

УДК 616.2-002.5-053.4/7

**КЛИНИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

**К. С. Игембаева, Р. С. Игембаева, Н. К. Селиханова, Г. Ф. Кассирова,  
Л. П. Бритенкова, О. А. Горковенко, Г. Г. Дюсембаева, Ш. Астаева  
Государственный медицинский университет г. Семей,  
Региональный противотуберкулезный диспансер, г. Семей**

**Туберкулезбен ауыратын балалармен жасөсперімдердің клиникалық жіктелуі**

50 бала мен жасөсперімдерімнің ауру тарихына талдау жасалған, олардың 22-і бала, ал 28-зі жасөсперім. Осы аурулардың көпшілігі (72,0%) қыздар болды. Әкпенің инфильтративті туберкулезі 62,0%-ды құрады. Аурулардың 12%-нан өкпесінде тесік бар екені анықталды және 12%-нан қақырықпен ТМБ-н шығаратыны анықталды. Жанұясының адам басына шаққандағы айлық табыстары 1000-ға теңдері 60,0%-ды құрады.

Осы аурулардың 19-нан, яғни 38,0%-нан туберкулез олар өздері дәрігерге келгенде анықталған.

**Clinical structure by sick tuberculosis children and teenagers**

The analyzed histories disease 50 sick tuberculosis's children and teenagers, children of them 22 foreheads, teenagers - 28 foreheads. Amongst sick dominate (72%) of the person feminine flap. Amongst clinical forms infiltrative tuberculosis has formed 62%. Beside 12% sick in light is revealed cavities of the disintegration and beside these sick in phlegm are found MBT. From 50 sick beside 19 foreheads disease is revealed by their come to the doctor by themselves.

Ежегодно увеличивается удельный вес впервые выявленных больных туберкулезом детей и подростков среди впервые выявленных больных.

Прежде всего, это объясняется особенностью детско-подросткового периода с неоднозначным развитием организма и формированием функций и систем органов в различные возрастные периоды. Сложившаяся неблагоприятная ситуация по туберкулезу Семипалатинского региона обусловлена не только социально-экономическими трудностями, снижением жизненного уровня населения, но и ухудшением работы по профилактике и выявлению туберкулеза. (1-4)

**Целью нашего исследования** явилось изучение особенностей клинических проявлений туберкулеза органов дыхания у детей и подростков в современных условиях, для улучшения раннего выявления туберкулеза среди них.

**Материалы и методы**

Проанализированы истории болезни 50 больных, находившихся на лечении в РПТД г. Семей. Программа обследования включала данные клинических, бактериологических, социальных и рентгенологических методов исследования.

**Результаты и их обсуждение**

Проанализировано нами данные 50 детей и подростков, находившихся на стационарном лечении в тубдиспансере. Исследование проводилось по специально составленной анкете включающей 37 разделов. Из 50 исследованных, дети составили 22 чел., а подростки – 28 чел. Из 50 больных мальчики составили 14 чел., а девочки – 36 чел. Заболеваемость туберкулезом лиц женского пола несколько преобладала над заболеваемостью мужского пола. Большинство больных (40,0%) составили лица с установленным источником заражения, в том числе все случаи контакта были с бактериовыделителем. У 26 детей и подростков имеет место наличие тесного внутрисемейного контакта и с близкими родственниками. Сроки выявления заболевания у детей в зависимости от давности инфицирования показывают: что у 30,0% детей заболевание возникло одновременно или в первый год инфицирования, т.е. совпало с выражением туберкулиновых реакций. Только у 10,0% давность инфицирования составила 5 лет и более. В момент возникновения локального процесса в легких у 20,0% детей наблюдалась гиперергическая реакция на туберкулин. Основным методом выявления

остается туберкулинодиагностика (62,0%), но 20,0% детей и подростков выявлена по обращаемости при наличии признаков заболевания, что свидетельствовало о быстром прогрессировании процесса. В последние годы отмечается тенденция к увеличению роста числа больных, выявляемых по обращаемости, что может привести к увеличению числа осложненных форм.

Таким образом, в современных социально-экономических и эпидемиологических условиях Семипалатинского региона основными факторами риска заболевания туберкулезом детей и подростков, как и в прежние годы, являются эпидемиологический, социальный и медико-биологический. Следующей задачей было изучение особенностей проявлений туберкулеза у данного контингента больных. При этом установлено следующее: у подавляющего большинства больных (60,0%) начало болезни постепенное; симптомы туберкулезной интоксикации отсутствуют (20,0%) или умеренно выраженные (10,0%). Лишь у 30,0% детей и подростков отмечаются выраженные симптомы интоксикации, которые в основном встречаются среди больных с осложненным течением процесса случаев. Наиболее выраженные симптомы интоксикации наблюдались у больных инфильтративным туберкулезом легких.

По возрасту наши пациенты распределялись следующим образом: от 0 до 3 лет составили 4%, от 4 до 7 лет – 6%, от 8 до 14 лет – 14,2% и подростки от 15 до 18 лет составили 56%. По данным нашего исследования чаще заболевают туберкулезом дети в возрасте от 8 до 14 лет (14,2%), то есть до второй ревакцинации. Среди сопутствующих заболеваний чаще встречались неспецифические воспалительные заболевания верхних дыхательных путей (6,0%) и по одному случаю гастрит, гепатит, сахарный диабет и в 4% случаев пиелонефрит. Всего сопутствующие заболевания выявлены у 8 чел. из 50 (16%). Из других социальных факторов риска обращало внимание, что средний доход в денежном выражении из расчета на 1 члена семьи в месяц 1000 тенге составили 60,0%, ежемесячный доход до 3000 тенге встречался в 30,0% случаев, а доход до 5000 тенге встречался в 10,0% случаев. Из выше приведенных данных видно, что заболевают дети в основном из малообеспеченных семей.

