

**Тұжырымдар:** вирусқа қарсы және иммуномодуляциялаушы әсері бар кешенді әрекетті препарат ретінде жыныс мүшелерінің ұшығы бар науқастарды емдеуге Гроприносинді ұсынуда болады. Бұл аурудың қайталануын ескертуге және вирус элиминациясына жетуге мүмкіндік береді.

**Негізгі сөздер:** генитальдық герпес, ВПГ-1, ВПГ-2, элиминация, рецидив, иммунды түзету, Гроприносин.

## SUMMARY

O.I. SHARIPOVA, M.A. SHARIPOV, A.V. LI,  
S.V. BUDYAKOV, YU.A. GLEBOV, A.K. MUSAIPOV,  
D.U. SAYDAZOV, S.M. SADYKOV.

Regional Hospital, Petropavlovsk c.

**EXPERIENCE IN THE TREATMENT OF UROGENITAL HERPES**

**The aim of the study:** authors evaluated the effectiveness of inclusion by groprinosin, which has antiviral and immunomodulatory effects in drug therapy.

**Materials and methods:** observation 10 male patients with a typical form of the urogenital herpes with localized lesions of the penis ( the glans and foreskin ). All patients had been receiving Groprinosin for 12 days. Results: Groprinosin gave a good result , a significant reduction in symptoms had observed after 5 – day treatment .

**Conclusion:** Groprinosin can be recommended for the treatment of patients with urogenital herpes as medication with complex action : antiviral and immunomodulatory. This allows for elimination of the virus and prevent recurrence of the disease.

**Key words:** genital herpes, HSV-1, HSV-2, elimination, recurrence, immunotherapy, Groprinosin.

## ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

УДК 616.24-071

Н.Б. АЙАЗБАЕВ

Алматинский региональный онкологический диспансер, г. Алматы

## ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЁГКИХ (случай из практики)

*В данной статье описан редкий случай операционной находки – инородного тела в плевральной полости.*

**Ключевые слова:** заболевания лёгких, дифференциальная диагностика, инородное тело в плевральной полости.

**Б**урное развитие медицины в последние десятилетия, особенно в области лучевой диагностики, эндоскопии и клинических дисциплин, обусловило впечатляющие достижения современной пульмонологии.

Вместе с тем диагностика бронхолёгочных заболеваний как на амбулаторном, так и на стационарном этапах, часто запаздывает или выставляется ошибочный диагноз. Общеизвестны диагностические сложности при пневмонии, туберкулёзе, саркоидозе, бронхоэктатической болезни и опухолевых заболеваниях. При обследовании больных бронхолегочной патологией уже на амбулаторном этапе нередко происходит неверная интерпретация полученной информации. Расхождения направительного диагноза, выставленного при амбулаторном обследовании, и клинического диагноза, верифицированного при детальном стационарном обследовании, составляют для внебольничной пневмонии 15-50%, а по некоторым данным и более [1, 2].

В последние годы заболевания лёгких рассматривают как собирательное понятие, объединяющие совокупность нескольких клинически по-разному протекающих заболеваний. При некоторых заболеваниях лёгких (бронхоэктатическая болезнь, саркоидоз, туберкулез лёгких) диагностика на основании клинических проявлений, особенно на ранних этапах развития, представляет определенные трудности [3].

Из методов клинического обследования наибольшее значение в диагностике заболеваний лёгких имеет сбор анамнестических данных. Недостаточно лишь фиксировать посещения больными лечебных учреждений с указанием предположительных диагнозов. Известно, что между возникновением заболевания и явным клиническим проявлением проходит от 6 месяцев до трех лет и более. Внимательный расспрос позволяет достаточно

точно установить время возникновения симптомов и динамику их развития. Наиболее постоянными жалобами больных заболеваниями лёгких являются кашель, продуктивный или непродуктивный, общая слабость, повышение температуры тела, боли в грудной клетке [4].

Описание инородных тела медицинского характера в плевральной полости в специальной литературе не найдено. Учитывая трудности диагностики заболеваний лёгких, приводится редкий случай из клинической практики.

