

связи этих явлений можно считать лишь исчезновение дерматоза после излечения опухоли и его рецидив при повторном ее появлении и метастазах. Однако и эти критерии не универсальны, так как они неприменимы при неоперабельных опухолях, при отсутствии рецидивов и метастазов.

По мнению Н.С. Потекаева, больных с буллезными высыпаниями следует относить к группе повышенного онкологического риска. Данные литературы свидетельствуют о том, что вульгарная пузырчатка является паранеопластическим процессом у 12% больных. Чаще опухоли локализируются в женских гениталиях, молочной железе, легком, желудке, поджелудочной железе, мочевом пузыре, простате, бронхах. Обычно кожные и онкологические симптомы появляются с интервалом менее 1 года, но иногда опухоль обнаруживается на аутопсии или буллезные элементы возникают одновременно с метастазами.

В своей практической деятельности мы наблюдали 5 больных с паранеопластическими буллезными дерматозами. При поступлении 2 больным был поставлен диагноз вульгарный пузырчатка (с поражением только слизистых), 2 – дерматит Дюринга, 1 – многоформной экссудативной эритемы или паранеопластического буллезного дерматоза. Таким образом, только у 1 больной из 5 при поступлении был заподозрен паранеопластический процесс, так как в анамнезе у нее была операция по поводу опухоли матки. Среди больных было 3 женщины и 2 мужчины в возрасте от 60 до 73 лет.

Больные дерматитом Дюринга (мужчина и женщина 73-70 лет соответственно) имели давность заболевания до 6 мес., жалоб общего плана не предъявляли. Однако, у мужчины при обследовании в общем анализе мочи отмечены протеинурия до 1,6%, лейкоцитурия и значительное число свежих выщелоченных эритроцитов.

Заболевания у больных начиналось остро, связь с каким-либо фактором они назвать не смогли. У обоих больных наблюдались полиморфизм высыпаний, их группировка, зуд при удовлетворительном общем состоянии, процесс был распространенный, высыпания располагались на коже туловища, конечностей, лице. Проба Ядассона отрицательная, при неоднократном исследовании содержимого пузырей эозинофилы и акантолитические клетки не обнаружены. Гистоморфологические исследования выявили внутриэпидермальное расположение пузырей, в инфильтрате большое количество эозинофилов и лимфоцитов. Проведенное обоим больным лечение ДДС эффекта не дало. Учитывая своеобразие течения дерматоза как в клиническом, так и в параклиническом аспекте, больных обследовали для исключения онкологического процесса. Выявлены опухоль матки и опухоль мочевого пузыря. Больные

переведены для лечения в специализированный стационар и в дальнейшем прооперированы.

Больные, которым при поступлении был поставлен диагноз пузырчатка слизистых, мужчина и женщины в возрасте 65 лет с давностью заболевания у больной 2 года, у больной 2 мес. Они безуспешно лечились у стоматологов по месту жительства с диагнозом стоматита. При поступлении больная жаловалась на болезненность в области прямой кишки, которая усилилась в период пребывания в стационаре, в анамнезе – геморрой. Больной в течение 20 лет страдал гастритом с повышенной секрецией, периодические обострения отмечал в весеннее и осеннее время. Болевого симптома при лечении не было.

При поступлении в стационар у больной слизистой полости рта, конъюнктиве, шейки матки наблюдались эрозивные дефекты размером от просяного зерна до 3 – копеечной монеты, ярко-розового цвета, на отдельных элементах беловатый налет. Клиническая картина заболевания таковой при пузырчатке слизистых, однако оба больных жаловались на резкую болезненность очагов поражения, что не соответствует глубине эрозивных дефектов. Диагноз заболевания подтвержден неоднократным нахождением в мазках-отпечатках с очагов поражения клеток Тцанка. Начато лечение кортикостероидными гормонами в высоких дозах. Лечение эффекта не дало. Присоединение метотрексата привело к клиническому улучшению, однако ремиссия не была достигнута. Учитывая торпидное течение заболевания, больных обследовали для исключения паранеопластического процесса. У мужчины выявлена карцинома желудка, у женщины – опухоль прямой кишки. Больные также были переведены для лечения в специализированные стационары.

