побочных эффектов для применявшихся доз препаратов зафиксировано не было.

Таким образом, наш опыт показал, что метаболический гепатопротектор L-орнитина-L-аспартат (орнитокс) может с высокой эффективностью использоваться при лечении пациентов с поражениями печени токсического генеза, и среди исследованных гепатопротекторов является препаратом выбора с точки зрения восстановления детоксикационной функции гепатоцитов.

Выводы.

1. Двухмесячный курс лечения орнитином в исследуемой группе пациентов с токсическим гепатитом привел к достоверному улучшению биохимических показателей, положительной клинической динамике и улучшению детоксикационной функции печени.
2. Достоверного улучшения детоксикационной функции печени при лечении силимарином и эссенциальными фосфолипидами не произошло, что ставит под сомнение обоснованность их применения в качестве гепатопротекторов у данной категории пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Бакулин И. Г., Сандлер Ю. Г. Возможности применения гепатопротекторов в практике врача-терапевта // Consilium medicum. – Гастроэнтерология, 2010. — № 8. — Р. 72—76.
2 Гундерманн К. Й. Дилинолеоилфосфатидилхолин — основной ингредиент Эссенциале? // Consilium Medicum, 2010. — Т. 12, № 8. — С. 3—7.
3 Кляритская И.Л. и соавт. Диагностическая ценность ^{13}С-метацетинового дыхательного теста при некоторых хронических диффузных заболеваниях печени // Сучасна гастроентерологія, 2006. - №5(31). - С. 4-8.
4 Никитин И. Г. Гепатопротекторы: мифы и реальные возможности // Фарматека, 2007. — № 13. — С. 14—17.

V.P. SHYPULIN

National Medical Academy of postdegree education named after P.L.Shupik (Kiev, Ukraine)

WAYS TO IMPROVE THE TREATMENT OF TOXIC HEPATITIS

Resume: The article presents the results of treatment of 164 patients suffering from toxic hepatitis with various drugs having hepatoprotective properties. Efficacy of treatment was evaluated using both routine clinical, biochemical and ultrasound investigations and ^{13}C methacetin breath test. This breath test can be used as a reliable method of assessing liver detoxification function. Ornithine is more effective in the treatment of liver toxicity than essential phospholipids and silymarin derivatives.

Keywords: toxic hepatitis, ^{13}C methacetin breath test, ornithine, essential phospholipids, silymarin.

УДК 616.348-002-06-08 614.2 : 616.9

А.М.САДЫКОВА, Г.А. ШОПАЕВА, А.Н.АЛИБАЕВА, А.К. КАШКЫНБАЕВА, Б.У. УМИРЗАКОВА

С.Ж Асфендияров атындағы ҚазҰМУ

Жұқпалы және тропикалық аурулар кафедрасы

ДӘРІГЕР ИНФЕКЦИОНИСТТІҢ ТӘЖІРИБЕСІНДЕГІ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗДЫ КОЛИТ

Мақалада И.С. Жекенов атындағы Қалалық клиникалық жұқпалы аурулар ауруханасында псевдомембранозды колит диагнозымен ауыр жағдайда түскен науқастың клиникалық жағдайы сипатталған. Қаншалықты іс - шара жасағанға қарамастан бұл жағдай сәтсіз аяқталды. Өйткені науқас ауруханаға кеш және ауыр жағдайда түсті. Созылмалы қосалқы аурулар науқастың жағдайын нашарлатты. Көпағзалық жетіспеушіліктің дамуы өлім себебін тудырды.

Түйінді сөздер*: колит, антибиотик, гиповолемиялық шок.*

Псевдомембранозды колит - спора түзуші анаэробты микроб Clostridiulm difficile пен шақырылатын сирек кездесетін, өте қауіпті ауру.[1-3]

Псевдомембраналар – псевдомембранозды колиттің морфологиялық көрінісі- ішектің шырышты эпителий жасушаларының некрозы аймағында түзілген фиброзды қабық, диаметрі 0,5 - 2,0 см сұрғылт-сары түсті таспалар. Псевдомембарнозды колиттің клиникалық көрінісінің сан қырлылығына қарамастан, көптеген науқастарда антибиотикотерапия сипатында іш өту, интоксикация, іштің ауру сезімі және лейкоцитоз байқалады. Жиі осы аурудың дамуына клиндамицин, линкамицин, цефалоспориндерді және қорғалған пенициллиндерді қолданудан кейін байқалады. Дәрігерлер антибиотик қабылдау барысында немесе қолданудан кейін дамитын іш өтуі бар науқастармен жиі кезігіп қалып жатыр. Науқастар сияқты дәрігерлерде бұндай жағдайды «дисбактериозбен» байланыстырады [4-7].

