

поражения. 60% детей лечились либо в соматическом стационаре, либо в поликлинике по поводу различных заболеваний неспецифической этиологии. Во 2-й группе ¼ детей выявлены с той или иной формой туберкулеза при проведении туберкулинодиагностики (плановое профилактическое обследование, обследование по контакту) только у 16,6% детей были зарегистрированы жалобы при обращении к врачу.

Как удалось выяснить, детей из неблагополучных семей, не привитых БЦЖ, было 2 раза больше, чем во 2-й группе, что объяснялось большим числом патологии новорожденных в 1-й группе семей. Однако по поствакцинальным рубцам дети из семей обеих групп существенно не различались: размер рубца составил 2-4 мм, у половины детей он отсутствовал.

При поступлении в туберкулезное отделение у 60% детей из неблагополучных семей состояние было расценено как тяжелое, у 28,6% - как средней тяжести. Состояние заболевших детей из семей 2-й группы было расценено как тяжелое только в 17,2 % случаев. У детей из семей 1-й группы первичный туберкулезный комплекс и туберкулез внутригрудных лимфатических узлов диагностированы соответственно в 47,2 и 50,1% случаев. В то же время у детей из семей 2-й группы преимущественно (в 57,2% случаев) встречался туберкулез внутригрудных лимфатических узлов. Характерно отсутствие в 1-й группе ранней туберкулезной интоксикации, тогда как у детей из семей 2-й группы эта форма была установлена в 7,2% случаев. У детей из семей 1-й

группы почти в 3 раза чаще, чем у детей из семей 2-й группы отмечалось осложненное течение первичного туберкулеза (в 47 и 17,7% случаев соответственно), в основном острые гематогенные диссеминации. Туберкулиновая чувствительность по пробе Манту с 2 ТЕ ППД-Л у детей из благополучных семей была выше, чем у детей из неблагополучных семей.

При обследовании в стационаре, помимо специфической патологии, у ряда детей выявлены различные неспецифические процессы (рахит, гипотрофия, анемия, аскаридоз, лямблиоз, энтеробиоз, хронический тонзиллит, дискинезия желчевыводящих путей). Причем почти у половины детей 1-й группы туберкулезный процесс сочетался с гипотрофией и рахитом, а у детей из благополучных семей это сочетание встречалось в 3-4 раза реже.

Литература:

1. Туберкулез у детей и подростков//О.И. Король, М.Э. Лозовский.- Издательство «Питер».- 2005. – 424 стр.
2. Овсянкина Е.С., Кобулашвили М.Г., Губкина М.Ф. и др. Факторы, определяющие развитие туберкулеза у детей и подростков в очагах туберкулезной инфекции // Туберкулез и болезни легких.-2009.-№11.-с.19-23.
3. Игембаева К.С. и соавт. Клиническая структура туберкулеза органов дыхания у подростков // Материалы 6-го съезда фтизиатров Казахстана. – Алматы. 14-15 октября 2010. С. 101-103.

УДК:616-053.2-056.2

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ ГОРОДА СЕМЕЙ

К.Б. Дюсембекова

УЧМК «Венера», г. Семей

Резюме

Нами была проведена оценка состояния лимфоэпителиальной глоточной системы у часто болеющих детей различных возрастных групп в зависимости от клинического типа.

Анализ симптоматики поражения лимфоэпителиальной глоточной системы показало, что изменения лимфоэпителиального кольца была патогномичной для второго клинического типа часто болеющих детей во всех возрастных группах, однако и при первом клиническом типе отмечалась более чем у половины детей с тенденцией к увеличению в старших возрастных группах.

Тұжырым

СЕМЕЙ ҚАЛАСЫ ЖІІ АУЫРАТЫН БАЛАЛАРЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ

Біз әр түрлі жастағы жиі ауыратын балалардың клиникалық түріне байланысты лимфоэпителиалды жұтқыншақ жүйесінің жағдайын тексердік.

Сараптама қортындысы лимфоэпителиалды жұтқыншақ жүйесінің өзгерісі барлық жастағы жиі ауыратын балалардың екінші клиникалық түріне тән екендігін көрсетті, алайда бірінші клиникалық түрдің жартысынан астам балаларында жастары ұлғайған сайын лимфоэпителиалды жұтқыншақ жүйесінің өзгерістері болатындығы анықталды.

Summary

HEALTH STATE OF FREQUENTLY ILL CHILDREN AT SEMEY CITY

We conducted estimation the condition of lymph epithelial pharyngeal (throat) system at frequently ill children of different age groups at dependence from clinical type.

Analysis the symptoms of lymph epithelial throat system' damage showed that changes lymph pharyngeal ring were pathognomic for second clinical type of frequently ill children at different age groups. But at first clinical group was marked this specialty at more than half part of children group. Also present some tendency to increasing rate of revealing these changes at old age groups of first clinical type.