Таким образом, необходимо тщательное обследование больных с буллезными дерматозами при наличии у них хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта на предмет онкологических заболеваний.

Литература:

1. Ашмарин Ю.Я., Буров Г.П., Жгун А.А. // клин.мед. – 1959. - №4. – С. 142 – 144.
2. Мизонова Т.П. // Вестн.дерматол. – 1974. - №11. – С. 46-49.
3. Потекаев Н.С., Кечкер В.И., Николаев Л.П. // Злокачественные новообразования и везикулобуллезные дерматозы. – М., 1964. – С.227-232.
4. Трапезников Н.Н., Каламкарян А.А., Шадыев Х.К.// Вестн.дерматол. – 1983. - №4. – С. 37-42.
5. Трапезников Н.Н., Шадыев Х.К., паранеопластические дерматозы. – Ташкент, 1986.

УДК 614.2-616-002.5-08

КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНАЯ СТРУКТУРА БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Г.К. Кабышева

КГКП «Региональный противотуберкулезный диспансер №2», г. Семей

Резюме

Среди наших больных мужчины составили 63,1%, а лица до 50 лет составили 75,8%. Среди клинических форм туберкулеза легких преобладал инфильтративный туберкулез составивший 76,9%. При исследовании социального состава не работающие составили 58,2% и 31,5% больных страдали хроническим алкоголизмом.

Тұжырым**ӨКПЕ ТУБЕРКУЛЕЗІМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ ЖӘНЕ СОЦИАЛДЫҚ ҚҰРЫЛЫМЫ**

Біздің аурулардың арасында ер адамдар 63,1% пайызды құрады. Ал 50 жасқа дейінгілер 75,8% пайызды құрады. Тыныс ағзаларының клиникалық түрлерінің ішінен инфильтративті өкпе туберкулезі 76,9% пайызды құрады. Аурулардың социалдық құрамын зерттегенде олардың 58,2% пайызды жұмыс істемейтіндер болса, ал 92 аурулардың 29-зы, яғни 31,5% пайызы созылмалы алкогольизммен ауыратындар екені анықталады.

Summary**CLINIC-SOCIAL STRUCTURE BY SICK TUBERCULOSIS LIGHT**

Among our patients men 63.1% prevailed, on age of the person till 50 years have made 75.8%. Among clinical forms prevailed infiltrative having made 76.9%. On the Social composition not working have made 58.2%, and persons suffering chronic alcoholism 31.5%.

Туберкулез всегда имел определенные черты, которые отражали общие социальные проблемы государства, как социальное заболевание. Туберкулез поражает наиболее уязвимые слои населения, бедных и лиц с плохим питанием, поражает наиболее молодой контингент в наиболее продуктивном возрасте (1-3).

Целью нашего исследования явилось изучение и выявление причин способствующих росту заболеваемости туберкулезом в современных условиях.

Материалы и методы. Материалом служили 92 больных, (взрослых) страдающих различными формами туберкулеза органов дыхания. Среди больных преобладали мужчины, составлявшие 63,1% (58 чел.) от всех больных. Большинство больных было в молодом возрасте, как среди женщин, так и среди мужчин. Из 92 больных лица от 18 до 30 лет составили 28,6%, 31-40 лет – 25,3%, 41-50 лет – 21,9%, 51-60 лет – 16,5%; старше 60 лет – 7,7%. Как видно из выше изложенных данных, заболевают туберкулезом лица работоспособного возраста, то есть, в основном, до 50 лет составив 75,8% от всех больных. По социальному составу среди заболевших неработающие составили 58,2%, студенты 7,7%, служащие 8,8%, а работающие составили 25,3%. В условиях неблагоприятной ситуации с туберкулезом в странах СНГ особое значение имеют угрожаемые по возникновению и неблагоприятному течению туберкулеза контингенты: одним из которых являются хронические алкоголики. Среди наших 92 больных страдали алкоголизмом 29 человек (31,5%). Среди клинических форм у больных преобладала инфильтративная 76,9%, а из других – очаговый туберкулез составил 3,3%, диссеминированный 5,5%, фиброзно-кавернозный 12,0%, плеврит как основное заболевание 2,2%.

