

## Summary

### PECULIARITIES OF METABOLISM AND CORRECTING THERAPY IN CHILDREN WITH HEREDITARY HAEMOLYTIC ANEMIA

**S.N. Davlatova, K.I. Ismailov, M.J. Davlatov,  
F.S. Sharipov, Z.Z. Kahhorov**

54 children with hereditary haemolytic anemia (HHA) by electro-cardio-graphical (ECG) and cytochemical methods were investigated. It was received that in 96% of children had ECG-features of mio-cardio-dystrophy. Cytochemical status of lymphocytes of peripheral blood showed inhibition of activity of enzymes of energetic metabolism - succinate dehydrogenase and  $\alpha$ -glycerophosphate dehydrogenase. The use of preparations of metabolic action in the complex of specific therapy leaded to increase activity of these enzymes and decrease symptoms of mio-cardio-dystrophy.

**Key words:** HHA, mio-cardio-dystrophy, metabolic therapy

---

#### Адрес для корреспонденции:

**С.Н. Давлатова** - ассистент кафедры детских болезней №2 ТГМУ; Таджикистан, г. Душанбе, ул. И. Сомони, 59, Тел.: 93-527-75-39 E-mail: sokhira@mail.ru

---

### ПРИЧИНЫ СМЕРТНОСТИ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ МИЛИАРНЫМ ТУБЕРКУЛЁЗОМ, ОСЛОЖНЁННЫМ МЕНИНГИТОМ

**З.Ш. Дусматова, У.Ю. Сироджиддинова,  
С.Д. Исмоилов, Б. Шарипов**

**Кафедра фтизиатрии ТГМУ им. Абуали ибни Сино**

Авторами проанализированы за 12 лет 108 случаев диссеминированного туберкулёза у детей, из них - 77 милиарной формой; 18 детей имели осложнения в виде туберкулёзного менингита, из них 14 (77,8%) умерли в различные сроки пребывания в стационаре. Так же прослежена причинно-следственная связь позднего выявления и смертельных исходов туберкулёзного менингита у детей.

**Ключевые слова:** диссеминированный туберкулёз, милиарная форма, туберкулёзный менингит

**Актуальность.** Для многих стран, в том числе и для Таджикистана, туберкулёз является одной из важнейших медико-санитарных проблем.

Сложившееся экономическое положение привело к снижению жизненного уровня основной массы населения, а это, в свою очередь, к ухудшению всех эпидемиологических показателей по туберкулёзу [2,3].

Как известно, среди основных причин смерти от инфекционных заболеваний во многих экономически слабо развитых странах, туберкулёз занимает одно из главных мест, а у детей - именно диссеминированный туберкулёз, осложнённый туберкулёзным менингитом [1].

По отчётным данным Детской туберкулёзной больницы г. Душанбе (ДТБ) за период с 1994г. по 2005г. от диссеминированного туберкулёза умерло 38 из 108 госпитализированных детей - каждый третий ребёнок. У детей, самая тяжёлая форма туберкулёза, которая часто осложняется туберкулёзным менингитом - это милиарная форма диссеминированного туберкулёза лёгких. Наиболее высокая летальность наблюдалась нами именно у больных туберкулёзным менингитом: 14 (77,8%) детей из 18 умерли от менингита. Высокий процент летальности у детей от туберкулёзного менингита, вызвал необходимость изучения причин и факторов

риска, приводящих к такому исходу.

**Цель исследования:** изучить сроки выявления, особенности диагностики и исходов диссеминированного туберкулёза лёгких, осложнённых менингитом, у детей, лечившихся в ДТБ.

**Материал и методы исследования.** Настоящее исследование проводилось на базе ДТБ. Анализ подвергнуты клиничко-анамнестические, рентгенологические и лабораторные данные 108 больных диссеминированным туберкулёзом лёгких, госпитализированных в стационар за период 1994-2005 гг. В разработку вошли 18 случаев милиарного туберкулёза, осложнённого туберкулёзным менингитом. Всех больных детей туберкулёзным менингитом мы распределили на следующие возрастные категории: 0-3 года - 10 (55,5%) больных, 4-7 лет - 3 (16,7%), 8-14 лет - 5 (27,8%) больных. Из села госпитализировано 10 (55,6%) больных, из города - 8 (44,4%) больных. Девочек было 7 (38,9%), мальчиков - 11 (61,1%).

Диагноз диссеминированного туберкулёза всем детям был установлен рентгенологическим исследованием, а туберкулёзный менингит подтверждён анализом ликвора после люмбальной пункции.

**Результаты и их обсуждение.** Из 108 детей у 77 была диагностирована милиарная форма, а у 18 из них (23,4%), или у каждого четвёртого ребёнка, милиарный процесс в лёгких осложнился туберкулёзным менингитом.