Шамамен антибиотик қабылдаған әр 15 000 адамның ішінде 1 адамда псевдомембранозды колит кездеседі [8]. ПМК пен аурушылдық жыл сайын өсіп жатыр. Қазіргі таңда Қазақстан аумағында жыл сайын 10-30-ға жуық. Шамамен 5-10 адам жыл сайын өледі. Антибиотик тағайындалуымен жүретін барлық іш өтудің 15-25% құрайды [9]. C. Difficilemен байланысты іш өтумен жүретін жылына 100 мың адамға 61-ін, стационарда 10мың науқастарда 12,2-13,0-ін, өлімшілдік 0,6-1,5% құрайды, 0,4 %- 3,6 % науқастарда хирургиялық ем жүргізіледі. Оперативті емге көрсеткіш ретінде перитонит және тоқ ішектің токсикалық дилатациясы бола алады. Субтотальды колэктомия жүргізіледі, бірақ соған қарамастан өлімшілдік 57 % ға жетеді. Псевдомембранозды колит ерлер мен әйелдер арасында

бірдей жиілікте кездеседі. Жиі 40-75 жас аралығында жиірек. 35% науқастарда қабыну өзгерістері тоқ ішекпен шектеледі, басқа жағдайларда жіңішке ішектің зақымданулары байқалады. 10-20 % жағдайда емді үзгенде аурудың қайталануы болады. 40% жағдайда ауыр ағымында өліммен аяқталады [10-12]. Псевдомембранозды колиттің дамуына әкелетін факторлар:

- Ішектің ишемиясы
- Ішастар және қан тамырларға хирургиялық араласулар
- Уремия
- Жүрек –қан тамыр жетіспеушілігі
- Стафилококкты инфекция
- Травматикалық шок

Псевдомембранозды колиттің **клиникалық көрінісі:**

- Жедел басталады
- Іштің толғақ тәрізді ауру сезімі
- Шырыш, ірің, қан аралас тәулігіне 15-20 рет болатын сұйық нәжіс
- 40^0С дейін дене қызуының көтерілуі

Диагностикасы:

- Жалпы қан талдау көрінісі: лейкоцит мөлшері $12x10^9$/л жоғарылайды немесе $4x10^9$/л төмен немесе жетілмеген формалар саны 10% жоғары.
- анемия
- Құрсақ қуысы ағзаларының УДЗ және рентгенографиясы: тоқ ішектің қабырғасының қалыңдауы.
- «бас бармақтың ізі» тоқ ішектің шырышты қабатының немесе тоқ ішектің дилатациясын айқындайды.
- Құрсақ қуысында бос сұйықтықтың көп болуы.

Псевдомембранозды колиті бар науқастар гастроэнтерология, терапия, хирургиялық бөлімшелерге қаралады. Біз сіздердің назарларыңызға псевдомембранозды колит дамуында жұқпалы аурулар ауруханасына түскен клиникалық жағдайды ұсынамыз.

Науқас *К,* 73 жаста, зейнеткер, 2013 жылы 8 қараша күні ҚКЖАА интенсивті терапия бөліміне ауыр жағдайда «Жедел гастоэнтероколит ауыр ағымды, асқынуы: гиповолемиялық шок 2-3 сатысы, ішектің қатерлі ісігі?» деген диагнозбен келіп түсті.

Түскен кездегі шағымдары**:** Әлсіздік, сұйық нәжіс, іштегі ауру сезімі, ауыздың құрғауына, дене қызуының жоғарлауына науқас шағымданды.

