но дальнейшее наблюдение за больными позволило диагностировать у них легкое течение ботулизма. В тоже время в 21 больных оценено тяжесть состояния как тяжелое, однако, динамическое наблюдение за больными позволило установить у 7 пациентов тяжелое течение. Во всех случаях заболевание имело благоприятное течение. Для полного выздоровления больным оказалось достаточным $12,93 \pm 0,62$ дней пребывания в стационаре.

Выводы: Таким образом, анализ полученных результатов позволяют прийти к следующим выводам: клинико-эпидемиологические показатели пищевого ботулизма у детей не отличаются от таковых у взрослых; длительность инкубационного периода не является надежным критерием прогнозирования тяжести основного заболевания.