

ЛИТЕРАТУРА:

1. Статистический сборник по туберкулезу в Республике Казахстан / Под ред. Ш.Ш. Исмаилова. – Алматы, 2009. – Астана. – С. 65; 2. Жангиреев А.А., Исмаилов Ш.Ш., Берикова Э.М. Лечение больных впервые выявленным туберкулезом легких в режиме DOTS-стратегии // Пробл. туб. – 2000. – №3. – С. 23-25; 3. Иванова Л.А. Современные методы коррекции этиопатогенетической терапии деструктивных форм туберкулеза легких: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук: 16.02.95. – СПб., 1995. – 31 с.; 4. Смаилова Г.А., Марданов С.К., Рудой Н.М. Лекарственная непереносимость противотуберкулезных препаратов и методы ее устранения // Пробл. туб. – 1991. – №6. – С. 32-35; 5. Сборник приказов МЗ РК №245, №452, №466 и №467 от 3 августа 2007 г. Алматы.

ТҰЖЫРЫМ

ШЕТКІ ЛИМФА ТҮЙІНДЕРІ ТУБЕРКУЛЕЗІНІҢ КОМПЛЕКСТІК ЕМІ

Н.Ж. Човдурбаев, С.Д. Алимгузжинов, Н.А. Бондаренко

ҚР Қорғаныс министрлігінің Әскери клиникалық госпиталы, Алматы қ.

Бұл мақалада шеткі лимфа түйіндерінің туберкулезімен ауырған науқастардың иммуномодулятор беталейкінді қолданғандағы комплекстік емнің нәтижесі көрсетілген. Біз жасап шығарған осы тәсілді қолдану консервативті емнің нәтижесін жақсартуға және ауру рецидивтерін болдырмауға мүмкіндік берді.

SUMMARY

COMPLEX TREATMENT OF TUBERCULOSIS PERIPHERAL LYMPH NODES

N.Zh. Chovdurbayev, S.D. Alimguzhinov, N.A. Bondarenko

Military Clinical Hospital of the Ministry of Defense of the Republic of Kazakhstan, Almaty c.

This article presents the results of the integrated treatment of TPLU with the use of the immunomodulator betalejkin. The US developed by way of improved results of conservative treatment and avoid the recurrence of the disease.

ПЕДИАТРИЯ

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛИВ.52 ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

Л.Л. ЧЕН, Р.Б. ТЕМИРХАНОВА

Городская детская больница №2, г. Астана

В 2010 году на базе поликлинического отделения ГДБ №2 г. Астана было принято 8114 детей, из них 4393 ребенка с нарушением желчевыведения, что составило 54% от всех принятых детей.

Дискинезии желчевыводящих путей у детей – это наиболее распространенная патология билиарной системы. Термин “дискинезии” дословно переводится как “расстройства движения” и обозначает ненормальную, некоординированную функцию гладкой мускулатуры. А термин “билиарный” происходит от слова bilis – желчь и соответствует понятию “желчный” [1].

Часто в медицинской литературе и документации можно встретить аббревиатуру “ДЖВП”. Нередко дискинезия желчевыводящих путей у детей диагностируется недостаточно рано, а это приводит к несвоевременному лечению больных и затрудняет в дальнейшем профилактику сложных заболеваний органов пищеварения у взрослых. В последние годы признается факт, что ДЖВП – не первичное заболевание, а одно из клинических проявлений той или иной более серьезной патологии верхнего отдела пищеварительного тракта (гастроудоденита, язвенной болезни, панкреатита и др.) [4, 11].

Нарушения двигательной функции и деятельности сфинктеров (мышц-сжимателей) аппарата желчевыводящих путей лежат в основе развития застоя желчи. Проявляется застой желчи (холестаз) расстройствами циркуляции желчи в печени и в кишечнике, изменением физико-химических свойств самой желчи и ее компонентов. Холестаз способствует снижению бактерицидных свойств желчи, что способствует более легкому заселению кишечника гельминтами [7].

Клиника

При гипертонической форме ДЖВП дети жалуются на приступообразную, колющую боль в правом подреберье

или в правом боку. Дети младшего возраста указывают на околопупочную зону [8].

Очень редко наблюдается иррадиация боли в правое плечо, лопатку. Достаточно характерный симптом для этого состояния – резкая коликообразная боль в правом боку при быстром беге или быстрой ходьбе, что объясняется дополнительным растяжением капсулы и без того увеличенной печени при повышенном притоке венозной крови. Особенно ярко этот симптом проявляется на уроках физкультуры или на тренировках, во время подвижных игр, занятий танцами. Гипотоническая форма ДЖВП характеризуется почти постоянной, ноющей тупой болью в правом боку. Эмоциональное напряжение, погрешности в питании могут усиливать болевые ощущения. Непременным спутником заболевания является диспепсия. У детей снижается аппетит, их часто беспокоит тошнота. Нередко маленькие пациенты не переносят жирную и сладкую пищу: после ее употребления у них появляется тошнота и рвота. Иногда дети старшего возраста жалуются на горький привкус во рту. Появляется неустойчивый стул [10]. При объективном осмотре врач выявляет зоны болезненности при пальпации в правом подреберье, усиление боли при постукивании ребром ладони по краю реберной дуги. У большинства детей увеличивается печень, и ее край прощупывается на 1-2 см ниже реберной дуги [3].