Ауру тарихында қызының айтуы бойынша анасы 2013 жылдың қаңтар айынан бастап әлсіздік, қақырықты жөтел, қалтырау, басының ауруы, тәбетінің жоғалуы, арықтау белгілері басталды. Дәрігерлерге өздігінен қаралмай дәрілік шөптермен емделген. Қақырыққа қарсы препараттар қабылдаған. 2013 жылдың қыркүйек айынан бастап әлсіздік күшейіп, тамаққа тәбеті мүлдем болмай жағдайы нашарлады. Осы шағымдарға байланысты дәрігерлерге қаралмады. Соңғы жағдайының нашарлауы қараша айының басынан әлсіздіктің күшеюімен және қалтырау пайда болуымен көрінді. Соңғы екі күн бойы 5 реттен сұйық нәжіс болған, линекс қабылдаған бірақ әсері болмаған.

Обьективті көрінісі: Науқасты қарап тексергенде жағдайы өте ауыр, интоксикация белгілері байқалады. Тері жабындылары бозғылт, пастозды бет. Тері жабындылары құрғақ, солғын. Менингеалды симптомдар теріс. Катаральды белгілер жоқ. Жүрек тондары тұйық, аритмия, жіп тәрізді пульс, жүрек ұшында систолалық шу, тахикардия минутына 118 рет. Артериалды гипотония. Қан қысымы вазопрессорлармен тұрақталып тұр. Өкпеде әлсіреген тыныс, барлық алаңында бірен – саран сырылдар. Тілі құрғақ, ақ жабынмен қапталған. Іші тартылған, барлық аймағында ауру сезіммен. Ішперденің тітіркену белгісі күмәнді. Бауыры қабырға доғасында. Үлкен дәреті жиі, сұйық, иісі жағымсыз. Зәр шығару ауру сезімсіз, аз мөлшерде.

Анализдік көрсеткіштері: **Жалпы қан анализі:** Эритроциттер $4,48x10^{12}$/л, Гемоглобин 105 г/л, Лейкоциттер $37,7x10^9$/л, Гранулоциттер 88,8 %, Моноциттер 5 %, Лимфоциттер 9%, Тромбоциттер $184x10^9$/л, ЭТЖ 16 мм/ч

Жалпы зәр анализі: Көлемі 20,0 мл, түсі сары, тұнықтығы лайлы, реакция 5,5, салыс.тығыздығы 1025, ақуыз 200мкл, эпителиалды жасушалар көп мөлшерде, лейкоциттер 125мкл.

Коагулограмма: ПҚ (протромбинді қатынас) 1.60, фибриноген концентрациясы 2,4 г/л, рекальцификация уақыты 103 сек, тромбо-тест 3 дәреже, эталонді тест- теріс**.**

Биохимиялық қан анализі: АЛТ 38 бірлік/л, АСТ 90 бірлік/л, глюкоза2,8 ммоль/л, жалпы билирубин 11,2 мкмоль, А-амилаза 126 бірлік/л, несеп нәрі 12,9 ммоль/л, креатинин 210,5 мкмоль/л, холестерин 1,2 ммоль/л, триглицирид 0,3 ммоль/л, жалпы белок 57 г/л, альбумин 17,5 г/л, сілтілі фосфатаза 16,8 бірлік/л, ГГТ 18 бірлік/л, ЛДГ 732 бірлік/л, тимол сынамасы 8,6 бірлік/л

Копрограмма 08.11.13ж: лейкоциттер -7-8 көру алаңында, эритроциттер-1-3 көру алаңында.

Рентгенограммада: өкпе туберкулезінен кейінгі қалдық өзгерістер. Екі жақтағы өткінші эмфизема.

Рентгенография: ішек өткізбеушілік көріністері.

УЗИ: Созылмалы калькулезды холецистит. Созылмалы панкретит.

Жедел іш синдромы анықталғаннан бастап екі рет хирургтың консультациясы жүргізілді.

Қорытынды: Жедел хирургиялық патология анықталмады.

Науқастың жасын және қосымша ауруларын, асқазан ішек жолы және кеуде қуысының өзгерістері ескере отырып терапевтің консультациясы жүргізілді. **Қорытынды:** терапиялық патология жоқ.