**Больной Г., 59 лет,** история болезни № 2763/407, поступил в отделение хирургии Алматинского регионального онкологического диспансера 12.10.10 года с предварительным диагнозом: Рак нижней доли левого легкого.

**Жалобы при поступлении:** кашель с обильной гнойной мокротой, боли в левой половине грудной клетки, слабость, периодические повышения температуры тела до 38°С.

**Anamnesis morbi.** Болеет около 3 месяцев. По месту жительства лечился с диагнозом: Абсцедирующая пневмония нижней доли левого лёгкого. Проведено лечение: антибактериальная, дезинтоксикационная и общеукрепляющая терапии. Состояние больного в динамике оставалось без изменений.

**Anamnesis vitae.** В 1986 году больному в одной из клиник Крымской области Украинской ССР произведена операция по поводу туберкулеза верхней доли левого легкого – торакотомия слева, краевая резекция верхней доли левого легкого.

**Status praesens.** Состояние больного средней тяжести. Сознание ясное. На вопросы отвечает четко. Среднего телосложения. Кожные покровы розовые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка – нормостеник. Слева по III межреберью от среднеподключичной до задней подмышечной имеется операционный рубец. Дыхание справа везикулярное. Хрипов нет. Слева

в нижних отделах ослабленное. Множественные влажные хрипы. Незначительное отставание левой половины грудной клетки в акте дыхания. При пальпации – слева в нижелегочном поле голосовое дрожание ослабленное. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. Пульс 88 уд. в 1 мин. А/Д 120/70 мм рт.ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий безболезненный. Печень не увеличена. Стул и диурез не нарушены.

Больной неоднократно консультирован в туберкулезном диспансере и в НЦПТ РК – данных за активный туберкулез органов дыхания нет.

Рентгенография и КТ органов грудной клетки от 01.10.10 года. На серии КТ-органов грудной клетки на верхушке левого легкого определяется цепочка танталовых скрепок. С обеих сторон в кортикальных отделах легких, преимущественно в верхних долях, определяются крупные воздушные полости с толстыми стенками. Легочный рисунок деформирован. В заднебазальном отделе нижней доли левого легкого определяется образование овальной



Рисунок 1 – Обзорная рентгенограмма больного Г., 59 лет. В проекции нижнего легочного поля левого легкого определяется затемнение средней интенсивности с нечетким контурами

формы, с неровными контурами, с толстой «капсулой», неоднородной ячеистой, кистовидной внутренней структурой. Пройодимость трахеи, главных, долевого и сегментарных бронхов сохранены. Купол диафрагмы приподнят. Тень средостения не расширена.

Заключение: Состояние после краевой резекции верхней доли левого легкого. Хр. бронхит. Буллезная эмфизема. Образование нижней доли левого легкого, не исключается узловатая форма бронхиолоальвеолярного рака (рисунки 1, 2).

ФБС. Голосовая щель широкая, симметричная. Кольца трахеи рельефно выступают в просвет. Карина прямая, острая, основание ее не расширено. Справа без видимой патологии. Слева в нижней доли левого легкого большое скопление гнойной мокроты. Аспирация. При осмотре сегментарных бронхов определяются застойные явления, некоторая отечность слизистой оболочки. Заключение: застойный хронический эндо-бронхит слева с гнойным компонентом в нижней доли левого легкого.

Больному в отделении проведена трансторакальная пункция с взятием мазков на цитологическое исследование – атипичных клеток не обнаружено.

После предоперационной подготовки произведена операция (26.10.10 г.): торакотомия слева, ревизия, краевая резекция нижней доли левого легкого с удалением инкапсулированного инородного тела (операционная находка – инкапсулированная салфетка с явлениями инфицирования и распада).

Гистология №5596-98 – заключение: ткань легкого с утолщенными стенками бронхов, выраженной лимфоидной инфильтрацией, полями склероза, гиалиноза и карнификации.