Диагностика основана на анализе жалоб, данных осмотра и результатов дополнительных методов исследований. Ценным диагностическим методом при данной патологии является ультразвуковое исследование. УЗИ позволяет выявить характер двигательных нарушений желчного пузыря, диагностировать аномалии желчевы-

водящих путей (перегиб, перекрут и др.). Очень часто именно такие особенности строения желчных путей или желчного пузыря и являются непосредственной причиной дискинезий [2].

Желательно провести ребенку фракционное дуоденальное зондирование. Изменение показателей в различных порциях желчи зависят от типа дискинезии. В большинстве случаев при микроскопии желчи обнаруживают нарушение коллоидного равновесия желчи (увеличение количества кристаллов холестерина, кальция билирубината). Очень часто у детей в желчи находят паразитов – вегетативные формы лямблий, яйца опистархисов, личинки *Strongyloides stercoralis* и др. Рентгенконтрастные исследования желчевыводящей системы у детей проводятся редко и только по строгим показаниям.

Фармакотерапия заболеваний гепатобилиарной системы детей является наиболее актуальной проблемой в детской гастроэнтерологии. Она требует создания новых лекарственных препаратов и форм их выпуска, безопасных и удобных в применении. Необходимо создание новых эффективных схем лечения. По-прежнему актуальны диетотерапия, использование психотерапевтических методов, лечение фоновой патологии, назначение лекарственных средств с широким спектром терапевтического воздействия.

Перспективным является применение препаратов на растительной основе, обладающих широким спектром терапевтического действия [3].

Одним из прекрасно зарекомендовавших себя лекарственных средств, которое можно использовать у детей с раннего возраста, является препарат растительного происхождения Лив.52, выпускаемый в сиропе, каплях и таблетках. Это растительный препарат, не содержащий спирта и опасных химических компонентов. Растения, входящие в состав Лив.52, общеизвестны и произрастают на территории средней полосы России и в странах Средней Азии (каперсы колющие, цикорий обыкновенный, паслен черный и тысячелистник обыкновенный). Лив.52 обладает желчегонным, улучшающим аппетит, диуретическим, антитоксическим, антиоксидантным, противовоспалительным действием [2, 3, 13]. В работах предыдущих лет было показано, что Лив.52 оказывает достаточно выраженный гепатопротективный эффект, стабилизирует печеночно-клеточные мембраны, улучшает обмен веществ, усиливает пассаж желчи в кишечник [5,6]. В последние годы на отечественном рынке лекарственных средств появилась новая форма Лив.52 в сиропе. Установленный впервые механизм влияния растительного препарата Лив.52 на литогенность желчи расширяет эффективность применения препарата при нарушениях процессов пищеварения на различных уровнях ЖКТ и подтверждает, что Лив.52 имеет убедительный профилактический эффект при угрозе возникновения желчнокаменной болезни у детей [1].

Цель исследования – оценить эффективность и безопасность Лив.52 в лечении дискинезий желчевыводящих путей у детей.

Материал и методы

Нами было обследовано 3000 детей с патологией желчевыведения, в лечении которых был использован Лив.52 в разных лекарственных формах (сироп и таблетки). Для оценки эффективности лечения определяли статистическую значимость симптоматического улучшения и сокращения общей продолжительности заболевания, а также частоту побочных эффектов и выполнение пациентами рекомендаций врача.

Проводили статистический анализ всех больных, которым было назначено лечение.

Результаты и обсуждение

Мы исследовали эффективность Лив.52 в детской практике, в условиях нашего поликлинического отделения в 2010 году. Лив.52 применялся для лечения 3000 детей с дискинезией желчевыводящих путей по гипокINETическому типу. Нами учитывались клинические симптомы данной патологии, такие как боль в правом подреберье, тошнота, снижение аппетита. Препарат использовался в возрастных дозировках в среднем 10-дневным курсом. На 2-е сутки у большинства детей уменьшились боли в животе и тошнота. На 4-е сутки у 40% детей боли прекратились, у 53% прошла тошнота и у 48% несколько улучшился аппетит. На 6-е сутки боли прекратились у 73% детей, тошнота прошла в 70% случаев, повысился аппетит у 64% детей. К 10-мудню применения Лив.52 у 92% детей боли прекратились вообще, у небольшого процента сохранилась периодическая тяжесть в правом подреберье (что было связано с нарушениями в диете), 98% детей перестала беспокоить тошнота, у 76% детей повысился аппетит. Во время обследования у 2 детей появилась сыпь, после применения сиропа Лив.52, которая купировалась после замены сиропа на таблетированную форму.

