

Влияние «Фитотона» на антителообразование у мышей линии СВА

№ п/п	Группы животных	Число спленоцитов	Число АОК по всей селезенке	Число АОК на 10 спленоцитов
1	Интактная (n=10)	135,0±10,71	48240,0±390,22	302,2±37,40
2	Контрольная (ЦФ+вода) (n=10)	70,5±6,85 p < 0,05	20570,0±141,30 p < 0,05	245,7±25,61 p < 0,05
3	Опытная (ЦФ+«Фитотон») (n=10)	120,0±9,81 p < 0,05	43035,0±300,50 p < 0,05	325,0±22,50 p < 0,05

ра и биологических активных веществ лекарственных растений: лабазника вязолистного (таволги), бадана толстолистного и мяты перечной. В лабазнике вязолистном содержатся в значительном количестве флавоноиды, дубильные вещества, витамин С и другие производные соединения [1,4]. Отвары из данного растительного сырья используются в качестве общеукрепляющего средства [10]. Для препаратов бадана толстолистного характерны адаптогенное, иммуномодулирующее, противовоспалительное, антиоксидантное и другие свойства за счет содержания дубильных веществ, флавоноидов, макро- и микроэлементов и других произ-

ка популярен так называемый «Монгольский чай» из листьев бадана, который обладает тонизирующим действием [1,8]. Мята перечная богата эфирными маслами, а также содержит урсоловую кислоту, флавоноиды, витамины С, А, Е, В. Препараты и биологически активные добавки, содержащие мяту перечную, применяются при расстройствах органов пищеварения, нервной и сердечно-сосудистой системы [4,7] и при других состояниях. Очевидно, наличествуящий в «Фитотоне» большой спектр биологически активных веществ в сопровождении сахара обуславливает адаптогенное действие данного средства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брехман И.И. Человек и биологически активные вещества. — М., 1980. — 120 с.
2. Крыжановский Г.Н. Дизрегуляторная патология. — М., 2002. — 632 с.
3. Меерсон Ф.З. Адаптационная медицина: механизмы и защитные эффекты адаптации. — М., 1993. — 331 с.
4. Пронченко Г.Е. Лекарственные растительные средства. — М., 2002. — 285 с.
5. Руководство по экспериментальному (доклиническому) изучению новых фармакологических веществ. — М., 2000. — 398 с.
6. Сейфула Р.Д., Анкудинова И.А., Азизов А.П. Адаптогены и физическая работоспособность. — М., 1997. — 267 с.
7. Федеральный реестр биологически активных добавок к пище. — М., 2000. — 327 с.
8. Хазанов В.А. Фармакология и фармакоэкономика нового класса препаратов-регуляторов энергетического обмена. — Томск, 2003. — 48 с.
9. Lu C., Cheng X.J., Juan W.X. Protective action of Ginseng root saponins on hypobaric hypoxia in animals // Jao hsueh pao. — 1988. — Vol. 9. — P.391-394.
10. Nakagawa S. Cytoprotective activity of components of garlic, ginseng and ciwujia on hepatocyte injury induced by carbon tetrachloride in vitro // Hiroshima L. of Medical sciences. — 1985. — Vol. 34. — P.303-309.
11. Wagner H., Norr H., Winterhoff H. Plant adaptogens // Phytomedicine. — 1994. — Vol. 1. — P.63-76.

Адрес для переписки:

670000, Улан-Удэ, ул. Смолина, 24а, отдел аспирантуры Бурятского государственного университета; электронная почта scider@bsu.ru, aspdep.08@mail.ru;
Смагулова Туяна Базартаповна - аспирант

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

© ПЕТУХОВ В.П. — 2008

ТУБЕРКУЛЕЗ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

В.П. Петухов

(Иркутский областной противотуберкулезный диспансер, гл. врач — к.м.н. М.Е. Кошечев)

Резюме. В статье представлены результаты комплексного лечения ВИЧ-инфицированных больных с туберкулезом периферических лимфатических узлов в зависимости от сроков выявления заболевания. ВИЧ-инфекция повышает риск развития внелегочных форм туберкулеза, в том числе и туберкулеза периферических лимфатических узлов. Поздняя диагностика, неадекватная терапия ухудшают течение туберкулеза периферических лимфатических узлов, для лечения заболевания требуются значительные материально-технические затраты.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, внелегочный туберкулез, туберкулез периферических лимфатических узлов.

TUBERCULOSIS OF PERIPHERAL LYMPH NODES IN PATIENTS WITH HIV INFECTION

V.P. Petukhov

(Irkutsk Regional Tuberculosis Hospital)

The features of clinical course of peripheral lymph node tuberculosis in patients with HIV infection are presented in the work. Disseminated and complicated extrapulmonary tuberculosis requires that the problem associated with organization be solved.