Результаты и их обсуждение. Из 92 больных выявлены при профилактических осмотрах 41,3%, а по обращаемости 58,7%. По субъективным данным при поступлении в стационар жаловались на повышение температуры 58,2%, на одышку 28,6%, на кашель со слизистой мокротой в незначительном количестве 41,7%, на потливость 50,5%, на боль в грудной клетке жаловались 54,9% больных. Основные клинические симптомы туберкулезной инфекции, такие как общая слабость, потливость, субфебрилитет и снижение аппетита, наблюдались у 65,9% больных. При локализации специфического легочного процесса под плеврой больные жалуются на боль в пораженной стороне грудной клетки. Среди наших 92 больные такие жалобы предъявляли 45 больных (48,9%). Результаты анализов крови больных приведены ниже. Повышение скорости оседания эритроцитов наблюдались у 43,9%, последнее наблюдалось у больных с распространенным процессом и наличием полостей распада в легком. Повышение количества лейкоцитов выше нормативного показателя встречалось у 65,6% больных. Нарастание содержания палочкоядерных нейтрофилов отмечалось в 54,9% случаев, а лимфопения на фоне повышения моноцитов

имело место у 32,9% обследованных. Рентгенологическая характеристика 92 больных туберкулезом органов дыхания обнаружила, что у больных в 53,3% случаев процесс был распространенным, у 17,6% количество каверн в легких было больше 2, в 4,4% больных каверны были больших размеров. При проведении данного исследования большое внимание уделялось обнаружению микобактерии туберкулеза (МБТ). городские больные сдавали мокроту или промывание воды бронхов (при отсутствии мокроты) на МБТ в течение 3 дней со дня обращения к врачу-фтизиатру. Исследование мокроты или промывных вод бронха на МБТ проводилось бактериоскопически и бактериологически. Сельские больные сдавали мокроту на МБТ в облтубдиспансере, исследование выполнялось бактериоскопический также трехкратно, но после госпитализации обязательно сдавали мокроту или промывные воды бронха на МБТ для бактериологического обследования, поэтому частота обследования мокроты на МБТ у городских и сельских одинакова. Как было указано выше, из 92 больных МБТ обнаружены только у 56, что составляет 60,9%. Ниже приведены результаты бактериологического исследования 56 бациллярных больных и их характеристика в зависимости от степени бацилловыделения. В результате исследования нами установлено, что 28,6% или 16 больных из 56 бациллярных относились к числу обильных бацилловыделителей. Таким образом, нами было установлено, что степень тяжести бацилловыделения также зависела от распространенности и тяжести течения заболевания. Среди наших 92 больных состояли в контакте с больными туберкулезом 21,9%. Из сопутствующей патологии 36,3% составили отоларингологические заболевания как тонзиллит, ларингит, и др. таким образом, больные по всем показателям нуждались в комплексном лечении. В дополнении к стандартным рекомендациям ВОЗ всем больным до начала химиотерапии проводились не только микроскопия мазков мокроты, но и параллельно 3-кратно из одной порции мокроты производился ее посев на питательные средства с обязательным определением чувствительности МБТ к основным и резервным противотуберкулезным препаратам. Лечение больных было назначено с учетом чувствительности к специфическим препаратам.

Литература:

1. Гнездилов Е.В. Скрининг-диагностика социального статуса больного туберкулезом легких // Пробл.туб. 2001 №8 С. 14-16
2. Богородская Е.М. Больные туберкулезом: мотивация к лечению // Проблема туберкулеза и болезней легких. – 2009. - № 2. – С. 3-11.
3. Убайдуллаев А.М., Салаева М.С. Роль социальных факторов в формировании параметров качества жизни у больных ХОБЛ // Пробл. туберкулеза и болезней легких. – 2009. - №6. – С. 30-34.