

– фенотип гаптоглобина методом дискэлектрофореза сыворотки крови в полиакриламидном геле по D.C.Davis в модификации Н.А.Осиной (1982); выделяли фенотипы Нр 1-1, 2-1, 2-2;

– тип инактивации ГИНК в моче по Л.П.Гребеннику (1962);

– активность эритроцитарной глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы по А.Kornberg (Асатиани В.С., 1965), норма – $120-180 \times 10^9$ эритроцитов в сыворотке крови.

Выделены 4 комбинации генетических маркеров: неблагоприятная (НКГМ – носительство Нр 2-2+слабый тип инактивации ГИНК + пониженная активность Г-6-ФДГ), относительно неблагоприятная (ОНКГМ – сочетание двух неблагоприятных и одного благоприятного генетического маркера); благоприятная (БКГМ – носительство Нр 2-1+ сильный тип инактивации ГИНК + нормальная активность Г-6-ФДГ) и относительно благоприятная (ОБКГМ – сочетание двух благоприятных и одного неблагоприятного генетического маркера). Для оценки функционального состояния почек исследовали ферментный спектр мочи: активность трансамидиназы (N – O); лактатдегидрогеназы (N – $7,6 \pm 0,86$ МЕ/мл мочи), холинэстеразы (N – $8,7 \pm 1,1$ МЕ/мл мочи), кислой фосфатазы (N – $10,3 \pm 2,3$ МЕ/мл мочи) по С.И.Рябову с соавт. (1979).

Результаты исследований. При ДТЛ у 120 ($35,6 \pm 2,6\%$) больных наблюдались функциональные изменения со стороны почек: у больных с НКГМ ферментурия отмечалась в 4,7 раза чаще, чем у больных с БКГМ (соответственно $54,5 \pm 8,6$ и $11,5 \pm 6,2\%$; $P < 0,001$). Ферментурия выявлялась также у больных с ОНКГМ ($37,8 \pm 3,5$) и ОБКГМ ($34,1 \pm 5,0\%$). Установлено, что у больных с ДТЛ особенно с НКГМ и ОНКГМ наиболее повышается уровень ферментов мочи трансамидиназы, лактатдегидрогеназы, холинэстеразы в 2-3 раза. Так если у больных с НКГМ и ОНКГМ при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких активность трансамидиназы составляла соответственно $0,40 \pm 0,08$ и $0,43 \pm 0,07$ МЕ/мл мочи (N=0), то при БКГМ и ОБКГМ – $0,24 \pm 0,08$ и $0,10 \pm 0,01$ МЕ/мл мочи. Активность ЛДГ и ХЭ также была повышенной у больных с неблагоприятным генетическим фоном, и в процессе лечения их динамика была незначительной. Активность кислой фосфатазы оставалась сниженной у всех больных. Аналогичная закономерность установлена и при изучении активности ферментов мочи у пациентов с другими формами ДТЛ.

Заключение. Выявленные нарушения функционального состояния почек у больных с разным генетическим фоном необходимо обязательно учитывать в процессе комплексной терапии туберкулеза легких.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ

Агзамова Р.А.¹, Бугаков А.А.¹,
Искакова А.Ш.¹, Нашенова Г.Б.¹, Байжанова С.Т.².
АО «Медицинский университет Астана»¹,
г. Астана, Казахстан
Городской противотуберкулезный диспансер²,
г. Астана, Казахстан

Цель исследования: изучить клиническое течение и эффективность лечения туберкулеза органов дыхания у детей.

Материал и методы: изучены методы выявления и клиническая характеристика туберкулеза у 40 детей, находившихся на стационарном лечении в детском отделении городского противотуберкулезного диспансера г.Астаны в 2010г.

По полу 52,5% были мальчиками, 47,5% – девочками. По возрасту до 5 лет составляли 25%, в возрасте 6-10 лет – 30%, 11 – 14 лет – 45%, существенной разницы по возрасту между мальчиками и девочками не отмечено. Большинство детей – 70% были учащимися общеобразовательных школ, 30% – дошкольного возраста.

Результаты исследования: В 37,5% заболевание было выявлено по туберкулиновой пробе Манту, в 32,5% – при обследовании как контактных из очагов туберкулезной инфекции, в 22,5% – при обращении за медицинской помощью и в 7,5% – при профилактическом флюорографическом обследовании.

По клиническим формам первое место занимал первичный туберкулезный комплекс – в 52,5%, на втором месте – в 35,0% туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, в 7,5% – инфильтративный туберкулез легких, в 5,0% – экссудативный плеврит.

В 10% туберкулез органов дыхания у детей был осложнен деструкцией легочной ткани и бактериовыделением, по 7,5% – обсеменением и экссудативным плевритом, по 2,5% – ателектазом средней доли легкого и туберкулезом периферических лимфатических узлов.

Почти все (95%) больные дети были отнесены к новым случаям, из них 90% получали лечение по 1-й категории, 5% – с ограниченным процессом без деструкции и бактериовыделения – по 3-й категории. У 5% детей в связи с отсутствием положительной клинико-рентгенологической динамикой процесса на 3-4 месяцах интенсивной фазы, была установлена клиническая резистентность к противотуберкулезным препаратам 1-й линии и назначено лечение резервными препаратами 2-й линии по 4-й категории.

