Д.С. ДИЛЬМАГАМБЕТОВ, Г.Н. ТАНЖАРЫКОВА, Л.К. АСКАРОВА,
А.У. САРБАЕВ, К.С. АЛИБАЕВА, Ш.З. КУЛДЕЕВА

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ИНФИЛЬТРАТИВНОГО ТУБЕРКУЛЁЗА ЛЁГКИХ У БОЛЬНЫХ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Западно-Казахстанская государственная медицинская академия имени Марата Оспанова,
областной противотуберкулёзный диспансер, г. Актобе

Актуальность. На современном этапе в структуре заболеваемости туберкулёзом отмечается высокий удельный вес инфильтративного туберкулёза лёгких, который среди подросткового населения достигает 60 %. При этом более чем у половины пациентов заболевание характеризуется остропрогрессирующим течением с образованием каверн в лёгких и наличием бактериовыделения. По клинико-рентгенологической картине инфильтративные формы туберкулёза лёгких имеют сходство с неспецифическими болезнями органов дыхания, что затрудняет диагностический поиск и, вследствие этого, может приводить к поздней диагностике туберкулёза [1].

Следует также отметить, что среди подростков темпы снижения инфицированности и заболеваемости туберкулёзом обычно в 2-2,5 раза ниже, чем у детей, преобладают инфильтративные формы туберкулёза лёгких. Это объясняется своеобразием течения туберкулёза в подростковом возрасте и связывается с особенностями реактивности организма и нейрогуморальной регуляции в переходном возрасте [2].

Цель исследования - изучение эффективности лечения инфильтративного туберкулёза лёгких среди подростков.

Материалы и методы исследования. Данное исследование основано на изучении историй болезни и рентгенологических данных 31 больного с инфильтративным туберкулёзом лёгких, находившихся на стационарном лечении в детском отделении Актюбинского областного противотуберкулёзного диспансера в 2007-2008 годах. Выборка проведена посредством случайного отбора больных

Отмечено, что у подростков заболевание превалирует у лиц женского пола - 22 человека, что составило 70,9 %. Большинство больных учащиеся 10-11 классов.

Жителей сельских районов было 23, городских - 8, что соответственно составило 74,2 и 25,8 %. У 18 (58,1 %) подростков установлен контакт с больным туберкулезом, 11-ть - из социально-неблагополучного эпидокружения.

По распространенности превалировали долевые процессы в легких (21 случай), поражение сегмента было у 6 больных, поражение всего лёгкого - у 3 и двусторонняя локализация - в 1 случае.

Результаты исследования и их обсуждение. При взятии на диспансерный учёт и госпитализации в стационар всех больных комплексно обследовали, включая клинические, рентгенологические, микробиологические (3-х кратная бактериоскопия по методу Циль-Нильсена и посевы мокроты на МБТ на питательные среды Левенштейна-Йенсена) и лабораторные методы. В анализах мокроты бактериоскопическим методом у 14 (45,2±8,94 %) больных было обнаружено бацилловыделение. Рост колоний МБТ при культуральном исследовании отмечен в 12 случаях, что составило 38,7±8,75 %, из них устойчивость к противотуберкулёзным препаратам (ПТП) I ряда выявлена у 6 (50,0±8,98 %) пациентов: к 2-м препаратам - у 2 (33,3 %); множественная резистентность микобактерий - у 4 (66,7 %).

Обращает на себя внимание большое количество подростков, имевших сопутствующие заболевания, такие как железодефицитная анемия - 21 (67,7 %), хронические неспецифические заболевания лёгких - 9 (29,0 %), хронический гастрит - 2 (6,5 %), ревматизм, пиелонефрит и вегетососудистая дистония - по 1 (3,2 %) случаю, что повлияло на переносимость ПТП, развитие различных осложнений и на эффективность дальнейшего лечения.

