

нормализацией эмоционального фона, исчезновением приступов удушья. Все больные отметили хорошую переносимость лечения. Побочных проявлений, аллергических реакций зарегистрировано не было.

Таким образом, особенностью течения кохлеовестибулярных расстройств у женщин в климактерическом периоде является наличие выраженных расстройств функции поддержания равновесия, ушного шума и вегетативных нарушений, снижения слуха.

Вывод: применение бетастерина (бетасерк) в суточной дозировке 48 мг в комплексном лечении женщин постменопаузального возраста с кохлеовестибулярными нарушениями позволило добиться положительной клинической динамики, нормализовать или уменьшить выраженность патологических симптомов заболевания, и тем самым, в подавляющем большинстве случаев, улучшить качество жизни пациенток.

Литература:

1. Балан В.Е., Зайдиева Я.З. Возможности коррекции климактерических расстройств негормональными средствами // Лечащий врач. – Май 2000. – №5–6. – стр. 24–27.
2. Сметник В.П., Кулакова В.И. Руководство по климатерию // М.: Медицинское информационное агентство, 2001. – 685с.

3. Вейн А.М., Дюкова Г.М., Данилов А.Б., Воробьева О.В., Шепелева И.П. Современные представления о синдроме вегетативной дистонии. // Неврологический вестник. – 1993. – Том XXV. – вып. 1–2 с.15–18.

4. Волков Ю.В., Исмагилов М.Ф. Вестибулярные головокружения у больных с вегетативными кризами и реабилитационные мероприятия при этих состояниях. // Неврологический вестник. Журн. Им. В.М.Бехтерева. – 1996. – Том XXVIII. – вып. 3–4. – с. 36–37

5. Ланцов А.А., Шустова Т.И., Вандышев А.М., Лотта Т.В. Адренергическая иннервация среднего и внутреннего уха человека. // Вестн. Оториноларингологии. – 2000. –с. 17–22

6. Вейн А.М. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение. – М.: Медицинское информационное агентство, 2000 г.

7. Гусев Е.И., Никонов А.А., Скворцова В.И. и др. Лечение головокружений препаратом Бетасерк у больных с сосудистыми и травматическими поражениями головного мозга // Журн. неврол. и психиатр. 1998. №11.

8. Лавров А.Ю. Применение Бетасерка в неврологической практике // Неврологический журнал №2, 2002., т. 6.

9. Абдулкеримов Х.Т., Марков И.С., Усачев В.И. Эффективность Бетасерка при вестибулярных нарушениях // Журн. неврол. и психиатр. 2002; 6 : 50–52.

Постменопаузальдық кезеңде кохлеовестибулярлықтың бұзылуы, емделушінің құлақ шуын емдеу

Статистикалық мәлімет бойынша, 60-80% әйелдер климакс кезінде патологиялық ағымда эстрогендефицит халде болады және климаксқа шалдығады. Осыған байланысты емделушілерді невропатологқа жүгінуі себебі вестибуло-кохлеардық бұзылуының жиілігінен, басты белгілері бас айналу және құлақ шуы болып табылады. Сонымен қоса патогенетикалық терапия дәрісі бетастерин (бетасерк) бір күндік дозасы 48 мг постменопаузальдық жастағы әйелдерге толық курстық емделуі кохлеовестибулярлық бұзылуы нормаға келтіріледі және аурудың патологиялық белгілерін азайтады, осыған орай емделушілердің тұрмыс жағдайы жақсарайды.

УДК 616.24-002.5

СТРУКТУРА КОНТИНГЕНТОВ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Г.Ф. Кассирова

Региональный противотуберкулезный диспансер, г. Семей

В условиях низкого уровня жизни населения развитие заболевания туберкулезом происходит значительно чаще как среди давно инфицированных лиц, так и среди лиц, недавно инфицированных. В связи с этим повышение эффективности лечения бактериовыделителей приобретает особенно большое значение. Излечение больных с бактериовыделением и наличием полости распада в легочной ткани является одним из важнейших факторов снижения заболеваемости к улучшению эпидемической ситуации с туберкулезом в целом (1-3).

Целью настоящего исследования явилось изучение клинической, социальной структуры и особенностей течения туберкулеза легких у больных, состоящих на диспансерном учете по поводу активного туберкулеза легких.

Материалы и методы

Материалом служили 78 взрослых больных, страдающих различными клиническими формами туберкулеза органов дыхания.

Программа обследования включала данные клинических, бактериологических и рентгенологических методов.

Результаты и обсуждение

Среди больных преобладали мужчины, составлявшие 62,8% (49 чел.) от всех больных. Большинство больных было в молодом возрасте, как среди женщин,

так и среди мужчин. Из 78 человек лица от 18 до 30 лет составили 12,8%, 31-40 лет – 19,2%, 41-50 лет – 44,9%, 51-60 лет – 16,7%; старше 60 лет – 6,4%. Как видно из вышеизложенных данных, заболевают туберкулезом лица работоспособного возраста, то есть в основном до 50 лет, составив 76,9% от всех больных. По социальному составу, среди заболевших, не работающие составили 61,5%, а на втором месте рабочие – 20,5%, студенты – 8,9%, пенсионеры – 6,4%, а инвалиды составили – 2,6%. В условиях неблагоприятной ситуации с туберкулезом особое значение имеют угрожаемые по возникновению и неблагоприятному течению туберкулеза контингенты, одним из которых являются хронические алкоголики. Среди наших 78 больных страдали бытовым пьянством и хроническим алкоголизмом 20 человек (25,6%). Среди клинических форм у больных преобладала инфильтративная – 51,3%, а из других – очаговый туберкулез составил 10,3%, диссеминированный – 8,9%, фиброзно-кавернозный – 21,8%, плеврит как основное заболевание – 7,7%. Из 78 больных выявлены при профилактических осмотрах 29,5%, а по обращаемости – 70,5%. По субъективным данным, при поступлении в стационар жаловались на повышение температуры 53,8%, на одышку – 21,8%, на кашель со слизистой мокротой в незначительном количестве – 48,7%, на потливость – 44,9%, на боль в грудной клетке жаловались

38,5% больных. Основные клинические симптомы туберкулезной инфекции, такие как общая слабость, потливость, субфебрилитет и снижение аппетита, наблюдались у 61,5% больных. Результаты анализов крови больных приведены ниже. Повышение скорости оседания эритроцитов наблюдалось у 47,4%, последнее наблюдалось у больных с распространенным процессом и наличием полостей распада в легком. Повышение количества лейкоцитов выше нормативного показателя встречалось у 75,6% больных. Нарастание содержания палочкоядерных нейтрофилов отмечалось в 37,2% случаев, а лимфопения на фоне повышения моноцитов имела место у 32,1% обследованных. Среди наших больных у 50 человек (64,1%) установлено наличие каверн в легких и у 54 человек (69,2%) из 78 больных выявлены наличие микобактерии туберкулеза в мокроте. Рентгенологическая характеристика 78 больных туберкулезом органов дыхания обнаружила, что у больных 30,8% случаев процесс был распространенным, у 6,4% количество каверн в легких был больше 2, в 2,6% больных каверны были больших размеров. При проведении данного исследования большое внимание уделялось обнаружению микобактерий туберкулеза (МБТ). В результате исследования нами установлено, что 27,7% или 15 больных из 54 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 78 больных состояли в контакте с больными туберкулезом 26,9%. Из сопутствующей патологии 19,2% составили лица, страдающие бытовым пьянством и 6,4% с хроническим алко-

голизмом. Таким образом, больные по всем показателям нуждались в комплексном лечении. В дополнение к стандартным рекомендациям ВОЗ всем больным до начала химиотерапии проводилась не только микроскопия мазков мокроты, но и параллельно 3-кратно из одной порции мокроты производился ее посев на питательные среды с обязательным определением чувствительности МБТ к основным и резервным противотуберкулезным препаратам. В результате этого исследования установлено наличие лекарственной устойчивости у 47 больных из 78 пациентов. Наличие устойчивости к четырем (HSRE) ПТП установлено у 8,0%, к трем (HSR) ПТП – у 23,1%, к двум (HS) ПТП – у 15,4% и к одному (E) ПТП – у 12,8% больных из 47 пациентов с лекарственной устойчивостью. Лечение больным было назначено с учетом чувствительности к специфическим препаратам.

Литература:

1. Скачкова Е.И., Шестаков М.Г., Темирджанова С.Ю. Динамика социально-демографическая структура туберкулеза в Российской Федерации, его зависимость от уровня жизни//Туберкулез и болезни легких.-2009.-№7.-с.4-9
2. Шилова М.В. Эпидемиологическая обстановка по туберкулезу в РФ к началу 2009 года//Туберкулез и болезни легких.-2010.-№5.-с.14-22
3. Игембаева К.С., Игембаева Р.С., Селиханова Н.К. и др. Клиническая структура больных туберкулезом органов дыхания в современных условиях//Наука и здравоохранение.-2010.-№1.-с.39-40

Тыныс ағзалары туберкулезімен ауырғандардың құрылымы

Г.Ф. Кассирова

Біздің аурулардың арасында ер адамдар 62,8% пайызды, ал 50 жасқа дейінгілер 76,9% пайызды құрады. Тыныс ағзаларының клиникалық түрлерінің ішінен инфильтративті өкпе туберкулезі 51,3% пайызды құрады. Аурулардың социальдық құрамын зерттегенде олардың 61,5% пайызы жұмыс істемейтіндер болса, ал 78 аурулардың 5-і, яғни 6,4% пайызы созылмалы алкоголизмен ауыратындар екені анықталды.

The structure contingent by sick tuberculosis organ breathings

G.F. Kassirova

62,8% have formed amongst our sick men, but person before 50 years - 76,9% from the whole amount sick. Amongst clinical forms infiltrative tuberculosis light has formed 51,3%. In social composition sick not working have formed 61,5%, but suffering from chronic alcoholism - 5 persons from 78 or 6,4% from all sick.

УДК 616.594.14-08

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОПРОСОВ ПАТОГЕНЕЗА И ЛЕЧЕНИЯ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ

А.Р. Шумаева

Частная клиника, г. Семей

Облысение, усиление выпадения волос и недостаточный рост новых встречается одинаково часто среди мужчин и женщин всех групп населения. Алопецию рассматривают как трофоневротическое заболевание, обусловленное нарушением микроциркуляции и функции церебральных сосудов. Причины могут быть разнообразными. В развитии алопеции может принимать участие эндокринная патология [5], нарушения, вызванные психовегетативными и иммунными заболеваниями [1,3], заболевания желудочно-кишечного тракта, ряд экзогенных факторов [8]. Наиболее часто встречается гнездная и андрогенная формы алопеции.

Этиология процесса гнездной алопеции (ГА) на сегодняшний день так и не раскрыта до конца. Однако значительная роль в возникновении и прогрессировании заболевания отводится длительному хроническому стрессу, на фоне которого нарушается аутоиммунный механизм, и, как следствие, наблюдается замедление или полная остановка процессов пролиферации в волосяных фолликулах [2,4,6]. У 30% обследуемых пациентов с диагнозом алопеция установлена наследственная предрасположенность к данному заболеванию. Патогенез очаговой алопеции, по мнению ученых, исследовавших проблему преждевременного облысения, за-