

Экстернальный тип нарушения пищевого поведения встречался как самостоятельный (17%), так и в виде компонента при других типах нарушений у подавляющего большинства анкетированных (61%).

**Заключение.** Выявленные нарушения пищевого поведения у больных СД 2 типа необходимо использовать для коррекции образа жизни пациента, рационализации питания. В случае эмоциогенного переживания следует сконцентрироваться на чувственной сфере, с целью разрешения внутреннего конфликта. В случае экстернального пищевого поведения речь идёт о неверной привычке, для которой потребуется когнитивно - поведенческая психотерапия. При ограничительном пищевом поведении необходимо диетологическое вмешательство. Коррекция пищевого поведения проводится совместно врачом эндокринологом, диетологом и психологом.

### ГОСПИТАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ КАК ФАКТОР УСУГУБЛЕНИЯ ИММУНОРЕАКТИВНОСТИ БОЛЬНЫХ В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕРАПИИ

**Суннатов Г.И., Хасанжанова Ф.О.,  
Маджидова Г.Т., Хайдарова Д.Д.**

*Самаркандский Государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан*

**Введение.** С особой остротой в проблеме бронхолегочной патологии стоят вопросы, связанные с широкими распространенными вирусными агентами, такими как грипп, аденовирусы, респираторной синтициальный вирус, вирус парагриппа и т.д. Доказано также, что вирусная инфекция подавляет иммунореактивность больных с бронхолегочной патологией.

**Материалы и методы исследования.** Изучение влияния суперинфекции, присоединяющейся в условиях стационара, на иммунореактивность больных с бронхитом и общую клинику течения болезни. В условиях блока интенсивной терапии стационара осуществлено комплексное клиническое иммунологическое и вирусологическое исследование 9 больных с хроническим обструктивным (ХОБ) и 9 больных астматическим бронхитом (АБ), в возрасте от 21 до 45 лет. Вирусологическое исследование включало: экспресс – метод прямой иммунофлюоресценции клеточных элементов полученных при браш-биопсии слизистой носоглотки и бронхов. Парные сыворотки крови исследовали в серологических реакциях

нейтрализации (РН), торможения гемагглютинации (РТГА) и связывания комплемента (РСК). Показатели иммунитета оценивались по количеству Е, розетка образующих клеток; содержание иммуноглобулина; содержание циркулирующих иммунных комплексов; поглотительной способности нейтрофилов и моноцитов периферической крови. При оценке результатов отмечена высокая частота выявления активной вирусной инфекции и ее ассоциированных форм.

**Результаты.** Так, активная вирусная инфекция в период обострения в под группе больных ХОБ и ХАБ выявлено с частотой 0,95 и 0,7 соответственно. Ассоциации вирусов отмечались с частотой 0,88- 0,5. Анализ спектравирусной инфекции показал высокую частоту выявления при ХОБ антигенов гриппа типа А, РС-вируса и Ад-вируса, соответственно. При ХАБ чаще встречался аденовирус (1,0), РС вирус (0,25). Персистирующая вирусная инфекция выявлена у больных ХОБ с частотой 0,7; при ХАБ -0,5. Указанные особенности вирусной инфекции определяли и особенности иммунологической реактивности этих больных. Изучение характерности у больных ХОБ и ХАБ период обострения показало достоверное снижение абсолютных значений Т- лимфоцитов (Е-РОК), а также Т активных-лимфоцитов. Содержание IgА несколько повышалось в начале фазы обострения и снижалось в конце обострения. Значительное снижение IgG отмечалось как в начале, так и в конце фазы обострения. IgM был значительно повышен в начале фазы обострения и доходил до нормальных величин в период затихания процесса. Фагоцитарная активность нейтрофилов и моноцитов так же было достоверно снижена в начале обострения и в разгаре несколько повышалась. Уровень ЦИК постепенно повышался по мере развития воспалительного процесса. Во время вспышки ОРЗ в условиях клиники при вирусологическом исследовании было выявлено наложении к смешанной инфекции этих больных и М. Pneumoniae, так при вирусологическом исследовании браш-биоптата слизистой носоглотка методом иммунофлуоресценции было выявлено наличие у больных антигена М. Pneumoniae (F 0,76). Состояние больных ухудшилось, что подтверждалось соответствующей клинической картиной и неадекватной реакцией показателей иммунореактивности организма при встрече с суперинфекцией. Это выражалось в значительном понижении показателя реактивности клеточного звена иммунитета содержания IgА, а также фагоцитарной активности нейтрофилов и