Из анамнеза было выявлено, что 7 (38,9%) больных имели семейный контакт с больным открытой формой туберкулёза, подтверждённой лабораторно и рентгенологически. Далее было выявлено, что ни один из этих детей не были обследованы как контактные и не получили химиопрофилактику. У остальных 11 (61,1%) детей из анамнеза контакт не был установлен, однако необходимого в таких случаях проведение обследования всех членов семьи с целью выявления первоисточника заражения данного ребёнка не было проведено.

По данным экспертов ВОЗ, вакцинация БЦЖ предохраняет от развития милиарного туберкулёза и туберкулёзного менингита, что продолжает сохранять актуальность и в настоящее время [4].

По нашим данным, из 18 больных туберкулёзным менингитом, 17 (почти все - 94,4%) не были вакцинированы БЦЖ - отсутствовал рубчик, и только 1 (5,6%) больной имел рубчик БЦЖ - 5мм. Из стационара выписаны на дальнейшее амбулаторное наблюдение фтизиатра и невролога 4 детей, из них только один ребёнок, имевший рубчик БЦЖ - 5мм, катamnестически не имеет остаточных изменений со стороны ЦНС, остальные 3 детей, не имевшие рубчика БЦЖ, завершили лечение с выраженными остаточными изменениями в виде эпилепсии и психических расстройств.

Таким образом, на нашем материале подтверждено, что вакцина БЦЖ не только предупреждает заболевание милиарным туберкулёзом и туберкулёзным менингитом, но способствует излечению без остаточных изменений.

Все 18 детей поступили в туберкулёзный стационар с признаками туберкулёзного менингита: 11(61,1%) переведены из соматических стационаров, 7 (38,9%) больных - после длительного периода лечения в амбулаторных условиях по поводу различных заболеваний (ОРВИ, бронхита, пневмонии и др.) и запоздалой консультации фтизиатра.

Давность заболевания до установления диагноза и поступления в специализированный стационар колебалась в пределах: 1 месяца - у 4 (22,2%) больных, до 2 месяцев - у 9 (50,0%) больных, до 3-4 месяцев - у 2 (11,1%), а 3 (16,7%) детей болели и обследовались в различных учреждениях ПМСП 6 и более месяцев.

Анализ, проведённый по региональному принципу, выявил, что 6 (42,9%) из 14 (42,9%) больных, умерших в стационаре, были жителями г. Душанбе, 5 (35,7%) больных - жители РРП, и 3 (21,4%) проживали в Хатлонской области. Следует отметить, что даже у больных, госпитализированных из города Душанбе, диссеминированный туберкулёз и туберкулёзный менингит не был своевременно выявлен.

Причиной позднего выявления милиарного туберкулёза и поступления в стационар с развившимся менингитом является - отсутствие настороженности по отношению к туберкулёзу и незнание основных признаков диссеминированного туберкулёза и туберкулёзного менингита

врачами общей практики поликлиник и детских стационаров.

Все 18 больных поступили в крайне тяжёлом, а часть - даже в бессознательном коматозном состоянии. Нами проведён анализ сроков пребывания 14 умерших больных в стационаре: уже через 24-48 часов после госпитализации умерло 5 (35,7%) больных, в период от 2-х до 10 дней - 4 (28,6%), от 10 до 14 дней - 2 (14,3%), и 3 (21,4%) больных пролечились, но безуспешно и умерли через 1 месяц после госпитализации.

#### **Выводы:**

1. Наши наблюдения подтверждают, что диссеминированным туберкулёзом, осложнённым туберкулёзным менингитом, болеют и умирают дети:

- из очагов туберкулёза (семейный контакт с больным МТ+);
- незащищённые вакциной БЦЖ (отсутствие знака или неэффективный рубчик 2-3 мм);
- не получившие химиопрофилактику;
- и чаще дети раннего возраста (до 3-х лет).

2. Причиной поздней диагностики, приводящей к летальному исходу, несмотря на интенсивную реанимационную терапию ПТП, являются:

- отсутствие настороженности по отношению к туберкулёзу;
- незнание основных признаков диссеминированного туберкулёза и туберкулёзного менингита врачами общей практики поликлиник и детских стационаров.

#### **Рекомендации:**

1. Необходимо усилить контроль работы в очагах со стороны как фтизиатров, так и семейных врачей и педиатров по обследованию контактов, вакцинированию и проведению химиопрофилактики.

2. Необходимо довести до сведения врачей ПМСП материал методического пособия "Оптимизация мер по своевременной диагностике и лечению милиарного и диссеминированного туберкулёза у детей и подростков", рекомендованного МЗ РТ №2 от 16 июля 2009г. для улучшения раннего выявления и диагностики этих форм (Дусматова З.Ш., Бобоходжаев О.И., Юмагулова Ф.И. - сотрудники кафедры фтизиатрии ТГМУ).