По результатам клинического наблюдения был сделан вывод, что препарат Лив.52 обладает хорошим желчегонным и гепатопротективным действием и является препаратом выбора при гипомоторном варианте дискинезии желчевыводящих путей у детей [14].

Выводы

Препарат Лив.52 отвечает всем требованиям современной терапии. Лив.52 безопасен и удобен в применении (существует несколько лекарственных форм: таблетированная, раствор и сироп).

Обладает высокой эффективностью и широким спектром терапевтического эффекта в лечении дисфункции билиарного тракта у детей [9].

ЛИТЕРАТУРА:

1. Муравьева Н.Н. Эффективность применения Лив.52 у детей группы риска по холелитиазу // Больница – 2001 – №12. – С. 11;
2. Ловердо Р.Г., Раковская Р.Л., Титрова Е.З. и др. Использование гепатопротекторов (Лив.52) в лечении детей с острыми кишечными инфекциями // Больница – 2000 – №4. – С. 13;
3. Reddi J.R., Sudhakar R., Robini K., Kusnena G. The management of viral hepatitis in children // Indian Pediatrics. – 1975. – v.8 – p.659–665;
4. Выставкина Г.В. Вирусные гепатиты с синдромом холестаза у детей: Автор. дисс. к.м.н. – М., 2000. – 21 с.;
5. Сарчаева В.Г., Лупанова Р.И., Применение Лив.52 при вирусном гепатите у детей // Сб. тезисов «Лечение инфекционных заболеваний у детей» – 1982. – С. 35–40;
6. Мухина Н.В., Тюрина О.В., Парамонова О.А., Петров В.А. Применение Лив.52 в комплексной терапии вирусных гепатитов у детей // Материалы VIII конгресса «Человек и лекарство», Москва. – 2001. – С. 195;
7. Учайкин В.Ф., Чередниченко Т.В., Чаплыгина Г.В., Писарев А.Г. Лив.52 – новый взгляд на эффективность при острых и хронических вирусных гепатитах у детей // Детские инфекции, 2003. – №3 – С. 41–44;
8. Аронскинд Е.В. Гипербилирубинемия у новорожденных // Тезисы к 2 конгрессу «Мать и Дитя», Москва, 2003;
9. Шабунина Е.И., Лаврова А.Е., Дмитриева Г.В. Эффективность использования препарата Лив.52 у детей с гастродуоденобилиарной патологией // Тезисы к 2 конгрессу «Мать и Дитя», Москва, 2003;
10. Чередниченко Т.В., Чаплыгина Г.В., Чаплыгина Г.В., Смирнов А.В., Ковалев О.Б. Опыт применения препарата Лив.52 для улучшения качества жизни при острых и хронических вирусных гепатитах у детей //

Тезисы докладов X Российского национального конгресса «Человек и лекарство», Москва, 2003. – С. 404; **11.** Блюгер А.Ф., Новицкий И.Н. Практическая гепатология. – Рига: Звайгзне, 1984 – 405 с.; **12.** Писарев А.Г., Файнгерц Г.Б. Ультразвуковая диагностика поражения желчного пузыря при холестатической форме острых гепатитов А и В // Детские инфекции – 2002. – С. 68–71; **13.** Coche G., Sevenet F., Desombes P. et al. Cholestatic viral hepatitis with portal adenopathy // Ann. Radiol. – 1990. – v.33 – N3. – p.209–210; **14.** Эйберман А.С., Шульгина Е.Н., Чапурина Т.А., Сухова Т.Г. Влияние гепатопротекторов на моторику желчного пузыря у детей // Тезисы в материалах 9 Российской конференции «Гепатология сегодня», Москва, 2004.

ТҰЖЫРЫМ

БАЛАЛАРДАҒЫ ӨТ ШЫҒАРУ ЖОЛДАРЫНЫҢ ДИСКИНЕЗИЯСЫНДА ЛИВ.52 ТАҒАЙЫНДАУ ТИІМДІЛІГІ

Л.Л. Чен, Р.Б. Темирханова

№2 қалалық балалар емхана, Астана қ.

Астана қаласының №2 ҚБА 2010 жылы 8114 бала гастроэнтеролог қарауында болды. Соның ішінде 4393 өт шығару жолдарының дискинезиясы анықталды (54%). Лив.52 өт айдағыш, антитоксикалық, антиоксидантты, қабынуға қарсы әсері бар. Балаларда биллиарлы жүйенің дисфункциясында қолдану оң әсер көрсетті.

