

группы с патологическими изменениями в легких в 14 (34,1%) случаях. При этом кашель и одышка отмечались у больных инфильтративным туберкулезом легких в 8 (19,5%) и фиброзно-кавернозным – в 6 (14,6%) случаях. При перкуссии укорочение легочного звука установлено при инфильтративном туберкулезе легких и фиброзно-кавернозном туберкулезе легких – в 17,4% случаев.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Статистический сборник по туберкулезу в Республике Казахстан / Под ред. Ш.Ш. Исмаилова.- Алматы, 2009. – Астана. – С. 65; 2. Рабухин А.Е. Туберкулез органов дыхания у взрослых. – М.: Медицина, 1976. – 360 с.; 3. Беллендир Э.Н., Шендерова Р.И. Патогенетический аспект диагностики туберкулезного лимфаденита // Пробл. туб. – 1998. – №4. – С. 46.

ТҰЖЫРЫМ

ӨКПЕ ТУБЕРКУЛЕЗІМЕН БІРЛЕСКЕН ШЕТКІ ЛИМФА ТҮЙІНДЕРІ ТУБЕРКУЛЕЗІНІҢ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЯЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІГІ

Н.Ж. Човдурбаев, Н.А. Бондаренко, С.Д. Алимгужинов

ҚР Қорғаныс министрлігінің Әскери клиникалық госпиталы, Алматы қ.

Шеткі лимфа түйіндері туберкулезі кезіндегі асқынуының себебі өкпедегі туберкулез үрдісінің болуы. Бақылау тобындағы науқастардың 53,7% өкпе туберкулезінің белсенді сатысының аурудың жедел басталуымен (56,1%), бірнеше лимфа түйіндерінің зақымдалуының бірлесуі анықталады.

SUMMARY

CLINICO-MORPHOLOGICAL FEATURES OF TUBERCULOSIS OF PERIPHERAL LYMPH NODES, COMBINED WITH PULMONARY TUBERCULOSIS

N. Zh. Chovdurbaev, N.A. Bondarenko, S.D. Alimguzhinov

Military Clinical Hospital of the Ministry of Defense of the Republic of Kazakhstan, Almaty c.

The existence of a tubercular process in light is an aggravating factor in the tuberculosis of peripheral lymph nodes. The 53.7% of the patients of the control group is combined with pulmonary tuberculosis in active phase, which flows with multiple groups of lymph nodes (53,6%), with acute onset of disease (56,1%).

УДК 616.428-0002.5-08

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ

Н.Ж. ЧОВДУРБАЕВ, С.Д. АЛИМГУЖИНОВ, Н.А. БОНДАРЕНКО
Военный клинический госпиталь Министерства обороны РК, г. Алматы

В течение последних лет туберкулез периферических лимфатических узлов (ТПЛУ) в структуре заболеваемости внелегочным туберкулезом в Республике Казахстан прочно занимает второе место [1].

По данным национального регистра по туберкулезу (НРТБ), удельный вес больных с ТПЛУ среди всех больных с впервые выявленным туберкулезом внелегочной локализации в Республике Казахстан варьировал от 6,6% в 2007 г. до 8,7% в 2009 г.

Основой комплексного лечения туберкулеза – является этиотропная терапия [2], что нашло доказательство во фтизиатрической практике [3, 4]. При активном ТПЛУ назначаются 4-5 препаратов в зависимости от процесса и категории, в соответствии с приказом МЗ РК №466 от 2007 г. [5].

Цель работы – повышение эффективности комплексного лечения больных туберкулезом периферических лимфатических узлов.

Задачи исследования – определить эффективность комплексного лечения больных туберкулезом периферических лимфатических узлов

Материал и методы

Комплексное лечение ТПЛУ включала в себя этиотропное и патогенетическое лечение.

Этиотропная терапия больным ТПЛУ проводилась в виде стандартной контролируемой химиотерапии. В качестве патогенетической терапии применен иммуномодулятор беталейкин.

Нами в туберкулезном отделении ВКГ МО РК 35 больным ТПЛУ с целью иммунокоррекции применен иммуномодулятор беталейкин и 34 больных (контрольная группа), которые не получали беталейкин. Способ заключался в следующем: через 2 недели после начала специфической терапии в комплексе с противотуберкулезной

терапией применялся иммуномодулятор беталейкин. Назначался подкожно в нижнюю треть предплечья из расчета 1,5 н/г на кг веса больного. Содержимое ампулы разводили в 0,5-1,0 мл стерильного изотонического 0,9% раствора натрия хлорида и вводили подкожно в виде трех инъекций через 48 часов. Сравнимые группы больных были идентичными и по клиническим формам туберкулеза периферических лимфоузлов, и по данным лабораторных исследований.

Результаты и обсуждение

Применения в качестве патогенетической терапии иммуномодулятора беталейкин статистически достоверно способствует:

1) уменьшению размеров патологически измененных лимфоузлов в 80,0% случаев через 1,5-2 месяца лечения до IV размера у 62,8%, до V размера – у 37,2% больных ($P < 0,05$).

2) закрытию свищей к 1 месяцу у 25,0%, ко 2 месяцу – 58,3%, к 3 месяцу у 16,6% больных, сократив при этом сроки в среднем на 1,5-2 месяца ($P < 0,05$).

3) быстрому купированию симптомов интоксикации в 85,7% в первые 3 месяца лечения ($P > 0,05$).

4) сокращению сроков исчезновения явлений периаденита в среднем на 0,5-1 месяца. В большинстве случаев явления периаденита исчезли на 1 месяце в 37,1%, на 1,5 месяце – 42,8% случаев ($P > 0,05$).