## **ЛИТЕРАТУРА**

1. Глумная Т.В. Влияние активного выявления и лечения больных туберкулёзом на летальные исходы //Проблемы туберкулёза. М. № 4. 2000. С.22-27
2. Дусматова З.Д., Сироджидинова У.Ю., Мирзоева М.Б. Диссеминированный туберкулёз лёгких у детей в современных эпидемиологических условиях Республики Таджикистан //Материалы Международной конференции. Душанбе. 2006. С.108
3. Сироджидинова У.Ю. Эпидемиологическая обстановка по туберкулёзу и приоритетные задачи по её улучшению //Материалы XII съезда фтизиатров. Екатеринбург.1997. С.45-46
4. Худзик Л. Б. Туберкулёз у детей и подростков / Л. Б. Худзик, Е. Я. Потапова, Е. Н. Александрова // Учебная литература. М. Медицина. 2004

## **ХУЛОСА**

### **Сабабҳои ғавти кӯдакони гирифтори сили паҳншудаи бо сарсом оризшуда**

**З. Г. Дусматова, У. Ю. Сирочиддинова,  
С. Д. Исмоилов, Б. Шарипов**

Муаллифон дар муддати 12 сол, 108 нафар кӯдакони гирифтори сили паҳншударо, ки 77 нафари онҳо шакли миллиарӣ (арзанмонанд) доштанд, таҳлил намуданд. 18 нафари кӯдакон ба намуди сарсоми (илтиҳоби пардаҳои мағзи сар) силӣ ориза доштанд, ки аз онҳо 14 (77,8%) нафарашон дар мӯҳлатҳои гуногуни бистарӣ дар бемористон ғавтиданд. Инчунин, алоқаи сабабию тафтишии дер ошкор намудани беморӣ ва оқибатҳои марговари сарсоми силӣ дар кӯдакон дунболоғирӣ карда шудааст.

## SUMMARY

### CAUSES OF MORTALITY OF CHILDREN WITH DISSEMINATED TUBERCULOSIS, COMPLICATED WITH MENINGITIS IN CHILDREN

**Z.Sh. Dusmatova, U.Yu. Sirojiddinova, S.D. Ismoilov, B. Sharipov**

Authors analyzed 108 cases (in 12 years) of disseminated tuberculosis in children, from them 77 with miliar form; 18 children had as complication tuberculosis meningitis, from them 14 (78%) dead. Cause and effect connection of late detection and deaths during tuberculosis meningitis in children were studied too.

**Key words:** disseminated tuberculosis, tuberculosis meningitis, children

**Адрес для корреспонденции:**

**З.Ш. Дусматова** - старший преподаватель кафедры фтизиатрии ТГМУ; Таджикистан, Душанбе, ул. Шотемур-53, кв.1. тел: 919-40-04-32

---

## УГРЕВАЯ БОЛЕЗНЬ: ХАРАКТЕРИСТИКА МИКРОБНОЙ ФЛОРЫ, АНТИБИОТИКОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ

**М.С. Исаева, З.Т. Буриева**

**Кафедра дерматовенерологии ТГМУ им Абуали ибни Сино**

Статья посвящена актуальной проблеме в дерматовенерологии и косметологии. В работе представлены материалы клинического изучения микрофлоры кожи при вульгарных угрях, антибиотикочувствительность выделенной микрофлоры к антибактериальным препаратам. Результаты наших исследований подтверждают важную роль *Propionibacterium asnes* и микроорганизмов рода *Staphylococcus* в патогенезе acne. Изучение антибиотикочувствительности способствует рациональному и обоснованному назначению антибиотикотерапии.

**Ключевые слова:** вульгарные угри, микрофлора кожи, антибиотикочувствительность

**Введение.** Вульгарные угри - хроническое, полиэтиологическое заболевание пилосебaceous комплекса. Данная патология поражает от 79% до 95% лиц юношеского возраста и 40% - 50% лиц старше 25 лет [6,7,9,12]. Распространённость заболевания за последние годы продолжает расти как в группе подростков, так и взрослого населения. Проблемы этого заболевания обусловлены тем, что даже лёгкие формы, а тем более тяжёлые, негативно влияют на психику пациентов, существенно снижая их самооценку и качество жизни. Основными факторами развития данного дерматоза являются: генетическая предрасположенность, гормональный дисбаланс, фолликулярный гиперкератоз, гиперсекреция кожного сала и микробная колонизация сально-волосянных фолликулов с последующим развитием воспаления [1,2,4]. Фоновым состоянием для развития вульгарных угрей служит повышенное салоотделение, ведущее к возникновению комедонов. Последнее представляет собой роговые пробки, состоящие из отторгающихся эпителиальных клеток протоков сальных желёз, пропитанных их секретом, и закупоривающие выводные протоки желёз. Застоявшееся кожное сало разлагается, являясь хорошей питательной средой для различных микроорганизмов. Изучению роли микроорганизмов в патогенезе вульгарных угрей посвящены многочисленные исследования [3,5,8,15]. По мнению большинства авторов, колонизация бактерий играет важную роль в развитии заболевания, а продуцирование ими хемотаксических факторов обуславливает развитие воспаления в очаге. При этом происходит инфильтрация фол-