Key words: ВИЧ-infection, extrapulmonary tuberculosis, a tuberculosis of peripheral lymph nodes.

В настоящее время в Иркутской области насчитывается 23843 ВИЧ-инфицированных. В 2007 г. впервые выявлен 421 пациент с ВИЧ-инфекцией в сочетании с туберкулезом. Исследования, проведенные в последние годы отечественными учеными, показали, что доминирующее положение в структуре оппортунистических инфекций у ВИЧ-инфицированных занимает туберкулез [2]. Манифестацией ВИЧ-инфекции все чаще являются внелегочные формы туберкулеза. Чаще всего это туберкулез периферических лимфатических узлов [1].

Течение туберкулеза лимфатической системы при ВИЧ-инфекции у впервые выявленных больных, находившихся на лечении во внелегочном отделении Иркутского областного противотуберкулезного диспансера, значительно отличалось от типичной изолированной формы туберкулеза. Для изолированного туберкулеза периферических лимфатических узлов характерно поражение одной, реже — двух групп регионарных лимфатических узлов. Лишь при хронизации процесса и при поздней диагностике характерно вовлечение новых групп регионарных лимфатических узлов. Течение заболевания чаще стертое, редко предшествует перенесенная ОРВИ. Началом заболевания является появление опухолевидного образования, болезненного или безболезненного в зависимости от стадии патологического процесса. При ВИЧ-инфекции туберкулез лимфатической системы проявляется остро. Течение заболевания осложненное, чаще в виде абсцессов, флегмон с последующим образованием свищей. Развитие заболевания молниеносное, нередко пациенты подвергаются оперативным вмешательствам для устранения осложнений, хотя патологические очаги практически всегда остаются. Такие «злокачественные» особенности течения туберкулеза лимфатической системы при ВИЧ-инфекции мы стали встречать с 2007 г.

За период с начала 2007 г. по настоящее время в отделении внелегочного туберкулеза Иркутского областного противотуберкулезного диспансера (ИОПТД) находилось на лечении 6 пациентов с сочетанным поражением периферических лимфатических узлов. Диагноз ВИЧ-инфекции был установлен в период 2000–2005 гг. У всех пациентов было острое начало заболевания. Протекало с симптомами ОРВИ, одновременно появлялись опухолевидные образования на шее, в паховых или подмышечных областях. Через 2–3 дня присоединялись умеренные или выраженные боли в области опухолевидных образований, выраженная отечность мягких тканей в области локализации увеличенных лимфатических узлов, что заставляло пациентов обращаться в лечебно-профилактические учреждения по месту жительства. Троем пациентам проведено экстренное оперативное лечение: дренирование абсцессов подмышечных областей, флегмоны шеи слева, абсцесса правой подвздошно-паховой области. Гистологическое и бактериологическое исследования у них не проводились. В послеоперационном периоде всем оперированным проводилось лечение антибактериальными препаратами широкого спектра действия. Несмотря на проводимое лечение у всех пациентов появились явления периаденита, у двух открылись свищи в области оперативного вмешательства. Спустя 2 недели два пациента повторно прооперированы в связи с рецидивом абсцессов. Впоследствии эти пациенты консультированы в ИОПТД, где им был подтвержден диагноз специфического поражения лимфатической системы. Остальным четырем больным диагноз подтвержден на основании пункционной, эксцизионной биопсий и лечения ех juvantibus, выполненных в Областном онкологическом диспансере и ИОПТД г. Иркутска.

Приводим собственные клинические наблюдения.