Результаты многочисленных эпидемиологических исследований свидетельствуют о том, что в среднем каждый ребенок переносит от 3 до 5 эпизодов ОРЗ в год

[1]. В зависимости от возраста, эпидемиологических и социальных условий удельный вес детей, часто болеющих острыми респираторными инфекциями, в детской

популяции может достигать 30-50% [2,3,4]. При этом состояние лимфоэпителиальной глоточной системы у то болеющих детей во многом определяет частоту и течение респираторных заболеваний.

Целью нашего исследования было изучение состояния лимфоэпителиальной глоточной системы у часто болеющих детей г. Семей.

Всего обследованы 155 часто болеющих детей в возрасте от 5 до 14 лет, распределенных на 3 возрастные группы: 5-6 лет (31,6%), 7-11 лет (33,6%) и 12-14 (34,8%) лет. В контрольную группу были включены эпизодически болеющие дети аналогичного возрастного состава.

Нами была проведена оценка состояния лимфоэпителиальной глоточной системы у часто болеющих детей

различных возрастных групп в зависимости от клинического типа. Полученные данные представлены в таблицах 1-3.

В младшей возрастной группе отмечалось значительное преобладание симптоматики нарушений морфофункционального состояния лимфоэпителиальной глоточной системы при втором клиническом типе. Так, гипертрофия глоточной миндалины была зарегистрирована у них в 73,9% случаев, при первом клиническом типе – в 26,9%, а II степени она достигала только при втором клиническом типе – в 21,7% случаев. Симптоматика аденоидита была зафиксирована при втором клиническом типе в 2 раза чаще, чем при первом (39,1%). Наконец, затрудненное носовое дыхание при втором клиническом типе зарегистрировано в подавляющем большинстве случаев (82,6%), в то время как при первом – примерно у половины детей (53,8%).

Таблица 1. - Особенности показателей состояния лимфоэпителиальной глоточной системы у часто болеющих детей младшей возрастной группы (5-6 лет) в зависимости от клинического типа.

Симптомы	Первый тип, n=26		Второй тип, n=23		P
	абс. число	%	абс. число	%	
Затрудненное носовое дыхание	14	53,8±9,8	19	82,6±7,9	<0,05
Гипертрофия глоточной миндалины:					
I степени	7	26,9±8,7	12	52,2±10,4	>0,05
II степени	-	-	5	21,7±8,6	<0,05
Аденоидит	5	19,2±7,7	9	39,1±10,2	>0,05

В возрастной группе 7-11 лет различия между клиническими типами по показателям состояния лимфоэпителиальной глоточной системы отчасти нивелировались. Так, общее число детей с гипертрофией глоточной миндалины при втором клиническом типе составило 24 (88,9%), а при первом – 13 (52,0%). Аденоидит был

диагностирован в 59,3% и в 36,0% случаев соответственно. Выявленная частота затрудненного носового дыхания составила 81,5% и 64,0% соответственно. При этом следует обратить внимание на увеличение частоты выявленных симптомов при обоих клинических типах по сравнению с младшей возрастной группой.

Таблица 2. - Особенности показателей состояния лимфоэпителиальной глоточной системы у часто болеющих детей средней возрастной группы (7-11 лет) в зависимости от клинического типа.

Симптомы	Первый тип, n=25		Второй тип, n=27		P
	абс. число	%	абс. число	%	
Затрудненное носовое дыхание	16	64,0±9,6	22	81,5±7,5	>0,05
Гипертрофия глоточной миндалины:					
I степени	11	44,0±9,9	14	51,9±9,6	>0,05
II степени	2	8,0±5,4	10	37,0±9,3	<0,05
Аденоидит	9	36,0±9,6	16	59,3±9,5	>0,05

В старшей возрастной группе были получены данные, представленные в таблице 3.

По отношению к двум ранее описанным возрастным группам, в возрасте 12-14 лет заметных отличий по частоте гипертрофии глоточной миндалины нами не было зарегистрировано. Напротив, при обоих клинических типах отмечалось повышение доли детей со II сте-

пенью гипертрофии. В то же время, доля детей с симптоматикой затрудненного носового дыхания и аденоидита уменьшилась, что, вероятно, связано с проводившимся у них лечением. Соотношения частоты выявления гипертрофии глоточной миндалины изменилось в сторону повышения при первом клиническом типе, аденоидита – при втором клиническом типе.

Таблица 3. - Особенности показателей состояния лимфоэпителиальной глоточной системы у часто болеющих детей старшей возрастной группы (12-14 лет) в зависимости от клинического типа

Симптомы	Первый тип, n=29		Второй тип, n=25		P
	абс. число	%	абс. число	%	
Затрудненное носовое дыхание	14	48,3±9,3	17	68,0±9,3	>0,05
Гипертрофия глоточной миндалины:					
I степени	12	41,4±9,1	12	48,0±10,0	>0,05
II степени	4	13,8±6,4	11	44,0±9,9	<0,05
Аденоидит	7	24,1±7,9	15	60,0±9,8	<0,05

Таким образом, симптоматика поражения лимфоэпителиальной глоточной системы была патогномичной для второго клинического типа часто болеющих детей во всех возрастных группах, однако и при первом клиническом типе отмечалась более чем у половины детей с тенденцией к увеличению в старших возрастных группах.