Побочные реакции на ПТП встречались у 9 (29,0±8,15 %) подростков: в виде токсического проявления - у 3 больных; аллергического характера - у 6 больных. В 7 случаях побочные реакции выявлялись на 1 месяце лечения и в 2-х - на 2-3 месяцах. Временная отмена лекарственного препарата и назначение корригирующей терапии позволили ликвидировать проявления побочного действия и возобновить прием препаратов у всех пациентов Осложнения инфильтративного туберкулёза лёгких проявлялись в виде дыхательной недостаточности у 3 больных и экссудативного плеврита - у 2 больных.

Этиотропное лечение проводилось под непосредственным контролем, путем назначения противотуберкулёзных препаратов I ряда по стандартным схемам. Длительность интенсивной фазы

соблюдалась согласно лечебным категориям и зависела от распространенности процесса в лёгких, сроков прекращения бактериовыделения и рентгенологической динамики. Средняя длительность лечения в условиях стационара составила 263 дня. Продолжительность интенсивной фазы химиотерапии была в среднем 149 дней. Наряду с химиотерапией по показаниям назначались патогенетические, симптоматические, рассасывающие средства, витаминотерапия, гепатопротекторы, физиолечение и др.

Эффективность лечения оценивалась по показателям прекращения бактериовыделения и закрытия полостей распада. При мониторинге в конце 2-го месяца лечения конверсия мазка произошла в 64,3 % случаев (таблица), после продления интенсивной фазы до 3-4 месяцев еще в 2 (14,3 %) случаев.

Таблица 1

Сроки прекращения бактериовыделения и закрытия полостей распада

БК+ до начала лечения (чел.)	Сроки конверсии мазка мокроты, мес.		
	интенсивная фаза		в конце лечения (6-8)
	2	3-4	
14 (100,0 %)	9 (64,3±12,80 %)	2 (14,3±9,36 %)	11 (78,6±10,96 %)
CV+ до начала лечения (чел.)	Сроки закрытия полости распада, мес.		
	интенсивная фаза		в конце лечения (6-8)
	2	3-4	
21 (100,0 %)	14 (66,7±10,28 %)	4 (19,0±8,56 %)	18 (85,7±7,64 %)

Причиной сохранения бактериовыделения у 3-х больных явилась резистентность к ПТП (в 1-м случае к изониазиду и этамбутолу, в 2-х случаях - изониазиду, рифампицину и этамбутолу).

Ко 2-му месяцу закрытие полости распада достигнуто в 66,6 % случаев, к 4-му месяцу лечения в интенсивной фазе заживление деструкции лёгочной ткани наблюдалось у 85,7 %. В 14,3 % полость распада сохранялась.

Как показано в таблице, конверсия мазка составила 78,6 %, закрытие полости распада - 85,7 % произошло к концу курса химиотерапии.

Заключение. Таким образом, проведенное исследование позволяет дать оценку степени эффективности проводимых курсов химиотерапии по стандартным методикам при своевременно начатом лечении. Среди контингента с наличием бактериовыделения и без БК в мокроте было излечено 28 (90,3 %) подростков с инфильтративным туберкулёзом лёгких. Основным препятствием к успешному лечению была первичная резистентность возбудителя туберкулеза к ПТП.

Литература:

1. Коломиец В.М., Лебедев Ю.И. Фтизиопульмонология. Учебное пособие. - Москва: "Медицина". - 2005. - 563 с.
2. Янченко Е.Н., Греймер М.С. Туберкулёз у детей и подростков. - Москва. - 1999. - 232 с.