Больная О., 38 лет. ВИЧ-инфекция выявлена в 2000 г. До 2000 г. употребляла внутривенно наркотические вещества. С 2006 г. отметила увеличение лимфатических узлов шеи, подвздошно-паховых областей. В январе 2007 г. в связи с абсцедированием паховых лимфоузлов справа оперирована, выполнено дренирование абсцесса, впоследствии через 4 недели выполнено дренирование абсцессов шеи слева, спустя 2,5 недели вновь дренирование флегмоны шеи и рецидивирующего абсцесса паховой области справа. Проводилось неспецифическое антибактериальное лечение, а в центре СПИД, проводилась антиретровирусная терапия (АРТ). Несмотря на комбинированное лечение в мае 2007 г. появилось опухолевидное образование в правой подвздошно-паховой области с переходом на верхнюю треть правого бедра. Больной выполнена повторная операция: дренирование абсцесса правой подвздошно-паховой области. Патогистологическое исследование: признаки туберкулезного лимфаденита. При поступлении в стационар ИОПТД выявлены многочисленные втянутые кожные рубцы на шее слева, в правой подвздошно-паховой области, опухолевидное образование в верхней трети правого бедра по передне-медиальной поверхности. Деструктивного процесса в костях таза и пояснично-крестцовом отделе позвоночника по данным рентгенографии не выявлено. С момента госпитализации начато антибактериальное лечение противотуберкулезными препаратами, патогенетическая терапия, продолжен прием АРТ. УЗИ мягких тканей шеи, подвздошно-паховых областей, брюшной полости и забрюшинного пространства: в проекции послеоперационного кожного рубца правой подвздошно-паховой области определяется гипохозная структура с мелкодисперсной взвесью, с четкими неровными контурами, распространяющаяся от верхней трети правого бедра в сторону забрюшинного пространства. В динамике по данным клинко-инструментальных исследований обнаружено увеличение в размерах жидкостного образования. В связи с этим 17.01.2008 г. выполнена операция: лимфаденэктомия бедренных лимфатических узлов справа, абсцессэктомия правого бедра, дренирование внутритазового и забрюшинного абсцессов. В послеоперационном периоде длительно проводился лаваж полостей абсцессов. При фистулографии 18.01.2008 г. контурировалась полость абсцесса, которая распространяется дистально от верхней трети правого бедра на границе со средней третью и проксимально до уровня поперечного отростка L_{III}. Связи с костными структурами не выявлено. Продолжено комбинированное лечение. В связи с повторным абсцедированием шейных лимфоузлов справа, проведено дренирование абсцессов. Заживление ран вторичным натяжением. У данной пациентки трудности в лечении объясняем поздней диагностикой, генерализованным поражением лимфатической системы, осложненным течением заболевания. Осложненная форма туберкулеза лимфатической системы в сочетании с ВИЧ-инфекцией долго и трудно поддается лечению. Демонстрируем пример важности ранней диагностики туберкулеза лимфатических узлов у ВИЧ-инфицированных.

Пациент М., 40 лет. Длительно работал машинистом электровоза. Заболел остро, перенес ОРВИ. Через неделю отметил двухстороннее увеличение надключичных лимфатических узлов, передних шейных лимфатических узлов слева. Впоследствии присоединились общая слабость, потливость, субфебрильная температура тела, потеря массы тела. Опухолевидные образования шеи слева увеличились в размерах, присоединились боли в них, отечность окружающих мягких тканей шеи слева. Обследован терапевтом, стоматологом, отоларингологом по месту жительства и направлен с подзором на объемное образование в Областной онкологической диспансере. Пациенту выполнена эксцизионная биопсия опухолевидного образования шеи слева. Гистологически подтвержден туберкулезный лимфаденит. Дальнейшее лечение в ИОПТД. При поступлении: по переднему краю левой грудино-ключичной мышцы в средней трети втянутый кожный рубец. В надключичной области слева определялись множественные болезненные плотнотканевые конгломераты малоподвижные образования размерами 1,5–3 см. В подмышечной области слева — аналогичные образования размером до 2,0 см. В гемограмме: эритроциты 3,6х10¹²; гемоглобин 117 г/л; лейкоциты 6,0х10⁹; палочкоядерные лейкоциты — 1%; с/я — 46%; лимфоциты — 38%; моноциты — 13%; СОЭ 60 мм/ч.

ч. При ультразвуковом исследовании брюшной полости выявлено увеличение забрюшинных лимфатических узлов и лимфоузлов в области ворот печени. Пациенту назначено комплексное лечение, в том числе и модифицированная непрямая лимфотропная терапия изониазидом. На фоне проводимого лечения отмечалось в первый месяц повышение температуры тела в вечернее и ночное время до $39,0^{\circ}$ – $39,5^{\circ}$ C, в дальнейшем температура снизилась до $37,5^{\circ}$ C, на третий месяц нормализовалась. Из анамнеза выявлено, что ранее имели место беспорядочные половые связи, 8 лет назад больной перенес сифилис, лечился у дерматовенеролога. Осуществлен забор крови на исследование на ВИЧ: ИФА и иммуноблотинг – положительные результаты. Консультация инфекциониста: ВИЧ-инфекция, стадия 2В. Уровень CD4 T-лимфоцитов выше 500 мм^3 . Рекомендован динамический контроль через 6 месяцев. На фоне проводимой комплексной терапии пациент отмечал значительное улучшение общего самочувствия: исчезла потливость, прибавил в весе, нормализовалась температура тела, уменьшились и исчезли ранее патологически измененные и увеличенные лимфатические узлы надключичной и подмышечной областей слева. Гемограмма: лейкоциты $3,0 \times 10^9$; эо – 4%; с/я 36%; лимфоциты – 43%; моноциты – 17%; СОЭ 21 мм/ч. УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства: единичные лимфоузлы ворот печени нормальной эхоструктуры. УЗИ мягких тканей шеи, подмышечных областей: единичные лимфатические узлы размерами от 0,5 до 1,5 см обычной эхоструктуры. В связи с положительной

клинико-лабораторной, инструментальной динамикой пациент выписан на амбулаторный этап лечения по месту жительства. В данном случае у пациента был значительный эффект от консервативной терапии.

