

Вывод: Таким образом, результаты проведенного исследования показали, что использование смеси Нутрилон низколактозный, Нутрилон комфорт, Нутрилон пепти с первых дней заболевания способствовал более быстрому купированию основных проявлений

заболевания. А это позволяет нам рекомендовать применение смеси Нутрилон низколактозный, Нутрилон комфорт, Нутрилон пепти детям, страдающим острой кишечной инфекцией с первых дней заболевания в комплексной терапии.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РИККЕТСИОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ ПО САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ

Н.А. Ярмухамедова, Н.Т. Раббимова

Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность темы: инфекционные болезни, возбудители которых циркулируют в природе, остаются сложной проблемой, несмотря на все усилия по борьбе с ними. Нарастающая в последние десятилетия тенденция сосредоточения очагов природных инфекций на территориях, освоенных или осваиваемых человеком, заставляет искать закономерности их формирования и устойчивого функционирования. Риккетсии относятся к возбудителям «новых» и «возвращающихся» инфекций. Отмечается активизация природных очагов эндемических риккетсиозов в разных странах мира, причины которой требуют всестороннего изучения. В полной мере данная проблема актуальна и в Республике Узбекистан с её огромным ландшафтным разнообразием, активным хозяйственным освоением необжитых территорий, сопровождающимся значительным притоком населения в эти районы, обводнением засушливых областей и другими процессами антропогенного влияния на экосистему. На территории Узбекистана ежегодно в период активности кровососущих членистоногих регистрируется более 2-х миллионов больных остролихорадочными заболеваниями.

Целью нашего исследования явилось изучение риккетсиозной инфекции по Самаркандской области.

Материалы и методы исследования: Нами обследованы 837 больных в возрасте от 5-ти до 62 лет, поступивших в Самаркандскую городскую клиническую инфекционную больницу № 1, а также в инфекционные стационары Тайлакского, Булунгурского, Джамбайского и Ургутского районов с направительными диагнозами ОРВИ (острая респираторная вирусная инфекция), лихорадка неизвестной этиологии, брюшной тиф, бруцеллез и т.д.). Серологическое подтверждение диагноза на риккетсиозную инфекцию, с использованием метода ИФА было зарегистрировано у 82 больных, что составило 9,7% от числа обследованных больных. В том числе специфические иммуноглобулины класса М к

возбудителю коксиеллеза были обнаружены у 38 больных (4,5%), к возбудителю лихорадки Цуцугамуши были обнаружены у 12 пациентов (1,4%). Микст – формы были отмечены у 32 больных, что составило 3,8% от общего числа обследованных больных. Из них лихорадка цуцугамуши+коксиеллез – у 11(1,3%) больных, лихорадка цуцугамуши + клещевой сыпной тиф – у 11(1,3%) больных и коксиеллез + клещевой сыпной тиф – 10 больных, что составило 1,2%.

Результаты: Среди больных, с подтвержденными результатами на риккетсиозную инфекцию, лиц мужского пола оказалось гораздо больше 63 (76,8%) чем женского – 19 (23,2%). Риккетсиозная инфекция регистрируется в разных возрастных группах, однако наиболее часто болели лица в возрасте от 15 до 30 лет – 38 (46,3%) больных и дети до 15 лет – 24 (29,3%). При анализе больных в зависимости от места жительства, обращает на себя внимание то, что в основном болели сельские жители (71 – 86,6%), городских жителей было всего 11 (13,4%). Риккетсиозные инфекции были зарегистрированы в 9 районах Самаркандской области и в 2х районах Джизакской области.

Анализ заболевших показывает преимущественное поражение лиц занимающихся частным животноводческим хозяйством (46,5%). Однако необходимо отметить и достаточно высокий процент больных школьников 24 (29,2%), что возможно связано с тем, что дети школьного возраста часто привлекаются родителями для ухода и выпаса скота. При сборе анамнеза большое значение придавалось выяснению факторов риска заражения клещевыми риккетсиозами, включающие в себя: описание места проживания заболевшего, контакт с животными, грызунами и насекомыми за последние 6 недель. В результате чего выяснилось, что все заболевшие проживали в частных домах, имели подсобные хозяйства и строения (сарай, подвалы, хлев и т.д.), где видели грызунов, имели ежедневные контакты с крупным и мелким рогатым скотом (за

исключением 2-х больных) и все, кроме одного больного, отмечали многократные укусы различных насекомых за последние 4 – 6 недель до заболевания (комары, блохи и т.д.).