ТҮЙІН

Д.С. ДІЛМАҒАМБЕТОВ, Г.Н. ТАҢЖАРЫҚОВА, Л.К. АСҚАРОВА,
А.О. САРБАЕВ, К.С. ӘЛІБАЕВА, Ш.З. КҮЛДЕЕВА

ЖАСӨСПІРІМ ЖАСТАҒЫ НАУҚАСТАРДА ӨКПЕНІҢ ИНФИЛЬТРАТИВТІ ТУБЕРКУЛЕЗІНІҢ ЕМ НӘТИЖЕЛЕРІМЕН АҒЫМЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина академиясы,
облыстық туберкулезге қарсы диспансері, Ақтөбе қаласы

Жүргізілген зерттеу - уақытылы басталған емдеуінде стандарттық әдістеме бойынша жүргізілген химиотерапия курсының нәтиже дәрежелерін бағалауға мүмкіндік береді. Контингенттер арасында қақырықта БК(-) теріс және бактерия бөлушілері бар өкпенің инфильтративті туберкулезімен 28 (90,3 %) жасөспірім емделді. Емнің сәтті аяқталуына, туберкулезге қарсы дәрі-дәрмектерге туберкулез қоздырғышының біріншілік резистенттілігі негізгі кедергі болды.

SUMMARY

D.S. DILMAGAMBETOV, G.N. TANZHARYKOVA, L.K. ASKAROVA,
A.U. SARBAYEV, K.S. ALIBAYEVA, SH.Z. KULDEYEVA

PECULIARITY OF COURSE AND RESULTS OF TREATMENT OF INFILTRATIVE LUNGS TUBERCULOSIS IN TEENAGERS

West Kazakhstan Marat Ospanov state medical academy,
Regional antituberculous dispensary, Aktobe city

The conducted research allows to give the estimation of efficiency degree of conducted courses of chemotherapy according to standard techniques in due time begun treatment. Among patients with the presence bacterioexcretion and without BK in sputum 28 (90,3 %) teenagers with infiltrative lungs tuberculosis were cured. Primary resistance of tuberculosis causative agents to ATP was the basic obstacle to successful treatment.

К.Б. АБДРАХМАНОВ, Р.А. СУНДЕТОВА, Д.К. БЕКНИЯЗОВА, Н.И. ГЕРАСИМЕНКО

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ОСОБЕННОСТИ ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Западно-Казахстанская государственная медицинская академия имени Марата Оспанова, г. Актобе

Актуальность. В последние годы выявление причин возникновения задержки внутриутробного развития (ЗВУР) и особенностей развития детей с данной патологией становится неотложной задачей перинатологии, неонатологии и педиатрии [1].

По статистическим данным при сохраняющейся частоте преждевременных родов (6-7 %) удельный вес ЗВУР у преждевременно рожденных детей регистрируется в последние пять лет почти в 30 % случаев - в три раза чаще, чем у доношенных новорожденных [2].

Среди детей, умерших на первом году жизни, отмечалось 26 % ЗВУР у недоношенных и 16 % - у доношенных.

Классификации ЗВУР в неонатальной практике не полностью отвечают потребностям широкой клинической практики: врачей пренатальной диагностики, акушеров-гинекологов и педиатров. В настоящее время они порой не позволяют объективно оценить функциональные дефекты в процессе самого важного периода развития - внутриутробного, достоверно прогнозировать исходы у детей с ЗВУР.

Термин ЗВУР определяет отставание фетометрических данных новорожденного от нормальных значений для данного гестационного возраста, причиной которых являются патологические изменения в организме матери, плода или плаценты, влияющих на развитие внутриутробного плода. Оценка ЗВУР осуществляется по процентильным кривым, разработанным в каждом регионе.

В диагнозе ЗВУР Н.П. Шабалов рекомендует выделить этиологические факторы и состояния риска, клинический вариант, степень тяжести и течение интранатального и неонатального периодов. Такой подход к диагностике позволяет прогнозировать дальнейшее развитие ребенка.

Цель исследования - улучшение адаптации в раннем неонатальном периоде доношенных и недоношенных новорожденных с задержкой внутриутробного развития на основании изучения неврологических и метаболических особенностей.

Материалы и методы исследования. Наблюдения проведены у 250 новорожденных с ЗВУР, из них 140 доношенные и ПО недоношенные.

Важно выделить степени тяжести детей с гипотрофическим вариантом ЗВУР. У доношенных детей она определяется по массо-ростовому коэффициенту: I степень - 59-55; II степень - 54-50; III степень - менее