В большинстве случаев в иммунограммах наблюдалось повышение титра ПТП. Через месяц от начала иммунотерапии происходило достоверное снижение титра противотуберкулезных антител у лиц с повышенным титром и незначительное повышение их уровня в периферической крови у больных с низкими исходными показателями, что позволило говорить об иммунокорригирующем действии препарата.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Статистический сборник по туберкулезу в Республике Казахстан / Под ред. Ш.Ш. Исмаилова. – Алматы, 2009. – Астана. – С. 65; 2. Жангиреев А.А., Исмаилов Ш.Ш., Берикова Э.М. Лечение больных впервые выявленным туберкулезом легких в режиме DOTS-стратегии // Пробл. туб. – 2000. – №3. – С. 23-25; 3. Иванова Л.А. Современные методы коррекции этиопатогенетической терапии деструктивных форм туберкулеза легких: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук: 16.02.95. – СПб., 1995. – 31 с.; 4. Смаилова Г.А., Марданов С.К., Рудой Н.М. Лекарственная непереносимость противотуберкулезных препаратов и методы ее устранения // Пробл. туб. – 1991. – №6. – С. 32-35; 5. Сборник приказов МЗ РК №245, №452, №466 и №467 от 3 августа 2007 г. Алматы.

ТҰЖЫРЫМ

ШЕТКІ ЛИМФА ТҮЙІНДЕРІ ТУБЕРКУЛЕЗИНІҢ КОМПЛЕКСТІК ЕМІ

Н.Ж. Човдурбаев, С.Д. Алимгужинов, Н.А. Бондаренко

ҚР Қорғаныс министрлігінің Әскери клиникалық госпиталы, Алматы қ.

Бұл мақалада шеткі лимфа түйіндерінің туберкулезімен ауырған науқастардың иммуномодулятор беталейкінді қолданғандағы комплекстік емнің нәтижесі көрсетілген. Біз жасап шығарған осы тәсілді қолдану консервативті емнің нәтижесін жақсартуға және ауру рецидивтерін болдырмауға мүмкіндік берді.

SUMMARY

COMPLEX TREATMENT OF TUBERCULOSIS PERIPHERAL LYMPH NODES

N.Zh. Chovdurbaev, S.D. Alimguzhinov, N.A. Bondarenko

Military Clinical Hospital of the Ministry of Defense of the Republic of Kazakhstan, Almaty c.

This article presents the results of the integrated treatment of TPLU with the use of the immunomodulator betalejkin. The US developed by way of improved results of conservative treatment and avoid the recurrence of the disease.

ПЕДИАТРИЯ

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛИВ.52 ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

Л.Л. ЧЕН, Р.Б. ТЕМИРХАНОВА

Городская детская больница №2, г. Астана

В 2010 году на базе поликлинического отделения ГДБ №2 г. Астана было принято 8114 детей, из них 4393 ребенка с нарушением желчевыведения, что составило 54% от всех принятых детей.

Дискинезии желчевыводящих путей у детей – это наиболее распространенная патология билиарной системы. Термин “дискинезии” дословно переводится как “расстройства движения” и обозначает ненормальную, некоординированную функцию гладкой мускулатуры. А термин “билиарный” происходит от слова bilis – желчь и соответствует понятию “желчный” [1].

Часто в медицинской литературе и документации можно встретить аббревиатуру “ДЖВП”. Нередко дискинезия желчевыводящих путей у детей диагностируется недостаточно рано, а это приводит к несвоевременному лечению больных и затрудняет в дальнейшем профилактику сложных заболеваний органов пищеварения у взрослых. В последние годы признается факт, что ДЖВП – не первичное заболевание, а одно из клинических проявлений той или иной более серьезной патологии верхнего отдела пищеварительного тракта (гастродуоденита, язвенной болезни, панкреатита и др.) [4, 11].

Нарушения двигательной функции и деятельности сфинктеров (мышц-сжимателей) аппарата желчевыводящих путей лежат в основе развития застоя желчи. Проявляется застой желчи (холестаз) расстройствами циркуляции желчи в печени и в кишечнике, изменением физико-химических свойств самой желчи и ее компонентов. Холестаз способствует снижению бактерицидных свойств желчи, что способствует более легкому заселению кишечника гельминтами [7].

Клиника

При гипертонической форме ДЖВП дети жалуются на приступообразную, колющую боль в правом подреберье

или в правом боку. Дети младшего возраста указывают на околопупочную зону [8].

Очень редко наблюдается иррадиация болей в правое плечо, лопатку. Достаточно характерный симптом для этого состояния – резкая коликообразная боль в правом боку при быстром беге или быстрой ходьбе, что объясняется дополнительным растяжением капсулы и без того увеличенной печени при повышенном притоке венозной крови. Особенно ярко этот симптом проявляется на уроках физкультуры или на тренировках, во время подвижных игр, занятий танцами. Гипотоническая форма ДЖВП характеризуется почти постоянной, ноющей тупой болью в правом боку. Эмоциональное напряжение, погрешности в питании могут усилить болевые ощущения. Непременным спутником заболевания является диспепсия. У детей снижается аппетит, их часто беспокоит тошнота. Нередко маленькие пациенты не переносят жирную и сладкую пищу: после ее употребления у них появляется тошнота и рвота. Иногда дети старшего возраста жалуются на горький привкус во рту. Появляется неустойчивый стул [10]. При объективном осмотре врач выявляет зоны болезненности при пальпации в правом подреберье, усиление болей при постукивании ребром ладони по краю реберной дуги. У большинства детей увеличивается печень, и ее край прощупывается на 1-2 см ниже реберной дуги [3].

Диагностика основана на анализе жалоб, данных осмотра и результатов дополнительных методов исследований. Ценным диагностическим методом при данной патологии является ультразвуковое исследование. УЗИ позволяет выявить характер двигательных нарушений желчного пузыря, диагностировать аномалии желчевы-