При анализе сезонности в 3х-летней динамике заболеваний нами установлено что, в зимний период зарегистрировано 7,3 % больных, осенью 28,0% больных. Наибольшее количество больных зарегистрировано нами в весеннее 31,7% и летнее 33,0% время года.

При анализе помесечной динамики заболеваемости клещевыми инфекциями,

наблюдалось как бы 3 волны подъема заболеваемости риккетсиозными инфекциями. Подъем заболеваемости начинался в марте, с максимальным подъемом в мае, затем в августе – сентябре и затем небольшой подъем отмечался в ноябре.

Вывод: Результаты исследований показали, что под маской острых респираторных заболеваний часто могут скрываться инфекции с лихорадочным синдромом, вызываемые риккетсиозами, в частности клещевым сыпным тифом, коксиеллезом и лихорадкой цуцугамуши.

КЛИНИКО-ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ПРИ БРУЦЕЛЛЕЗНОМ МИОКАРДИТЕ

С.Х. Ярмухамедова

Самаркандский государственный медицинский институт

Целью исследования явилось изучение систолической и диастолической функций сердца у больных бруцеллезом.

Материалы и методы. Обследовано 17 больных бруцеллезом в возрасте от 23 до 34 лет. Диагноз бруцеллеза был подтвержден клинико-лабораторными исследованиями. Всем больным наряду с традиционными клиническими исследованиями проводилась электрокардио-графия и эхокардиография с доплерографией.

Результаты исследования показали, что у 3-х больных бруцеллезом в первые дни, а у 4-х на 10-14 день заболевания появилась быстрая утомляемость, повышенная потливость, субфебрильная температура, кардиалгия, сердцебиение и перебои в работе сердца, одышка при нагрузке и в состоянии покоя, артралгии. Боль в области сердца чаще была колющего, реже давящего характера, длительная, почти постоянная. Интенсивность боли не менялась при физической нагрузке, не зависела от времени суток и эмоциональной нагрузки. Боли не снимались приемом антиангинальных препаратов. У 2-х из обследуемых больных, жалующихся на перебои в работе сердца, на ЭКГ была зафиксирована желудочковая экстрасистолия. У 7 обследуемых больных бруцеллезом отмечалась выраженная тахикардия. Сегмент ST смещался вниз или вверх от изоэлектрической линии с одновременным уменьшением амплитуды или уплощением зубца Т. Эти изменения характеризовались стадийностью. В первые дни заболевания отмечалось снижение сегмента ST и уплощение зубца Т. Со второй- третьей недели у 3-х больных сформировались отрицательные зубцы Т. На шестую - восьмую недели заболе-

вания показатели ЭКГ постепенно нормализовались. Всем больным была проведена эхокардиография. Проводилось измерение размеров ЛЖ и ЛП, оценивалась систолическая и диастолическая функции сердца. У 10-ти больных с бруцеллезом, не предъявляющих жалоб со стороны сердечно-сосудистой системы, параметры ЭхоКГ в целом не отличались от нормальных. КДО и КСО ЛЖ достигали верхней границы нормы. У 3-х больных с клиническими проявлениями поражения сердечно-сосудистой системы на ЭхоКГ было выявлено нарушение локальной сократимости стенок сердца. Так, выраженная гипокинезия в среднем и базальном сегментах МЖП была отмечена у 5-ти больных, а у 2-х наряду с гипокинезией МЖП, выявлялось уменьшение кинетики ЗСЛЖ. У всех обследуемых было выявлено изменение глобальной сократимости сердца. У 5 больных ФВ была снижена от 50 до 42%, а у 2-х была повышена и составляла 68-72%. У больных со сниженной глобальной сократимостью сердца регистрировались признаки диастолической дисфункции ЛЖ. Нарушение диастолической функции левого желудочка диагностировалось по кривой трансмитрального кровотока при проведении ЭхоКГ. Нарушений диастолической функции правого желудочка в нашем исследовании не было отмечено.

Вывод. Клинические признаки бруцеллезного миокардита сопровождаются соответствующими изменениями на ЭКГ и ЭхоКГ-доплерографии, которые, в свою очередь обусловлены воспалительными изменениями в миокарде и возросшей ригидностью отечных стенок сердца.