08.11.2013жылы сағат 14:00 де консилиум өтті. Аурудың тарихымен танысты. Ауру анализдеріне, обективті тексеру көрсеткіштеріне, лабораторлы-инструментальды корсеткіштерге қарап мынадай қорытынды жасалды:

-аурудың созылу уақыты (науқас 2013 жылдың қаңтар айынан бастап) -қақырықпен жөтел, әлсіздік, қалтырау,температура өлшемеген.

-маусым айында жағдайы төмендеген-салмақ жоғалтқан, тексерілмеген.

-2013жылдың қыркүйек айынан бастап тәбеті жоғалған, кіндік айналасы ауырған, іші өткеннен салмақ төмендеген.

-жағдайы нашарлағанда өз бетінше емделген, әр түрлі спектордағы дәрілерді қабылдаған.

-соңғы рет жағдайының нашарлауы бир апта көлемінде-қалтырау, әлсіздік 2 рет күніне 5 реттен сұйық нәжіс.

-анамнезі бойынша: науқас ұзақ уақыт тексерілмеген (1982 жылдан бері), қызының айтуы бойынша жас кезінде сол жақты пневмония, іш қату, созылмалы пиелонефрит болған.

Жалпы обьективті жағдайы, анализдері бойынша, хирург, терапевт, невропатолог консультациясында болды, рентген, УЗИ, ЭКГ көрсеткіштерін талқылай отырып консилиум қорытындысы:

Консилиумнің шешіммен мынадай клиникалық диагноз : Псевдомембранозды антибиотикоассоциирленген колит. Асқынуы: инфекционды-токсикалық шок 3 сатысы. ЖБЖ, олигурия. Ішектің С-г? Ісіктік интоксикация, ішек өткізбеушілікпен асқынған (рентгенологиялық). Қосалқы диагноз: Туберкулезды инфекцияның қалдық көріністері (рентгенологиялық) негізделді.

Қаншалықты іс - шара жасағанға қарамастан бұл жағдай сәтсіз аяқталды. Өйткені науқас ауруханаға кеш және ауыр жағдайда түсті. Созылмалы қосалқы аурулар науқастың жағдайын нашарлатты. Көпағзалық жетіспеушіліктің дамуы өлім себебін тудырды. 09.11.13ж биологиялық өлім тіркелді.

Диагностика жүргізу барысында дәрігерлер мынадай қиыншылықтарға кездесті:

- Науқастың ауыр жағдайда түсуі
- Аурудың ұзақтығы (2013 жылдың қаңтарынан)
- 10 жыл аралығында дәрігерлерге қаралмаған
- Жағдайының үдемелі нашарлауы (тәбетінің төмендеуі, дене салмағының жоғалуы)
- Стационарда қысқа мерзімде болуы (15 сағат 40 минут)

Патологанатомның зерттеуі бойынша диагноз сәйкес келді. Бұл көрсеткіш бойынша мынадай қорытынды жасауға болады.

Қорытынды:

1. Псевдомембранозды колит - бұл антибиотикотерапияның потенциалды асқынуы. Ол терапиялық және хирургиялық патологиясы бар әртүрлі науқастарда дамуы мүмкін.

2. Кең спектірлі антибиотикотерапияны көп көлемде тағайындамас бұрын бағытталған толық анамнез сұрастыру қажет. Бұл жағдайда тек антибиотикпен болған жергілікті реакцияны сұрап қоймай және де жүйесіз ұзақ уақыт қандай антибиотик түрін қабылдағанын сұрау қажет.
3. Антибиотик тағайындағаннан кейін диарея, диспепсиялық бұзылыстар, интоксикациялық синдромның, гипертермияның, гиперлейкоцитоздың пайда болуы C.difficile –ассоцирленген колит (ПМК) екендігіне негіз бола алады.
4. «Жедел іштің» клиникасы көрінгенде ПМК диагнозына күмән болуы мүмкін. Сол үшін диагнозды нақтылау үшін лабораторлық тесттер тағайындау көрсетілген.
5. ПМК диагнозы қойылған кейін ішектің «селективті деконтаминация» терапиясын кеңесілген схема бойынша кезектесіп тағайындауы керек.
6. Псевдомембаранозды колит диагнозын лабораторлы және де аспаптық зертеулерден қоя салу қиын оны патологоанатомиялық ашу кезінде нақты дәлелдеуге болады.
7. Барлық мамандықтағы дәрігерлерге жедел ішек инфекцияларды салыстырмалы диагностика жүргізу үшін жедел ішек аурулары жайлы білімдерін жетілдіру керек.
8. Антибиотиктердің қолдану нәтижесінде пайда болатын ішектің зақымдануын алдын алу үшін антибиотиктерді дәрігердің мұқият бақылауында және қосымша пробиотиктер қабылдау керек.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

