

А.В. и др., 1978].

На основании вышеизложенного можно сделать следующее заключение:

1. совершенствование методов научных исследований позволит углублять наши знания о механизмах развития и течения ОП;
2. учитывая сложность патогенеза ОП, клиническая практика требует многокомпонентной терапии данного заболевания.

ЛИХОРАДКА НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА: ПРОШЛОЕ И НАСТОЯЩЕЕ

Юровский П.Н.

Белорусский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра инфекционных болезней

Научный руководитель – д.м.н., профессор И.А.Карпов

Целью настоящего исследования была расшифровка структуры заболеваний при классической лихорадке неясного генеза (ЛНГ) в периоды 1993 - 1994гг. и 2003-2004гг. Для этого было проанализировано 33 истории болезни больных, госпитализированных в 1993-94 гг. в Минскую городскую инфекционную клиническую больницу с диагнозом “ЛНГ” (1-ая группа), и 52 истории болезни пациентов, поступавших в 2003-04 гг. с диагнозом “ЛНГ” (2-ая группа). У всех больных длительность лихорадочного периода составила более 3 недель, и отмечались 4-хкратные (или более) подъемы температуры тела до 38°C и выше.

Пациенты в зависимости от возраста были разделены на 4 подгруппы: I подгруппа - 18-30 лет, II подгруппа -31-50 лет, III подгруппа - 51 -64 года, IV подгруппа - старше 65 лет. Основной удельный вес в структуре заболеваний I подгруппы пациентов как 1-ой, так и 2-ой группы составили “классические” инфекции, в то время как в старших возрастных подгруппах доля инфекций уменьшалась.

По продолжительности лихорадку разделили на подострую (до 6 недель) и хроническую (более 6 недель). В 2003-2004 гг. отмечалось

снижение числа больных с подострой лихорадкой и нарастание в структуре госпитализированных с ЛНГ числа больных с длительными (более 6 недель) лихорадочными заболеваниями, о чем свидетельствует также увеличение средней продолжительности лихорадочного периода с $5,33 \pm 0,70$ недель в 1993-1994 гг. до $8,64 \pm 3,3$ недель в 2003-2004 гг.

Выводы:

1. В структуре ЛНГ удельный вес инфекций был и остается значительным в различные временные периоды (около 50%).

2. Нозологическая структура ЛНГ за периоды 1993 – 1994 гг. и 2003 -2004 гг. изменилась незначительно.

3. Причиной лихорадочного состояния у лиц молодого возраста (до 30 лет) чаще всего служат инфекционные агенты, в то время как в старших возрастных группах доля инфекций уменьшается со значительным увеличением онкологической патологии.

4. В настоящее время отмечается снижение числа больных с подострой лихорадкой (до 6 недель) и нарастание в структуре госпитализированных с ЛНГ числа больных с длительными (более 6 недель) лихорадочными заболеваниями, что, вероятно, можно объяснить изменением иммунореактивности больных, а также большей частотой встречаемости ВИЧ-инфекции среди больных с ЛНГ и сложностью онкологического поиска на догоспитальном этапе.

Литература:

1. Белобородов В.Б. Лихорадка неясного генеза. //Клиническая микробиология и антимикробная терапия. – №2. (17) – 2000.

2. Дворецкий Л.И. Лихорадка неясного генеза в клинике внутренних болезней. М., 1997.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕДИАЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРА

Юруц И.В., Болтрукевич И.Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь