

УДК 616.993-036.22(574.42)

ШҚО Үржар ауданы бойынша 2011 жылы сібір жарасы ауруының тіркелуі: заңшылдықтың дамуы

С.Е. Слямгазина, А.К. Мухамеджанова, Н.Б. Ногайбаев, А.Н. Жұмай

ҚР ДСМ МСЭҚК ШҚО бойынша департаментінің Үржар аудандық басқармасы

Тұжырым

Берілген құжаттар ШҚО Үржар ауданы 2011 жылы сібір жарасы диагнозымен тіркелген жағдай бойынша, науқастан және сыртқы ортадан зертханаға алынған сынамалардың нәтижелері мен сібір жарасы індетінің эпидемиологиялық сипаттамасы берілген. Адамадар арасындағы сібір жарасы аурушандығының себептері қарастырылған.

Резюме

СЛУЧАЙ РЕГИСТРАЦИИ СИБИРСКОЙ ЯЗВЫ В УРДЖАРСКОМ РАЙОНЕ ВКО В 2011 ГОДУ: ЗАКОНОМЕРНОСТИ РАЗВИТИЯ

С.Е. Слямгазина, Н.Б. Ногайбаев, А.К. Мухамеджанова, А.Н. Жұмай

Представлены материалы, отражающие случай регистрации сибирской язвы в 2011 году в Урджарском районе ВКО. Дается подробная характеристика по эпидемиологии сибирской язвы, данных лабораторных исследований материала от больного и из внешней среды. Рассматриваются возможные причины возникновения заболеваемости среди людей.

Summary

CASES OF ANTHRAX HAVE BEEN REGISTERED IN URZHAR REGION OF EAST KAZAKHSTAN IN 2011: PATTERNS OF DEVELOPMENT

S.Y. Slyamgazina, A.K. Mukhamedzhanova, N.B. Nogaybayev, A.N. Zhumay

The materials reflecting a case of anthrax in 2011 in Urdzhar region of East Kazakhstan are presented. The detailed characteristic of anthrax epidemiology, given laboratory researches of a material from the patient and from environment are given. The possible reasons of occurrence of disease among people are considered.

Кіріспе. ШҚО Үржар ауданы бойынша соңғы 10 жыл ішінде адамдардың және ауылшаруашылық мал арасында сібір жарасы тіркелмеген, соңғы 2001 жылы адамдар арасында сібір жарасы, терілік форма диагнозымен 2 науқас тіркелген (екінші науқас эпидемиологпен белсенді анықталған). Үржар аумағындағы сібір жарасы бойынша эпизоотиялық, эпидемиологиялық жағдайлары қолайлы болғанымен әр 10 жыл сайын адамдар арасында бірең - сараң жағдайлары тіркелуде.

Материалдар мен әдістер. Осы жұмыс ҚР ШҚО Үржар ауданы сібір жарасы аурушандығының статистикалық материалдары негізінде жасалған. Сібір жарасы ошақтарының эпидемиологиялық тексеру карталарына өзіндік талдама жасалынған және зертханалық зерттеу жұмыстарының нәтижелері талқыланды. Стационарлық науқастың медициналық картасымен сібір жарасының клиникалық көріністері бағаланды. ҚР ДСМ МСЭҚК ШҚО бойынша департаментінің Үржар аудандық басқармасының сібір жарасы ошағындағы көшенді алдын алу шаралары жылдық есептен алынды.

Нәтижелері. ШҚО Үржар ауданында сібір жарасы індеті бойынша жалпы эпидемиологиялық-эпизоотиялық жағдайы қолайлы. Адамдар арасында сібір жарасы аурушандық әр 10 жыл сайын тіркелуде. Соңғы аурушандық ауданда 2001 жылы Мақаншы ауылында тіркелген.

ҚР ДСМ МСЭҚК ШҚО бойынша департаментінің Үржар аудандық басқармасына Мақаншы аудандық ауруханасынан 2011жылы 22 қыркүйекте сағат 12-30-да телефон арқылы жедел хабарлама түсті. Жедел хабарлама бойынша алғашқы қойылған диагнозы «Сібір жарасы, терілік формасы?». Науқас Үржар ауданы Мақаншы ауылының Абай көшесі 24 үй тұрғыны М. 1966 жылы туылған. Ауырған күні 18.09.11ж, Мақаншы аудандық ауруханасына 22.09.11ж. күні қаралаған. Осы күні науқасқа диагноз қойылып, сағат 13-50 аудан орталығындағы Үржар

аудандық орталық ауруханасының жұкпалы аурулар бөліміне арнайы медициналық автокөлікпен жеткізіліп, жатқызылды.

Эпидемиологиялық тексеру нәтижелері: науқастың айтуы бойынша

3 күн бұрын көршісінің моншасына түскеннен кейін жалпы әлсіздік пайда болды, дене қызуы көтерілді. Осы күні сол жақ шынтақ буынның ішкі жағында терісі қызарып, қышыған. Қышыған жерін науқас қасыған. 19.09.11ж сол жерде кішкене жара пайда болған. Науқастың әйелі жарасына 2 күн алоэ атты өсімдігін тартқан. Аспирин мен парацетамол таблеткаларын 2 күн бойы, күніне бір реттен берген. Науқастың жалпы жағдайы жақсармай, одан ары ауырланған сайын 22.09.2011ж күні науқас дәрігерге барған. Науқасты Мақаншы аудандық аурухананың дәрігерлері: терапевт, инфекционист, хирург, дерматолог көріп, алғашқы «сібір жарасы, терілік форма?» диагнозын қойып, аудандық орталық ауруханаға арнайы медициналық көлікпен және медициналық қызметкерімен бірге жеткізілді. Осы күні науқас Үржар Аудандық орталық ауруханасының жұкпалы аурулар бөлімінде жеке боксқа жатқызылды. Науқаста ауру жедел басталған. St. Praesens: Науқастың жағдайы орташа ауырлықта, шағымы әлсіздікке және сол қолындағы жарасына. Тәбеті жақсы, дене қызуы 36,5 с көтерілмеген, есі дұрыс. Тері жамылғылары бозғылт, өкпесінде сырыл жоқ, жүрек-тамыр және тыныс алу жүйелерінде патологиялық өзгеріс жоқ. Жүрек соғу жиілігі - 74 рет минутына, қан қысымы - 100/70, ішін басып қарағанда жұмсақ, ауырсынусыз. Зәр, нәжісі қалыпты. St. Vocalis: сол жақ шынтақ буынының ішкі жағында жара орналасқан, (№1 фотосурет), көлемі 3х4 см, ортасында некроз, перифирия бойында балдырлар орналасқан, қабынған. Балдырлардың ішінде везикуло-серозды қан аралас сұйықтық. Шынтақтың төменгі үштен бір бөлігінен бастап білек ортасына дейін қызарған, шамалы ісінген, пальпация кезінде ауырсынусыз. (№2, №3 фотосурет).



№1 фотосурет



№2 фотосурет



№3 фотосурет

Қолмен ұстағанда ыстық. Жараны пункциялау кезінде ауырсынбайды. Қолтық астыңғы лимфобездері шошынған, ауырсынбайды. Науқасқа қойылған

диагнозы: инфицирленген шынтақ буынының ішкі бөлігінің жарасы, сібір жарасы, терілік формасы. Зертханалық тексеру нәтижесінде: зәр талдамасы -

несеп талдауы физ-хим қасиеті көлемі - 100гр, түсі - сары, салыстырмалы тығыздығы - 1017, ауыз - 0,033. Жалпы қан талдамасы: гемоглобин - 142, эритроциттер - 4,3, лейкоциттер - 8,8, таяқшалар - 3, сегмент ядролы - 65, эозинофилдер - 1, моноциттер - 1. Науқас М. қабылдаған емі:

1. Антибиотикалық терапия (12 сағат сайын гентамицин 80мг, гексовит 1 таблеткадан күніне 3 рет)

2. Десенсибилизация терапия (анальгин - 2мл, 1% димедрол - 1мл бұлшық етке)

3. Дезинтоксикациялық инфузионды терапиялық (5% глюкоза 400мл ерітіндісін + витамин С 4 мл, ацессоль 200) ем қабылдады.

Эпидемиологиялық-эпизоотиялық тексеру кезінде анықталғаны: науқас мамыр айынан бастап ауласына үй сала бастаған, топырақты Хатынсу өзен жағалауынан тасытқан. 06.09.11ж. күні қызыл түсті еркек тоқтыны ауласында сойып, қанын итіне берген, терісін белгісіз адамға сатып жіберген. Сойылған тоқты өзінің малы және дені сау болған. Малдың етің, ішек-қарынын өздері мен үй салып жатқан жұмысшыларымен бірге жеген. Үйінде барлығы 7 бас ірі қара мал (ІҚМ), 18 бас ұсақ мүйізді мал (ҰММ), 1 ит, 1 мысық бар. Үйіндегі ересек малдар сібір жарасына қарсы егілген. ІҚМ Мақаншы ауылының табынына қосады, ҰММ кезекпен 10 үй бағады. Науқас 20-21.09.11ж күні кезекпен ҰММ баққан. Осы күндері науқас малдарды сібір жарасына қолайсыз «Үшінші бесжылдық» ошағында баққан. Осы ошақта 2001 жылы құлап, сібір жарасымен ауырған ірі қара малды 5 адам сойып, екеуі сібір жарасымен ауырған. Ошақтағы эпидемиологиялық жұмыстарының тексеру нәтижесінде барлығы қарым - қатынастағы 19 адам анықталды. Осы адамдар медициналық обсервациялық бақылауға алынып, антибиотикпен алдын алуға арналған ем қабылдады. Үй ошағында және науқас түскен көршісінің моншасына қорытынды камералық залалсыздандыру жұмыстары ШҚО СЭСО Ұржар аудандық филиал мамандары сұраныс бойынша жүргізді. Ауласындағы қора жайына, мал сойған орнына және тері сатып алған адамның тері қоятын қоймасына ветеринария қызметкерлері қорытынды камералық залалсыздандыру жұмыстарын жүргізді, барлығы 240 шаршы метр. Ветеринария қызметі бойынша Мақаншы ауылдық округте барлығы -60000 бас ұсақ мүйізді мал, 10500 бас ірі қара мал, 2000 бас жылқы, 50 бас шошқа, 100 бас түйе сібір жарасына қарсы егілді, Е. Муқановтың малы және осы малмен бірге бағылатын малдың барлығы -35 ірі қара мал, 345 ұсақ мүйізді мал, бұл малдардың барлығы 21 күнге ветеринариялық бақылауға алынды. Адамдар және мал арасында сібір жарасы тіркелген жоқ.

Науқастан алынған сынамалар (жараның бетінен, жараның экссудаты, жарадан жуғын, қан, қан жуғыны) және ошақтың сыртқы ортасынан алынған 17 сынамалар (ет 1, қи 1, жүн 1, топырақ 14) ШҚО СЭСО аса қауіпті жұқпалы аурулар зерханасына лаборантпен

жеткізілді. Науқастың сойған қойының терісінен 27.09.11ж күні зерттеу нәтижесінде №126 тері сынамасынан Сібір жарасына ПТР - оң *Bacillus anthracis* ДНҚ-дан анықталды, науқастың үйіндегі мал сойған жеріндегі топырақ сынамасынан Сібір жарасына бактериологиялық зерттеу нәтижесінен №114 27.09.11. күні *Bacillus anthracis* анықталды.

Науқастан алынған сынамалардың 6-нан Сібір жарасы ПТР-оң нәтиже көрсетті. 23.09.11ж күні №7,8,10 жараның экссудаты, №12,13,14 жараның бетінен анықталды.

Қорытынды:

Эпидемиологиялық-эпизоотиялық тексеру жұмыстарының, сібір жарасы бойынша аурушандықтың талдамасының және науқастан алынған материалдарымен сыртқы ортадан алынған сынамалардың зертханалық зерттеу нәтижелерінде ШҚО Ұржар ауданы Мақаншы ауылында тіркелген сібір жарасы аурушандығының Мақаншы ауылдық округіндегі «Үшінші бесжылдық» сібір жарасына қолайсыз ошағының топырағы жұқпаның көзі болып саналады. Науқас бұрынғы сібір жарасына қолайсыз пунктінде ҰММ баққан, жазғы-күзгі мезгілде мүмкін осы жердің топырағы сібір жарасының спораларымен қамтылған. Споралар шаң мен бірге малдың жүніне түскен. Науқас малды сойып, терісін сыпырып, сол жақ қолына іліп-алып сатуға апарғанда сол жақ қолындағы шынтақ маңайындағы микрожараға споралар енген. Өйткені, мал сойған жерден алынған топырақ сынамасынан, малдың терісінен және науқастың жарасынан *Bacillus anthracis* анықталды.

Науқастың клиникалық көрінісі ағымды болды: интоксикация белгілері, лимфаденит, карбункул ортасында некрозымен, некроздың маңайында балдырлық қабынуы. Науқас толық ем қабылдағаннан кейін жұқпалы аурулар бөлімінен жазылып, шықты. Қарым-қатынастағы адамдар арасында аурушандық тіркелген жоқ.

Әдебиеттер:

1. Белоножкина Л.Б. Применение полимеразной цепной реакции в лабораторной диагностике сибирской язвы. // Карантинные и зоонозные инфекции в Казахстане. – 2011. №1-2. - С.49.
2. Захаров А.В., Гражданов А.К., Жумадилова З.Б., Усачева Р.У. Особенности клинических проявлений кожной формы ибирской язвы в условиях группового заболевания // Медицина. - Алматы. -2006. №6. - С. 65-68.
3. Лухнова Л.Ю., Айкимбаев А.М., Горелов Ю.М. и др. Профилактика сибирской язвы в Казахстане. – Алматы, 2001.- 146с.
4. Учебное пособие по особо опасным инфекциям. Применение стандартных определений случаев.- Уральск: CDC, 2008. – 638с.
5. Покровский В.И. Руководство по эпидемиологии инфекционных болезней. - Москва, 1991. 2 т. - С.420-422.

УДК 616.24-002-039.3

СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОЙ ДВУХСТОРОННЕЙ ТОТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ

М.Н. Оспанова

Медицинский центр ТОО «Корпорация Казахмыс», г. Жезказган

Тұжырым

ӨКПЕНІҢ ЕКІ ЖАҚТЫ ҚАБЫНУЫНЫҢ АУЫР ТҮРІ

М.Н. Оспанова

Оның бағыты әдеттегідей емес, өкпенің қабынуының ауыр түрі соңғы кездерде көп кездеседі, ТОРС түрі арқылы, тыны алу жолдарындағы аурудың қатты қозуы, шықшыт без шошуы, қызылша, тұмау ауруларына қатты ұқсайды. Осы аурудың басты ерекшелігі жалпы улану белгісіне ие болу, оны жоспар бойынша кейінгіге қалдырады, бірақ өкпеде оның барлығы көрінеді.

Өкпенің қабынуының мұндай түрі болжамсыз болады да, оның белгілері болмай, білінбей жалғаса береді, одан кейін ауру қатты үдей түседі де, сол арқылы адам өміріне қауіп төнеді.

Summary

SEVERE CASE OF BILATERAL TOTAL OF PNEUMONIA

M.N. Ospanova

In more recent times have met with severe atypical pneumonia over, by type of SARS, which is an acute disease of the respiratory tract, the disease is very similar once on influenza, measles, mumps. The peculiarity of this disease is the prevalence of symptoms of intoxication, which are pushed into the background, pulmonary manifestations. The course of pneumonia is unpredictable: they may occur as few symptoms and hard with the development of life-threatening complications.

В последнее время чаще стали встречаться пневмонии с тяжелым нетипичным течением, по типу ТОРС, который является острым заболеванием дыхательных путей, болезнь очень похожа сразу на грипп, корь, свинку. Особенность этого заболевания состоит в преобладании симптомов общей интоксикации, которые отодвигают на второй план, легочные проявления. Течение таких пневмоний непредсказуемо: они могут протекать, как малосимптомно, так и тяжело с развитием опасных для жизни осложнений.

Больная Б., 1978 г.р., поступила в экстренном порядке, госпитализирована в терапевтическое отделение Мед. центра, где находилась на стационарном лечении с 22.11.09 по 12.12.09.

Поступила с жалобами: на повышение температуры тела до 39 в течение 5 дней, нарастающую слабость, малопродуктивный сухой кашель, одышку, изжогу после приема лекарственных препаратов.

Анамнез заболевания: заболела остро 18.11.09, когда после длительной работы на улице, появились вышеуказанные жалобы. Самостоятельно принимала парацетамол. С 20.11 по рекомендации семейного врача стала принимать ципролет по 500 мг х 2 раза в день + гентамицин по 80 мг х 2 раза в день в/м. Назавтра присоединились кашель и чувство нехватки воздуха, сохранялась лихорадка, усилилась одышка, в связи с этим обратилась в СП и была доставлена в МЦ.

Анамнез жизни без особенностей.

Объективно: Общее состояние средней степени тяжести, обусловлено интоксикационным синдромом, гипертермия до 38,5.

Повышенного питания, кожные покровы бледные, горячие на ощупь. Пальпаторно подмышечные лимфатические узлы мелкие, б/б. На слизистой губ имеются герпетические высыпания.

Грудная клетка обычной формы, обе половины одинаково участвует в акте дыхания. При перкуссии над легкими притупление легочного звука с обеих сторон. В легких на фоне ослабленного дыхания влажные мелкопузырчатые незвучные хрипы в нижних отделах с обеих сторон, ЧДД 22-24 в мин.

Сердечные тоны достаточной звучности, ритм правильный, ЧСС 88 уд. в мин, АД справа 110/70, слева 105/70 мм.рт.ст.

Язык обложен белым налетом, миндалины чистые, не увеличены. Живот увеличен за счет п/к жировой клетчатки, в акте дыхание участвует равномерно, при пальпации мягкий, б/б. Печень у края реберной дуги, б/б., селезенка не пальпируется. Физиологические отправления в норме.

Сатурация O₂ 90%.

Осмотрена реаниматологом, рекомендована госпитализация в т.о.

При поступлении в приемном покое ОАК : СОЭ 18 мм/ч. НЬ 117г/л, Э-3,9x10⁹, Л- 4,8x10¹². БАК: СРБ - 9.0мг/л,

АЛТ -74 (N-72), АСТ - 99 (N-59).

Заключение R-графии органов грудной клетки от 22.11.09: Признаки двухсторонней полисегментарной пневмонии.

На основании выше перечисленных клинко- лабораторных данных выставлен диагноз:

Внебольничная полисегментарная пневмония обоих легких, средней степени тяжести, ДН 2ст. Интоксикационный синдром.

Анемия легкой степени.

Проведенное в динамике в терапевтическом отделении обследование:

ОАК: СОЭ 18 → 39 → 14 мм/ч, НЬ 108 → 116 г/л, L 4,4 → 8,3 x10⁹/л, эр 3,65 x 10¹²/л, тромб 276 x 10⁹/л, LYM 32,3%; MXD 11,3%; NEUT 36,6%

ОАМ: уд. вес 1016, белок 0,15 г/л, реакция кислая, лей-ты 10-12 в п/зр, эпит пл 8-10 в п/зр, бак 1, сл 1

БАК: глюкоза 9,0Н → 6,7Н → 3,9; мочев 2,0; креатинин 74; СРБ 18,2Н → 15,8Н → 10,9Н → 7,2Н → 4,2Н → 2,8Н → 0,51Н; Na 139; K 3,8; Cl 98; Ca 2,16; аммоний 36Н; АСТ 99Н → 72Н; АЛТ 74Н → 56; альбумин 38; лактат 1,0; сывороточное железо 2,3ммоль/л; общий белок 67 г/л

Коагулограмма: ПТИ 110%; фибриноген 4,47 → 2,88 г/л; АЧТВ 37 сек

Анализ мокроты: слизисто-гнояная, L 15-17 в п/зр, эпит 3-2 в п/зр, эрит 3-2 в п/зр, макроф 1-2 в п/зр, бак 2, сл 2

Бакпосев мокроты: выделены дрожжеподобные грибы в кол-ве 2 x 10⁶ КОЕ

Бакпосев мочи: выделен S. haemolyticus в кол-ве менее 10³

Кал на я/глист: отриц

Микрореакция: отриц

ЭКГ: Синусовый ритм с ЧСС 55 в мин. Горизонтальное положение ЭОС. ГЛЖ.

Р-графия органов грудной клетки 22.11.09: Признаки двухсторонней полисегментарной пневмонии.

Спирография: Нарушение ФВД по обструктивному типу тяжелой степени.

Проводилось следующее лечение:

- антибактериальная терапия (Цефтриаксон 1,0 х 3 раза в день в/в + Гентамицин 160 мг в/в мед (3 дня) → Сумамед 1,5гр в/в кап в сутки), Ацикловир 200 мг х 5 раз в день,

- Р-Р Глюкозы 5% 200,0 + аскорб к-та 5%-4,0в/в кап,

- Кислородотерапия (постоянно).

- Нисорал по 1таб.х1раз в день

- Бронхоцин 1 ч.л. х 3 раза в день,

- Небулайзер с лазолваном 14⁰⁰, с физ. р-ром 6⁰⁰; 19.⁰⁰

- Парацетамол 0,5 х 3 раза в день → ортофен 25 мг х 3 раза в день, с целью профилактики патологии со стороны ЖКТ, были назначены:

- Алмагель по 1.д.л. х 2 раза в день, хилак- форте 30кап. Х3 раза в день, омепразол 20мгх2 раза.

На фоне вышеперечисленной терапии нормализовалась температура тела, но прогрессировало нарастание дыхательной недостаточности, усилился кашель с мокротой слизистого характера, усилилась одышка, появились жалобы на боли в области сердца, сон с галлюцинациями, отсутствие аппетита. Наблюдается снижение сатурации О₂ от 80 до 67%.

Объективно: Общее состояние ближе к тяжелому, находится на постоянной малопоточной кислородотерапии. Кожные покровы, влажные, цианотичные. В легких дыхание ослабленное справа, слева на фоне везикулярного ослабленного дыхания масса влажных хрипов до уровня верхушки, ЧД 28 в мин. Тоны сердца ослабленной звучности, ЧСС 76 в/мин, АД 100/60 мм.рт.ст. Живот мягкий, б/б. С-м поколачивания (-) с обеих сторон.

На повторной Рг. от 27.11.09. отрицательная рентгенологическая динамика, картина двухсторонней пневмонии в виде увеличения объемов и степени инфильтративных теней, поражения легких до двухсторонней субтотальной.

В связи с чем, в этот же день больная переводится для динамического наблюдения в ОАРИТ., где пациентка находилась с 27.11.09 по 01.12.09.

Проведено обследование:

ОАК: СОЭ 39мм/ч, Л-13,9; нейтроф-89,8,

БАК: фибриноген -4,8г/л; калий - 5.6ммоль/л; хлориды-108ммоль/л, АСТ 72ммоль/л., СРБ 10,9мг/гл

Р-ген гр. клетки от 30.11.09: Признаки двухсторонней тотальной пневмонии. Отрицательная динамика.

Был выставлен **диагноз: Внегоспитальная двухсторонняя тотальная пневмония, тяжелой степени, ДН-III. Железодефицитная анемия легкой степени тяжести.**

Произведена коррекция в лечении: продолжение антибактериальной терапии Цефтриаксон по 1.0х3 р/день, Сумамед 500мг на физ. р-ре 0,9%-100.0 в/в кап, добавлено к лечению Доксициклин по 300мг в день, Преднизолон по 30мгх 4р в/в., а также проводилась симптоматическая терапия.

В ОАРИТ самочувствие больной стало клинически улучшаться: регрессировал интоксикационный синдром, уменьшилась одышка, кашель, стала отходить мокрота, повысилась толерантность к физической нагрузке, сатурация О₂ повысилась до 95-96%. и пациентка 1.12.09. была переведена в терапевтическое отделение для дальнейшего долечивания, где продолжалась антибак-

териальная терапия, подключено физиолечение: лазерная терапия на область грудной клетки, массаж, 3-кратная небулайзерная терапия бронхолитиками и муколитиками, общеукрепляющая гимнастика, дыхательная гимнастика дважды в день.

11.12.09. проведена с контрольной целью **КТ легких**. Заключение: Реконвалесцент двухсторонней субтотальной пневмонии. Фиброз легких.

С учетом общего состояния, данных лабораторных исследований, КТ органов гр. Клетки пациентки выписана с улучшением на амбулаторное долечивание.

При обращении в поликлинику пациентка была несколько астенична, утомляема, отмечался редкий малопродуктивный кашель, потливость. Амбулаторное лечение состояло из:

- Зитмак 500 мг 1 таб в обед – 5 дней;

- ортофен 25 мг по 1 таб вечером после еды – 7 дней;

- тимоген 10 мг в/м до 10 инъекций;

- алос 2,0 в/м №10

даны рекомендации:

- избегать переохлаждений, пребывания в местах скопления большого количества людей;

- профилактика ОРВИ (оксолиновая мазь интраназально, инфлювак, употребление в пищу фитонцидов);

- проведение дыхательной гимнастики;

- проведение физиолечения (активное рассасывание фиброза) было решено с учетом холодного времени года и состояния пациентки в условиях санатория-профилактория, после которого, проведено контрольное обследование:

ОАК СОЭ 8 мм\ч, Л-4,8; СРБ -0,7.

Р-ген гр. клетки: от 03.02.10. Полное рассасывание фиброза. На последней КТ органов грудной клетки отмечается наличие элементов деформации легочного рисунка. Рассасывание фиброза.

На 70 день от начала заболевания пациентка в удовлетворительном состоянии выписана к труду со всеми необходимыми рекомендациями.

Пациентка взята на краткосрочный «Д» учет.

Выводы: 1. При тяжелых течениях респираторных заболеваний необходимо иметь настороженность в отношении развития пневмоний по типу ТОРС. 2. Благоприятному исходу тяжелого заболевания способствовало назначение комбинации антибиотиков цефалоспоринового ряда с макролидами при их введении парентеральным путем в больших дозах в сочетании с гормонами и противовирусными препаратами

Литература:

1. Окорочков А.Н. Лечение болезней внутренних органов. Практическое руководство. /Под редакцией А.Н. Окорочкова/ - Витебск, - 1997. - Т1. - С.1-60

2. Авдеев С.Н., Авдеева О.Я. Неспецифическая интерстициальная пневмония // Пульмонология и аллергология. - 2007. 4. - С. 27-30.

3. Зайкина Е.В., Ракита Д.Р. Эффективность длительной бронхолитической терапии в амбулаторных условиях // Пульмонология и аллергология. - 2007. - 4. - С.31-32.

4. Белевский А.С. Реабилитация больных с патологией легких // Пульмонология и аллергология. - 2007. - 4. - С. 33-36.

5. Чучалин А.Г. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике. Пособие для врачей под. Ред. А.Г. Чучалина. - Смоленск, - 2003. - 53с.

6. Муминов Т.А. Роль макролидов в лечении инфекций верхних и нижних дыхательных путей. Методические рекомендации под. ред. д.м.н. Т. А. Муминова, д.м.н., проф. Л. Ц. Иоффе. - Алматы. - 1998. - С. 4-20

УДК 616.15-08

ЛЕЧЕНИЕ ДИСЛИПИДЕМИИ МЕТОДОМ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ГЕМОКОРРЕКЦИИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

О.Н. Гарбузенко

КГКП «Городская больница №1», г. Павлодар
Урологическое отделение

Тұжырым

ЭКСТРАКОРПОРАЛЬДІК ГЕМОКОРРЕКЦИЯ ӘДІСІМЕН ДИСЛИПИДЕМИЯНЫ ЕМДЕУ (КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙ)

О.Н. Гарбузенко

Науқаста плазмалық липоидозымен экстракорпоральдік гемокоррекцияны қолдану, клиникалық әйгіленсін жоюды рұқсат етеді және қанның биохимиялық көрсеткішін жақсартады – бұл нәтиже уақытша сипатты алып жүреді, алты кешікпей плазмаферезалармен қайталанып әлдендірілуі керек. Қысқа мерзімді нәтижеге қарамастан науқастың өмірінің сапасын едәуір жақсартамыз, ұзақ мерзімге өзінің жұмысқа қабілеттілігін сақтайды, сондай-ақ жүрек – қантамырлық жүйе жағынан болатын асқынуға сақтандыру шараларын өткіземіз

Summary

TREATMENT OF DYSLIPIDEMIA BY METHOD OF EXTRACORPOREAL HAEMOCORRECTION (CLINICAL CASE)

O.N. Garbuzenko

Use of extra-corporal hemocorrection in patients with serum lipoidosis reduces clinical symptoms and improves biochemical blood indicators. This effect is temporary and must be followed by repeated plasmapheresis no later than in six months. Despite such a short-term effect, the quality of patient's life is improved considerably. The patient preserves capacity for work for a long time, and the prophylaxis for possible cardio-vascular complications is provided.

Липемия или гиперлипидемия проявляется мутностью плазмы крови, она приобретает вид молока иногда с коричневым оттенком. Гиперлипидемия бывает первичной и вторичной. Первичной гиперлипидемией признаётся нарушение регуляции обмена наследственного характера. В основе вторичной гиперлипидемии лежат: сахарный диабет, нефротический синдром, беременность, алкоголизм.

Различают пять видов гиперлипидемий. Самая частая гиперлипидемия IY - в 70% случаев. Для неё характерно повышение уровня триглицеридов в плазме крови, за счёт фракции липопротеидов очень низкой плотности. Встречается только у взрослых. Предполагается, что развитие гипертриглицеридемии является повышенное образование липопротеидов очень низкой плотности в печени, либо замедленный их катаболизм, либо то и другое вместе взятое.

Больная 39 лет обратилась с жалобами на выраженную слабость, боли в поясничном отделе позвоночника, головные боли, сонливость. Повышение температуры до субфебрильных цифр. Больной себя считает в течении многих лет, когда, впервые был обнаружен выраженный хилёз крови (молоко). Ухудшение состояния с 1998 года, обусловленное сильным повышением показателей белка и липидов в крови. Белок 180 г/л, холестерин 12,4 ммоль/л, В липопротеиды 15 г/л. Поставлен диагноз: «Липоидоз плазматический четвёртый тип. Гипербеттолипидемия. Аутосомно-доминантный тип наследования».

В связи с безуспешностью медикаментозной терапии предложен плазмаферез. Использование плазмафереза в клинике основано, прежде всего, на представлении о механическом удалении липидов, что приводит к устранению мутности плазмы. Это способствует улучшению микроциркуляции в паренхиматозных органах, улучшению тканевого дыхания.

Применяли методику с использованием консерванта гепарин+трентал. Методика Изимбергеновой Г.Н. авторское свидетельство №20133 на изобретение №6829 от 30.01.96. Проводили 3 сеанса дискретного плазмафереза на курс с удалением 1600 мл за сеанс.

После плазмафереза пациентка отмечала значительное улучшение самочувствия. Исчезали боли в пояснице, уменьшалась слабость, исчезала сонливость. Сеансы плазмафереза повторяли 1-2 раза в год. Рекомендовали постоянный приём антилипидемических препаратов (липимар, астор). После сеансов плазмафереза биохимические показатели крови: холестерин 3,3 ± 0,2 ммоль/л, триглицериды 4,75 ± 0,35 ммоль/л, В - липопротеиды 5,9 ± 0,75 г/л.

В течение 10 лет пациентка получает сеансы дискретного плазмафереза 2 раза в год, снижающиеся показатели липидного обмена, нарастают вновь через 3-5 месяцев, несмотря на дополнительно проводимую консервативную терапию.

Выводы: применение экстракорпоральной гемокоррекции у больной с плазматическим липоидозом, позволяет устранить клинические симптомы и улучшить биохимические показатели крови - этот эффект носит временный характер, который должен быть подкреплён не позднее 6 месяцев повторными плазмаферезами. Несмотря на столь непродолжительный эффект значительно улучшаем качество жизни пациента, который сохраняет свою работоспособность на длительный срок, а также проводим профилактику возможных осложнений со стороны сердечно сосудистой системы.

Литература:

1. Липовецкий Б.М. Клиническая липидология. - Санкт-Петербург «Наука». - 2000. - 36 с.
2. Изимбергенова Г.Н. Раствор консервант для лечебного фракционирования плазмы. Анестезиология и интенсивная терапия. - Алматы. 1999. - №1. - С. 15-17.

УДК 616.718.55/65-001.5-08

Остеосинтез фиксаторами с термомеханической памятью формы и чрезкостный остеосинтез при переломах проксимального и дистального сегмента плечевой кости у детей школьного возраста**С.К. Нурланов****КГП на ПХВ «Детская областная больница», г. Павлодар****Тұжырым****ОҚУШЫЛАРДЫҢ ПРОКСИМАЛДЫ СЫНЫҚТАРЫНДАҒЫ ЖӘНЕ ДИСТАЛЬДЫ ЫЙЫҚ СҮЙЕГІНІҢ САРАЛЫМЫНДАҒЫ СҮЙЕК АРАЛЫҚ ОСТЕОСИНТЕЗІ ЖӘНЕ ТЕРМАМИХАНИКАЛЫҚ ЖАДЫ БАР ОСТЕОСИНТЕЗ ФИКСАТОРМЯЛЫҚ ТҮРІ**

Мектептің орта және жоғарғы буынындағы балалар мен жас өспірімдердің ық сүйектері мен буындарының айналасындағы сынуын емдеу кезіндегі клиникалық байқаудың қорытындысы бойынша, сүйектердің сынуын салу кезінде сүйек сынықтары арасына есте сақтау қабілеті бар фиксаторлы остеосинтезді күштеп салуды қолдану сүйектің тез бекуін қамтамасыз етеді және сауығу мерзімін тездетудің сенімділігін арттырады. Сүйек арқылы күштеп салынған остеосинтез ық сүйегінің сынығының асқынған кезінде де қолданылады.

Summary**OSTEOSYNTHESIS SOCKET ON THE THERMO-MECHANICAL SHAPE MEMORY AND TRANSOSSEOUS OSTEOSYNTHESIS IN CASE OF FRACTURES OF PROXIMAL AND DISTAL SEGMENT OF THE HUMERUS IN CHILDREN OF SCHOOL AGE**

Clinical examination of Surgical treatment of teenagers humeral bone joint fractures is analyses and inner tense osteosynther with memory effect was used, that provided the reliability of fixation ann allowed to shorten to a dreat extent the terms of rehabilitation. Through bone tense osteosynthes was, used after posttraumatic complications of numeral bone/ Key words inner tense osteosynthes, through bone tense osteosyntes.

Переломы плечевой кости составляют 42% от общего числа переломов верхних конечностей. Среди них изолированные переломы проксимального сегмента составляют 13,5%, диафизарные переломы 6-7%, переломы дистального сегмента плеча 70,2% множественные переломы и сочетанные повреждения с переломами плечевой кости встречаются в 9,6% случаев, последние 28,2% случаев сопровождаются травматическим шоком и острой кровопотерей (2,3,4). Вместе с тем, при свежих переломах плечевой кости ориентация детских травматологов-ортопедов исключительно на консервативные методы лечения и чрезкожный остеосинтез спицами, в известной степени оправданна у пациентов младшей возрастных групп, применительно к пациентам школьного возраста в 9-29% случаев обрабатывается посттравматическими деформациями и несращениями (4,6,8,9,11). По мнению многих авторов, частота осложнений при травмах дистальной трети плечевой кости значительно чаще и сложнее, проявляется в виде деформаций, остаточных подвывихов, ограничение движения в локтевом суставе и может достигнуть 50% (3,6,11). К факторам, неблагоприятно влияющим на результаты лечения, относятся крайняя реактивность локтевого сустава у детей и склонность его к образованию гетеротопических оссификатов, после многократных и грубых репозиций. Этому способствуют использование недостаточно стабильных методов остеосинтеза и нарушение хирургической техники. Профилактикой гетеротопических оссификаций служит стабильная фиксация костных отломков и раннее начало разработки движения (9,11). Относительно лучшие результаты (по данным Шевцова и соавторов, в 100% случаев - хорошие и удовлетворительные) достигаются при чрезкостном напряженном остеосинтезе. Однако, чрезкостный остеосинтез сложен, трудоемок и обуславливает необходимость длительного пребывания больных в стационаре, в связи с чем, при свежих переломах плечевой кости у детей он применяется - вне специализированных центров - крайне редко. Столь же редко выполняется у них и внутренний накостный остеосинтез.

Примечательно, что в руководстве по внутреннему остеосинтезу Мюллера и соавторов (Швейцария) вообще не рассматриваются особенности переломов костей у детей и не дается никаких рекомендаций детским травматологам-ортопедам по накостному остеосинтезу (вероятно, в связи с его высокой травматичностью). В тоже время, анатомо-физиологические особенности плечевой кости предполагают дифференцированную тактику лечения её повреждений у детей различных возрастных групп. Отсутствие единого обоснованного подхода к выбору оптимального метода лечения из разнообразия предложенных методов, недостаточная отработанность стратегии и техники реабилитационного периода приводят к тому, что результаты лечения детей и подростков с повреждениями плечевой кости оставляют желать лучшего.

Цель нашей работы - повышение эффективности хирургического лечения детей школьного возраста с околосуставными переломами дистального и проксимального сегментов плечевой кости на основе напряженного внутреннего и чрезкостного остеосинтеза.

Сведения о локализации и характере переломов плечевой кости систематизировались нами согласно международной Универсальной Классификации. Обобщены клинические наблюдения относительно 62 детей с часто встречающимися околосуставными переломами плечевой кости, лечившимися с 1998 года. У 52 из них был выполнен внутренний напряженный остеосинтез фиксаторами с эффектом памяти формы и у 10 чрезкостный на аппарате Илизарова. 3 (4,8%) - младшего школьного возраста, 37 (59,0%) - среднего и 22 (36,2%) - старшего школьного возраста. Внутренний напряженный остеосинтез при околосуставных унифокальных переломах проксимального сегмента плечевой кости был выполнен у 32 детей - 22 среднего и 10 старшего школьного возраста. Остеосинтез стягивающей скобой с памятью формы сочетался с одной двумя шинирующими спицами. После операции гипсовые повязки не накладывались. Поврежденную верхнюю конечность временно (до снятия швов) фиксировали повязкой Дезо,

либо сразу накладывалась «дисциплинирующая» 8-образная ватно-марлевая повязка (запястье-шея), через 10-14 дней извлекались спицы, а спустя 2-3 недели полностью прекращалась иммобилизация. После сращения переломов в сроке 3-6 мес после травмы, стягивающие скобы извлекались. В 4-х случаях родители детей отказались подвергать их повторной операции. За этими пациентами велось диспансерное наблюдение. Несмотря на то, что стягивающие скобы при остеосинтезе устанавливались через зону фиброзного хряща, рост поврежденных плечевых костей не нарушен, хотя сами скобы постепенно переместились на диафизарный сегмент. Внутренний напряженный остеосинтез фиксаторами с термомеханической памятью формы при переломах дистального сегмента плечевой кости был выполнен у 20 детей в т.ч. у 8 среднего и 12 старшего

школьного возраста. В 14 случаев у больных с околоосновными над и чрезмыщелковыми переломами (открытыми, либо несопоставимыми закрытыми методами) остеосинтез успешно осуществлен спаренными омегаобразными скобами с памятью формы. При неполных внутрисуставных переломах дистального сегмента плечевой кости (у 1 пациента блока и у 7 головчатого вывиха) остеосинтез также осуществлен с применением омегаобразных стягивающих скоб. После операции гипсовые повязки, как и у предыдущей группы больных не накладывались. Руку фиксировали 8-образной ватно-марлевой повязкой (запястье-шея). Уже на 2-3 день после операции разрешались пассивные, а через 10 дней активные движения в поврежденном локтевом суставе.



До операции

Через 6 недель

чрескостный остеосинтез аппаратом Илизарова был применен в лечении повреждений плечевой кости у 10 детей в т.ч. у 3-х младшего, у 6-ти среднего, и у 1 старшего школьного возраста. Аппарат Илизарова накладывался преимущественно по поводу ложных суставов и нерепонированных, неправильно срастающихся переломах, неадекватно леченных в ЦРБ по ме-

сту жительства и поликлиниках. Так у 2 детей (9 и 13 лет) ложные суставы сформировались после околоосновных переломов проксимального сегмента плечевой кости (в обоих случаях репозиция не проводилась, а иммобилизация осуществлялась косыночными повязками).

Рентгенограммы больного К., 9 лет.



До операции

В аппарате

Через 10 недель

Длительность лечения больных в аппарате составила 10-12 недель. У обоих пациентов плечевые кости срослись, и восстановилась функция поврежденной конечности.

Остеосинтез в аппарате Илизарова применялся у пациента старшего школьного возраста при посттравматическом ложном суставе дистальной трети плечевой кости.