Течение туберкулеза периферических лимфатических узлов у ВИЧ-инфицированных объясняется особенностями формирования иммунного ответа, что особенно ярко проявляется при морфологическом изучении пораженных периферических лимфатических узлов. В ткани лимфоузлов выражены альтеративно-экссудативные процессы, продуктивная реакция слабо выражена. Процессы инкапсуляции патологических очагов, организации (фиброзирования), рубцевания отсутствуют, что приводит в конечном итоге к осложненному течению патологического процесса, развитию ассоциаций микобактерий туберкулеза с неспецифической бактериальной флорой, к генерализации туберкулезной инфекции.

Таким образом, ВИЧ-инфекция повышает риск развития внелегочных форм туберкулеза, в том числе и туберкулеза периферических лимфатических узлов. Поздняя диагностика, неадекватная терапия ухудшают течение туберкулеза периферических лимфатических узлов, для лечения заболевания требуются значительные материально-технические затраты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пантелеев А.М., Савина Т.А., Супрун Т.Ю. Внелегочный туберкулез у ВИЧ-инфицированных // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2007. – № 7. – С. 16-19.

2. Фролова О.П. Особенности течения туберкулеза у ВИЧ-инфицированных и меры его профилактики: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – СПб., 1998.

Адрес для переписки:

664039, г. Иркутск, ул. Терешковой, д. 59, ГУЗ Иркутский областной противотуберкулезный диспансер
Петухов Вячеслав Петрович
E-mail: orgmetod@otd.baikal.ru

© ТУЯА С., СЭРГЭЛЭН О., ТУМЭННАСАН М., ДАВААЦЭРЭН Н. – 2008

СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ

С. Туяа, О. Сэргэлэн, М. Тумэннасан, Н. Даваацэрэн

(Монгольский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. Лхагвэсүрэн)

Резюме. С целью оценки различных способов терапии язвенно-некротического энтероколита обследовано 129 новорожденных, которые разделены на две группы: 1 – медикаментозное (112 чел.) и 2 – хирургическое лечение (17 чел.).
Ключевые слова: язвенно-некротический энтероколит, новорожденные, лечение.

CHOICES OF NECROTIZING ENTEROCOLITIS TREATMENT

S. Tuuya, O. Seergeeleen, M. Tumeennasan, N. Davaazeren

(Mongolian State Medical University)

Clinical signs, laboratory results are significant factors to diagnose necrotizing enterocolitis early and initiate treatment. Stoma is an effective surgical method for pre perforation and perforated bowel excision of necrotic tissue and stoma is preferred.
Key words: necrotizing enterocolitis, choices, treatment.

Язвенно-некротический энтероколит у новорожденных является тяжелой патологией, часто требующей хирургического вмешательства среди недоношенных. По данным различных авторов, за последние 30 лет отмечается увеличение числа больных новорожденных с данной патологией. В Монголии за 2000-2002 годы было зарегистрировано 87 больных, а в 2003-2005 годах – число таких больных увеличилось до 129. По литературным сведениям, в общей структуре неотложных состояний новорожденных язвенно-некротический энтероколит составляет 0,5-4,0%, а по нашим собственным данным – достигают 9,6%.

В случае проведения ранней диагностики неосложненные формы язвенно-некротического энтероколита у новорожденных излечиваются консервативным мето-

дом, в случае развития осложнений (некроза, перфорации стенки кишечника и перитонита), процесс генерализуется и приводит к развитию летального исхода. При тотальном некрозе кишечника с перфорацией летальные исходы наступают в 100%. В зависимости от стадии заболевания, назначенного лечения при консервативной терапии в 15-48% случаев развиваются рубцовые стенозы. Абсолютными показаниями к хирургическому лечению являются некрозы и перфорация кишечника, свободный газ в брюшной полости, клиника перитонита. Относительными показаниями являются гиперемия стенки кишечника, ее отек, пальпируемое образование в брюшной полости, наличие газа в v. portae, патогенная флора в жидкости из брюшной полости, рентгенологически установленное прекращение ки-