SUMMARY

EXPERIENCE OF LIV.52 APPLICATION FOR DYSKINESIA CORRECTION OF BILE-EXCRETING SYSTEM AT CHILDREN

L.L. Chen, R.B. Temirhanova

City Children Hospital No.2, Astana c.

Experience of Liv 52 application for dyskinesia correction of bile-excreting system at children. Childrens gastroenterologists of GDB of №2 Astana polyclinic department. Chen L.L., Temirhanova R.B. Research objective: an estimation of efficiency and safety of Liv 52 application in dyskinesia correction of bile-excreting system at children.

ЧАСТО БОЛЕЮЩИЙ РЕБЕНОК: РЕАБИЛИТАЦИЯ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО ДОШКОЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

У.С. СИВАШЕВА

Городская поликлиника №16, г. Алматы

Часто болеющий ребенок – это дети, имеющие ослабленную иммунную систему, – астматики, маленькие дети с недостаточным клеточным и гуморальным ответом, дети в организованных коллективах, находящиеся в более близком контакте с микробами, дети, имеющие фоновые заболевания (рахит, анемия, хронические расстройства питания), а также имеющие хронические очаги инфекции. В.Ю. Альбицкий и А.А. Барановым в 1986 году предложены критерии включения детей в группу часто болеющих: до 1 года 4 и более заболеваний, от 1 до 3 лет – 6 и более, с 4 до 5 лет – 5 и более, старше 5 лет – 4 и более раз в году [1].

У часто болеющих детей лабораторными критериями снижения иммунной защиты являются: наличие у ребенка в период отсутствия у него клинических проявлений заболевания или после острого заболевания через 10-14 дней лейкопении, лимфоцитопении, в иммунограмме снижение Ig A, при усилении аллергии повышение IgE, снижение гамма-глобулинов в протеинограмме. У ЧБД неоправданно используется большое количество медикаментов, т.е. имеет место полипрагмазия, при этом многие препараты (антибиотики, жаропонижающие и др.) сами обладают иммуносупрессивным действием и усиливают нарушения иммунологической резистентности, способствуют развитию аллергии.

Нарушается социальная адаптация, обусловленная частой потерей контактов со сверстниками.

Высокая заболеваемость приводит к большим экономическим затратам родителей и влияет в будущем на репродуктивные возможности государства, ограничивает детей и подростков в выборе профессии.

Наиболее частыми формами респираторных заболеваний у часто болеющих детей являются:

Со стороны верхних дыхательных путей: ринит; назофарингит; тонзиллофарингит; ларинготрахеит; трахеит; бронхит; ларинготрахеобронхит; терминальных респираторных отделов и легочной паренхимы: бронхопневмония; ЛОР-органов: отит, евстахиит, аденоидит, гипертрофия небных миндалин, хронический тонзиллит, риносинусит.

Реабилитация часто болеющих детей с заболеваниями бронхолегочного аппарата – серьезная проблема здравоохранения во всем мире, актуальная проблема современной педиатрии. Оздоровление часто болеющих детей осуществляется в основном в детской поликлинике, детских дошкольных учреждениях и в детских санаториях для детей с бронхолегочной патологией.

Реабилитация включает базисную терапию и профилактику в очаге [2]: изоляция больного, соблюдение охранительного режима, постельный режим, аэрация помещения и его влажная уборка. Диета должна быть полноценной, обильное питье. Также по показаниям применяются противовирусные средства: препараты интерферона, индукторы эндогенного интерферона. Антибиотики показаны только при бактериальных осложнениях у детей, имеющих хронические очаги инфекции, при подозрении на микоплазменную или хламидийную инфекции, тяжелых формах течения ОРВИ у детей раннего возраста.

Так же необходимы: ограничение контактов ребенка, сокращение использования городского транспорта, удлинение времени пребывания ребенка на воздухе, ношение масок, тщательное мытье рук после контакта, ограничение посещения детьми с катаральными явлениями дошкольных учреждений, закаливание, вакцинация.

В очаге устанавливается карантин на 7 дней с момента последнего случая заболевания, проводится влажная уборка помещений, изоляция и госпитализация больных.

Часто болеющим детям круглогодично проводятся общие лечебно-оздоровительные мероприятия педиатром совместно с физиотерапевтом: режим дня, полноценное питание, витаминотерапия, массаж грудной клетки (2-4 раза в год), стопотерапия, санация хронических очагов инфекции, ограничить просмотр телепередач и компьютерные игры до 40-60 мин в день, увеличить продолжительность сна на 1,5-2 часа; спокойные прогулки перед сном, двигательная активность, рациональное питание с обязательным включением в ежедневный рацион свежих