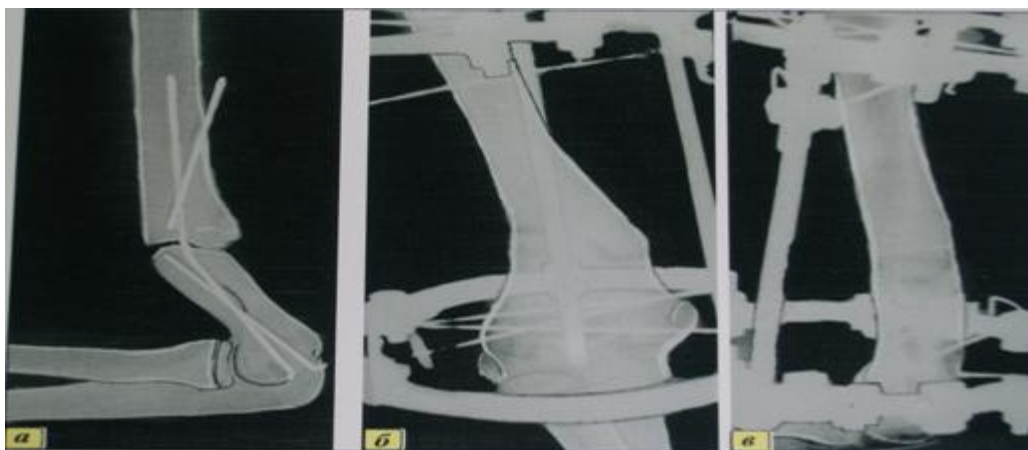
Достигнута консолидация и восстановление функций.

Остеосинтез аппаратом Илизарова был предпринят у 7 детей с неправильно срастающимися околоосновными над- и чрезмыщелковыми переломами дисталь-

ного сегмента плечевой кости в сроке от 2-4 недель после травмы, и в более отдаленные сроки со сформировавшейся патологией сустава (варусная, антирекурвационная деформация плечевой кости). В 2 случаях костные отломки были сопоставлены в аппарате Илизарова бескровно, в 6-ти случаях проводилась корригирующая остеотомия.

Отдаленные результаты лечения (в сроки от 1-3 лет) были изучены у 57 (92,0%) из 62 пациентов, в т.ч. у 47 леченных методом внутреннего напряженного остеосинтеза фиксаторами с памятью формы, и у 10-и у которых осуществляется чрескостный остеосинтез в аппарате Илизарова.

Рентгенограммы больной Р., 15 лет

8 месяцев после
остеосинтеза спицамиСпустя 12 недель после наложения
аппарата Илизарова

Больной К., 13 лет



В результате лечения признаны: после остеосинтеза фиксаторами с термомеханической памятью - 100,0% случаев хорошими, после чрескостного остеосинтеза – у 9 хорошими и у 1 - удовлетворительными. Эти данные свидетельствуют о высокой эффективности обоих использованных нами методов напряженного остеосинтеза, а также, в целом, о правильности избранной тактики лечения детей. Внутренний напряженный остеосинтез фиксаторами с памятью формы позволял при свежих переломах одномоментно и прочно скрепить костные отломки, избавляя юных пациентов от необходимости длительного ношения гипсовых повязок, либо громоздкого аппарата внешней фиксации. Дети после краткого (7-10 дней) пребывания в стационаре быстро возвращались к привычной жизни, начинали посещать школу, полноценно общаться с родителями, учителями, сверстниками. Однако, при сложных открытых переломах, посттравматических деформациях и ложных суставах плечевой кости, т.е. в ситуациях, когда соображения комфортности и длительности пребывания больных в стационаре отодвигаются на второй план, показан преимущественно чрескостный дистракционно-компрессионный остеосинтез.

Выводы

1. Внутренний напряженный остеосинтез фиксаторами памятью формы применим и высоко эффективен при околосуставных переломах проксимального и дистального сегментов плечевой кости у детей школьного возраста - при условии рационального использования его методик.

2. При околосуставных унифокальных переломах и переломо-эпифизиолизах проксимального сегмента плечевой кости у детей показан остеосинтез стягивающими скобами с эффектом памяти формы в сочетании с 1-2 шинирующими спицами. При околосуставных пе-

реломах дистального сегмента плечевой кости показан остеосинтез стягивающими омегаобразными скобами.

3. Чрескостный напряженный остеосинтез в аппарате Илизарова показан, в основном, у детей с посттравматическими деформациями и несращениями плечевой кости, сопровождающимися мио- и артрогенными контрактурами, т.е. при тяжелых последствиях несостоятельного спицевого остеосинтеза, неадекватного консервативного лечения.

Литература:

1. Баиров Г.А., Улрих Э.В. Оперативное лечение последствия переломов в области локтевого сустава у детей - Труды II Всероссийского съезда травматологов и ортопедов - Л., 1973. - С.223-227.
2. Волков М.В., Тер-Егизаров Г.М., Стужина В.Т. Ошибки и осложнения при лечении переломов длинных трубчатых костей у детей и подростков. - М., 1978. - 114с.
3. Ерекешов А.Е. Клинико-патогенетическое обоснование и разработка новых методов лечения переломов плечевой кости у детей.- Автореферат, ДМН - Алматы, 2000. - С. 3-123.
4. Корж А.А., Бондаренко Н.С. Повреждение костей и суставов у детей.- Харьков, 1994. - 198с.
5. Меркулов В.Н., Дорохин А.И. Нарушение консолидации костей при переломах у детей и подростков. Методы диагностики и лечения. - М., 2009. - 290с.
6. Меркулов В.Н., Багомедов Г.Г., Крупаткин А.И. Переломы головки мыщелка плечевой кости и их последствия у детей и подростков. - Рязань, 2010. - 345с.
7. Овсянник О.В., Никитюк И.Е., Проценко Я.Н. Ошибки при лечении переломов в области локтевого сустава у детей и подростков // Актуальные проблемы детской травматологии и ортопедии.- СПб., 2004. - С.171-173.