Исход. На 10-е сутки больной выписан в удовлетворительном состоянии с рекомендациями.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

- 1 Зиц В.Р., Зиц С.В. Клинико-рентгенологическая диагностика болезней органов дыхания. – М.: Логосфера, 2009
- 2 Авдеева О.Е., Авдеев С.Н., Чучалин А.Г. Идиопатический фиброзирующий альвеолит // Рус.мед. журн. – 1998. – №4. – С. 228-241
- 3 Борисов С.Е., Соловьева И.П., Евфимовский В.П и др. Диагностика и лечение саркоидоза органов дыхания (пособие для фтизиатров и пульмонологов) // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2003 – №6. – С. 51-64
- 4 Клиническая онкопульмонология./ Ред. А.Х. Трахтенберг, В.И. Чиссов. –М.: ГЭОТАР-МЕД., 2000. – С. 107-108

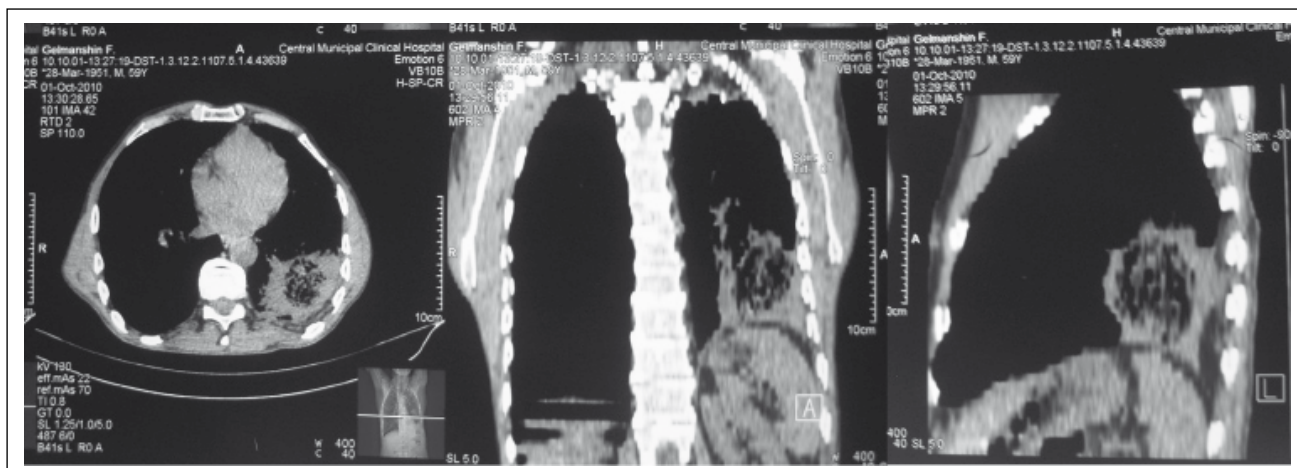


Рисунок 2 – КТ-данные больного Г., 59 лет

ТҰЖЫРЫМ

**Н.Б. АЙАЗБАЕВ**

*Алматы аймақтық онкологиялық диспансері*

**ӨКПЕ АУРУЛАРЫНЫҢ ДИАГНОСТИКАСЫНЫҢ ТАЛДАУДЫҢ ҚИЫНДЫҚТАРЫ (Практикада кездескен жағдай)**

Осы мақалада, өкпе ауруларының диагностикалық талдаудың қиындықтары, науқас кешенді (рентгенограмма, компьютерлік томография, эндоскопиялық пен цитологиялық) зертеулер жасалып және емдеу жүргізілгеніне қарамастан науқастың жағдайы жақсармады. Тек диагностикалық ота ғана аурудың себебін анықтап қана қоймай, оны толығымен жазылуына мүмкіндік берді. Ота кезіндегі табылған бөгде дене – салфетка.

**Негізгі сөздер:** өкпе аурулары, диагностикалық талдау, кеуде қуысындағы бөгде дене.

SUMMARY

**N.B. AYAZBAYEV**

*Almaty Regional Oncological Hospital*

**DIFFICULTIES BY DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF LUNGS DISEASES (Experience from practice)**

This article describes the complexity of the differential diagnosis of lung diseases. Despite the making a comprehensive (X-ray, CT scan of the chest, endoscopic and cytologic) examination and treatment, the patient's condition did not improve. During the diagnostic surgery it was available not only to find out the cause of the disease, but also finally cure the patient. Surgery find – is the foreign body in the pleural cavity.