В структуре клинических форм лидирующее место занимает инфильтративный туберкулез легких составивший 62,0%, из других первичный туберкулезный

комплекс – 4,0 %, очаговый туберкулез легких – 18%, туберкулез внутригрудных лимфатических узлов – 12%, туберкулезный плеврит – 4,0%. Как видно, из выше приведенных данных, среди наших больных преобладают вторичные клинические формы туберкулеза органов дыхания составивший 80,0% из всех клинических форм. Микобактерии туберкулеза найдены у 12% (6 из 50), это были подростки с инфильтративным туберкулезом легких в фазе распада. Из осложнений основного процесса экссудативный плеврит выявлен у 4,0% пациентов и по одному случаю ателектаз и легочное кровохарканье. Распад в легком выявлен у 6 чел. из 50 (12%). На боль в грудной клетке жаловались 10,0%, на кашель 50,0%, а симптомы интоксикации (общая слабость, субфебрильная температура, снижение аппетита) туберкулеза встречались у 60,0% больных.

На основании вышеизложенного можно сделать вывод о том, что рост заболеваемости детей и подростков обусловлено, как и в прежние годы, следующими факторами риска: эпидемиологический, социальный, медико-биологический.

В условиях эпидемиологического неблагополучия по туберкулезу возникает необходимость изыскания методов активного выявления и защиты детей от заболевания в группах риска. Мы считаем, что туберкулиодиагностика должна быть сохранена как основной метод раннего выявления туберкулезной инфекции и отбора к

специфической иммунизации, что способствует снижению удельного веса вторичных клинических форм среди подростков и детей. Детям старшего возраста показано обязательное проведение туберкулиодиагностики два раза в год. Флюорографическое обследование проводить в возрасте 13 лет, 14 лет и третье – при передаче детей подростковым терапевтам.

Проводя эффективную химиопрофилактику среди инфицированных детей, можно добиться снижения заболеваемости туберкулезом не только среди детей, но и подростков.

#### Литература:

1. Король О.И., Лозовский М.Э. Туберкулез у детей и подростков - Издательство «Питер».- 2005. – 424 с.
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 Р.С. и соавт. Особенности клинических проявлений туберкулеза органов дыхания у детей Семипалатинского региона // Наука и здравоохранение. – Семипалатинск.-2004. № 1. - С. 114-116.
4. 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 616.36

## ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ СИНДРОМЕ МЕЛЛОРИ-ВЕЙСА

А. И. Тусупбаев

ГКП на ПХВ «Городская больница №1», г. Астана

*Широкое внедрение в клиническую практику методов эндоскопического гемостаза расширяет возможности эффективной остановки кровотечений при лечении больных с синдромом Меллори-Вейса и позволяет снизить количество неотложно оперируемых больных.*

### **Меллори-Вейс синдромы кезіндегі эндоскопиялық гемостаз**

*Клиникалық тәжірибеде эндоскопиялық гемостаз тәсілдерін кеңінен қолдану Меллори-Вейс синдромы кезіндегі қан кетуді тоқтату мүмкіндігін кеңейтеді және жедел операция жасалатын науқастар санын азайтады.*

### **Endoscopic hemostasis at syndrome of Mallory-Weiss**

*Wide application of methods of endoscopic hemostasis into the clinical practice expands possibilities of an effective stopping of bleedings at treatment of patients with syndrome of Mallory-Weiss and allows to decrease quantity of urgently operated patients.*

Синдром Меллори-Вейса развивается внезапно и относится к числу экстренных хирургических заболеваний желудочно-кишечного тракта. Основным клиническим проявлением синдрома Меллори-Вейса является выраженное пищеводно-желудочное кровотечение из продольных разрывов слизистой оболочки абдоминального отдела пищевода или кардии.

По литературным данным синдром Меллори-Вейса диагностируется в 5-17% всех наблюдений острых кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. В последние годы около 88-96% больных лечатся консервативными и эндоскопическими методами с летальностью 2-3%. В то же время при неэффективности такого лечения 6-12% больных выполняются оперативные вмешательства с послеоперационной летальностью, достигающей 10-60% [1,2,3].

В этиологии заболевания имеет значение морфологические изменения стенки пищевода и кардии в результате длительного влияния алкогольной интоксикации и выраженного рефлюкс-эзофагита или хронической травматизации при грыже пищеводного отверстия диафрагмы. Производящим фактором острых разрывов слизистой оболочки пищеводно-желудочного перехода является внезапное повышение внутрижелудочного давления с нарушением замыкательной функции кардиального жома в следствия многократной рвоты. Тяжесть кровотечения зависит от глубины разрывов стенки и от диаметра поврежденного сосуда пищевода и кардиального отдела желудка.

**Материал и методы.** Проведен анализ результатов эндоскопического исследования и остановки кровотечений при синдроме Меллори-Вейса у 46 боль-