Полный курс химиотерапии (интенсивная и поддерживающая фазы) получили в стационар-

ных условиях 90% детей (из них в 45% случаев интенсивная фаза была продлена до 3-4 месяцев, в 10% – поддерживающая фаза до 6-7 месяцев). По завершении лечения они были выписаны с исходами «вылечен» и «лечение завершено», в остальных 10% случаев, после успешного завершения интенсивной фазы, дети были направлены на поддерживающую фазу лечения в амбулаторных условиях.

Заключение: Туберкулезом преимущественно заболевают инфицированные дети, выявленные по туберкулиновой пробе Манту (37,5%) и из очагов туберкулезной инфекции (32,5%). По клиническим формам чаще всего был установлен первичный туберкулез: в 52,5% – первичный туберкулезный комплекс, в 35,0% – туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, в 30% встречались различного рода осложнения основного процесса, в 5% у детей установлена клиническая устойчивость к препаратам 1-й линии. Для достижения высокой эффективности лечения туберкулеза у детей рекомендуется полный курс химиотерапии (интенсивную и поддерживающую фазы) завершить в стационарных условиях под постоянным контролем медперсонала.

97

КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ ТБ/ВИЧ

Абсадыкова Ф.Т., Мухтермова В.Н., Тарасова Н.В.
Республиканский специализированный
научно-практический медицинский центр
фтизиатрии и пульмонологии,
г. Ташкент, Узбекистан

Цель: изучение функции печени у детей больных ТБ/ВИЧ биохимическими методами исследования.

Материалы и методы: Для решения поставленной задачи под наблюдением находилось 54 ребенка с различными формами туберкулеза. При этом у 26 (48%) установлен туберкулез в/грудных л/узлов, у 7 (12,9%) – первичный туберкулезный комплекс у 18 (33,3%) – диссеминированный туберкулез легких, а у остальных детей 3 (5,5%) – внелегочные формы туберкулеза.

Результаты исследования: При клиническом осмотре у всех 54 детей при поступлении наряду с другими симптомами отмечены: гепатомегалия – умеренная (до 2х см) лишь у 9 (16,7%) обследуемых. У остальных регистрируется увеличение печени более 2х см у 28 (51,8%) и более у 5 см 17 (31,5%). При этом 8 детей (14,9%) являются реконвалесцентами вирусного гепатита «А», у 11 (20,4%) наличие гепатита «В», а у 7 (12,9%) гепатита «С».

При биохимическом исследовании крови на билирубин лишь у 3 (5,5%) детей зарегистрировано умеренное повышение концентрации. Уровень индикаторных ферментов печени аланин-трансаминазы (АлТ) и аспарт-амино-трансферазы (АсТ), у большинства детей оставались в пределах нормы. Лишь у 8 (14,8%) детей отмечено незначительное повышение фермента (АлТ) 1,2 ммоль/литр, а у 3 (5,5%) до 1,5 ммоль/литр. Активность щелочной фосфатазы до начала противотуберкулезной терапии были повышены у 16 (29,6%) детей с ТБ/ВИЧ, в пределах $8,4 \pm 0,6$ ммоль/литр.

Заключение. Сдвиги биохимических показателей функционального состояния печени установлены лишь у 16 (29,6±6,2%) детей. Наиболее информативным биохимическим показателем является уровень щелочной фосфатазы в сыворотке крови.

98

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВЫМИ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА

**Ташпулатова Ф.К¹, Долгушина Ю.В², Тарасова Н.В²,
Абдуллаев М.А², Абдусаломова М.И¹**
Ташкентский Педиатрический медицинский
институт¹, г. Ташкент, Узбекистан
Республиканский Специализированный
научно-практический медицинский центр
фтизиатрии и пульмонологии²,
г. Ташкент, Узбекистан

Цель: изучить частоту лекарственных осложнений (ЛО) у больных с лекарственно– устойчивым (ЛУ) туберкулезом легких (ТЛ) и разработать схемы профилактики ЛО.

Материал и методы: Обследовано 463 больных ТЛ, из них 330 больных с ЛУ к химиопрепаратам.

Результаты: Установлено, что ЛО от химиопрепаратов у больных ЛУ ТЛ возникли в динамике у 189 (57,3%) больных. В тоже время в группе больных с лекарственно чувствительным (ЛЧ) туберкулезом легких ЛО отмечены у 33 (24,8%).

У 166 больных с ЛУ изучены весомое значение 24 факторов риска возникновения ЛО. По методике наибольшей вероятности (Севьястьянов В.С., 1982) рассчитан коэффициент риска (КР) для каждого фактора и выделены наиболее весомые факторы риска развития ЛО у больных с ЛУ туберкулезом легких. Выделены диапазоны риска возникновения ЛО: от -9,9 до + 6,4. Установлено, что 56% больных с ЛУ имеют максимальный риск развития ЛО.

В целях профилактики ЛО у больных ЛУ при наличии риска развития ЛО разработана схемы профилактики ЛО с применением фитосборов и медикаментов дезинтоксикационного, гепатотропного, желчегонного действия.