**Key words:** lung diseases, differential diagnosis, foreign body.

ПЕДИАТРИЯ

**Г.Т. МЫРЗАБЕКОВА, Ж.Б. ДОСИМОВ**

*Западно-Казахстанская государственная медицинская академия, г. Актөбе*

*Алматинский государственный институт усовершенствования врачей, г. Алматы*

**КИШЕЧНЫЕ КОЛИКИ У ДЕТЕЙ И ИХ КОРРЕКЦИЯ**

*В данной статье представлен обзор по функциональным нарушениям со стороны желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста.*

*Комплексное, своевременное и адекватное лечение функциональных нарушений органов пищеварения у детей является важным фактором предупреждения развития у маленьких пациентов более серьезных патологических состояний.*

*Одним из представителей препаратов симетикона в Казахстане авторами выбран препарат Боботик. 1 мл эмульсии Боботика содержит симетикона (диметикон, активированный кремния диоксидом в виде 30% эмульсии) 66,66 мг, 1 мл содержит приблизительно 27 капель, форма выпуска – оральные капли с фруктовым запахом.*

*Преимуществами применения Боботика в детской практике являются эффективное устранение симптомов вздутия кишечника, смягчение болезненной колики у детей.*

*Боботик не всасывается в кровь и действует только в просвете кишечника, не влияет на микрофлору кишечника и всасывание пищи, безопасен при длительном применении, не содержит сахара, красителей и лактозы.*

**Ключевые слова:** кишечные колики, симетикон, Боботик, детская практика, вздутие кишечника.

**К**ишечные младенческие колики являются частым проявлением функциональных нарушений (ФН) со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у детей раннего возраста. Согласно данным Т. Килгур [2], 17% обращений к врачу-педиатру родителей детей первых месяцев жизни связано с кишечными коликами. Важный вклад в учение о функциональных нарушениях со стороны пищеварительного тракта внес D. Drossman (1994), который доказал, что основой функциональных нарушений является развитие гастроинтестинальных симптомов при отсутствии структурных или биохимических нарушений. В настоящее время, согласно современной классификации («Римские критерии диагностики III», 2006), у детей выделены две группы ФН ЖКТ – G и H. K группе G относят ФН ЖКТ у новорожденных и детей раннего возраста, а к группе H – ФН у детей и подростков. K группе G относятся: G1 – регургитация у младенцев, G2 – синдром руминации у младенцев, G3 – синдром циклической рвоты, G4 – младенческие кишечные колики, G5 – функциональная диарея, G6 – дисхезия младенцев, G7 – функциональный запор

Регуляция функций ЖКТ осуществляется нервной и эндокринной системами. Функциональные нарушения ЖКТ, как правило, связаны именно с расстройствами систем саморегуляции кишечника. Основную роль в нервной

регуляции функций ЖКТ играют собственная нервная система кишечника, которая является частью центральной нервной системы (ЦНС) и состоит из множества (около 100 млн.) нейронов. Нейроны нервной системы кишечника сгруппированы в ганглиях, соединены переплетениями нервных отростков в два главных сплетения – мезентериальное (мейсснеровское) и подслизистое (ауэрбахово). При растяжении гладких мышц кишечника происходит стимуляция афферентных нейронов, которые воспринимают сигнал и передают возбуждение к промежуточным нейронам вегетативной нервной системы, которые участвуют в регуляции моторики и секреции. Связь нервной системы кишечника с ЦНС осуществляется через моторные и сенсорные симпатические и парасимпатические пути. Вегетовисцеральные нарушения встречаются более чем у 50% детей первого года жизни.

Помимо нервной системы, регуляцию функции ЖКТ осуществляет эндокринная система. Ряд гормоноподобных веществ (гастрин, секретин, холецистокинин, мотилин и др.) оказывает регулирующее влияние на моторную и секреторную функции ЖКТ. В генезе развития кишечных колик у детей показана роль холецистокинина, который обладает седативным действием, а также влияет на сокращение желчного пузыря и секрецию панкреатических ферментов. Возникновение кишечных колик связывают