Литература:

1 Коровина Н.А., Чебуркин А.В., Заплатников А.Л., Захарова И.Н. Иммунокорригирующая терапия часто и длительно болеющих детей. - М., 2001. - С.68.

2 Макарова З.С. Часто болеющие дети и их реабилитация в условиях поликлиники // Поликлиника. - 2005. - №1. - С.14-17.

3 Таточенко В.К., Дорохова Н.Ф., Шмакова С.Г. Экологические факторы и болезни органов дыхания у детей // Экология и здоровье детей / под ред. М.Я. Студеникина, А.А. Ефимовой. - М.: Медицина, 1998. – С.247-272.

4 Самсыгина Г.А., Фитилев С.Б., Левин А.М. Биопрокс в лечении острых респираторных заболеваний у часто болеющих детей (по материалам многоцентрового исследования по программе ЧИБИС) // Педиатрия. – 2005. - №2. – С.81-86.

УДК 616.24-002-053.2

ЭМПИРИЧЕСКАЯ РАЦИОНАЛЬНАЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ МЕНИНГИТОВ У ДЕТЕЙ ГОРОДА СЕМЕЙ

Р.Е. Кулубеков, Н.Е. Аукенов, К.Ш. Амренова, М.О. Хамитова, А.А. Есенбаева, М.Р. Масабаева, Н.Б. Бекенова

Объединенная учебно-научная лаборатория, кафедра общей врачебной практики и эндокринологии, кафедра медицины катастроф и инфекционных болезней Государственный медицинский университет города Семей

Резюме

Гнойно – воспалительные процессы в оболочках и ткани мозга являются одними из самых тяжелых форм бактериологического, а иногда грибкового и вирусного процессов. В рациональной фармакотерапии такого вида инфекций, одно из основных мест занимают химиотерапевтические этиотропные препараты

Тұжырым

СЕМЕЙ ҚАЛАСЫНДАҒЫ БАЛАЛАРДА МЕНИНГИТТЕРДІ АНТИБИОТИКТЕРМЕН РАЦИОНАЛЬДЫ ЭМПИРИКАЛЫҚ ЕМДЕУ

Мидың қабаттарымен тіндеріндегі іріңді қабыну процесстер бактериологиялық, сондай-ақ ұсақ саңырауқұлақтармен және вирустармен шақырылған үрдістердің аса ауыр формаларының бірі болып табылады. Осындай инфекциялардың рациональды фармакологиялық емінде негізгі орындардың біріне этиотропты химиотерапиялық заттар ие болады.

Summary

THE EMPIC RATIONAL ANTIBACTERIAL THERAPY THE MENINGITIDES

The meningitides and other diseases of mind are very difficult forms bacteriological, And not more often micos and virus infection. In rational pharmacotherapy one of the main are antibacterial preparations.

Гнойно – воспалительные процессы в оболочках и ткани мозга являются одними из самых тяжелых форм бактериологического, а иногда грибкового и вирусного процессов. В рациональной фармакотерапии такого вида инфекций, одно из основных мест занимают химиотерапевтические этиотропные препараты, активные в отношении возбудителей инфекции. Немаловажное значение имеют также средства патогенетической и симптоматической терапии, без которых рациональность лечения, как правило, не может быть обеспечена. Однако вопрос о наиболее эффективной и безопасной патогенетической и симптоматической фармакотерапии

при инфекциях мозга (ЦНС) необходимо рассматривать отдельно, поскольку не все они, как впрочем, и антибактериальные лекарственные средства могут быть применены для рационального лечения менингитов. Основное препятствие – это плохое проникновение или вообще не проникновение через гематоэнцефалический барьер.

В таблице 1 представлены основные антибактериальные препараты, которые по проведенным нами исследованиям, могут применяться для лечения инфекций ЦНС в г. Семей.

Таблица 1. Основные антибактериальные лекарственные средства для химиотерапии менингитов

Класс химиопрепаратов	Представители
Бета – лактамы: Пенициллины	Бензилпенициллин, ампициллин, оксациллин, метициллин, мезлоциллин, пиперациллин, тикарциллин, азлоциллин
Цефалоспорины	Цефуроксим, цефтриаксон, цефотаким, цефтазидим, цефпирим
Производные пара - нитрофенила	Хлорамфеникол
Аминогликозиды	Гентамицин, амикацин, тобрамицин. Метилмицин
Гликопептиды	Ванкомицин
Фторхинолоны	Пефлоксацин, ципрофлоксацин, офлоксацин
Сульфаниламиды+диаминопиримидины	Ко – тримоксазол, сульфатон и аналоги
сульфаниламиды	Сульфазин, сульфамонетоксин, сульфапиридазин, др.
Ди-N- оксихиноксалины	Диоксидин
5 - нитроимидазолы	Метронидазол, тинидазол, орнидазол