1 Ивашкин В.Т., Шептулин А.А., Баранская Е.К. Рекомендации по обследованию и лечению больных с синдромом острой диареи // Метод. пособие для врачей. – М.: 2002. – С. 22.
2 Лобзин Ю.В., Захаренко С.М., Иванов Г.А. Современные представления об инфекции Clostridium difficile // Клин. Микробиол, 2002. – Т. 4, № 3. – С. 200–232.
3 Малов В.А. Антибиотикоассоциированные диареи // Клин. Микробиол, 2002. – Т. 4, № 1. – С. 185–197.
4 Парфенов А.И., Ручкина И.Н., Осипов Г.А. Антибиотикоассоциированная диарея и псевдомембранозный колит // Consiliummedicum, 2002. – Т. 4, № 6. – С. 67–71.

А.М.САДЫКОВА, Г.А.ШОПАЕВА, А.Н.АЛИБАЕВА, А.К. КАШКЫНБАЕВА, Б.У. УМИРЗАКОВА
КаЗНМУ им.С.Д.Асфендиярова
Кафедра инфекционных и тропических болезней

ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНЫЙ КОЛИТ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ИНФЕКЦИОНИСТА

Резюме: Одна из актуальных проблем современной медицины – диарея, связанная с приемом антибиотиков. Псевдомембранозный колит (ПМК) является вариантом тяжелого течения антибиотикоассоциированной диареи. Представленный клинический случай демонстрирует развитие ПМК у пожилой пациентки. Возраст, сопутствующая патология, длительный период неконтролируемого самолечения явились факторами риска развития тяжелого течения ПМК с летальным исходом.
Ключевые слова: антибиотикоассоциированная диарея, псевдомембранозный колит.

A.M. SADYKOVA, G.A.SHOPAYEVA, A.N. ALIBAYEVA, A.K. KASHKYNBAYEVA, B.U. UMIRZAKOVA

Asfendiyarov Kazakh National Medical University
Department of Infectious and Tropical Diseases
PSEUDOMEMBRANOUS COLITIS IN PRACTICE OF THE DOCTOR OF INFECTIOUS DISEASE

Resume: One of the urgent problems of modern medicine - diarrhea associated with antibiotics. Pseudomembranous colitis (PMC) is the variant of the severe antibiotic associated diarrhea. In this article clinical case of the PMC in an elderly patient was presented. Age, comorbidities, a long period of uncontrolled self-treatment were risk factors for severe course of PMK with the fatal clinical outcome.
Keywords: antibiotic diarrhea, pseudomembranous colitis.

УДК: 616.98: 579.861-008.6

А.М.САДЫКОВА, Г.А. ШОПАЕВА, А.Б.БАХЫТОВА, А.К.ДЖАНЗАКОВА, А.Ғ.ХАЛМУРАТОВА
С.Ж Асфендияров атындағы ҚазҰМУ
Жұқпалы және тропикалық аурулар кафедрасы

АУЫР МЕНИНГОКОККТЫ ИНФЕКЦИЯ КЕЗІНДЕГІ УОТЕРХАУС ФРИДРЕКСЕН СИНДРОМЫ

Менингококкты инфекция кезінде жедел бүйрек үсті жеткіліксіздігі (Уотерхаус-Фридериксен синдромы) науқастардың негізгі өлім себебі болып табылады. Мақалада менингококкты инфекцияның ауыр түрінің морфологиялық зерттеумен дәлелденген Уотерхаус-Фридериксен синдромының дамуы сипатталған.
Түйінді сөздер: *менингококкты инфекция, жедел бүйрек үсті жеткіліксіздігі.*

Уотерхаус Фридериксен синдромын алғаш рет Voelcker 1894ж сипаттады, жедел бүйрек үстінің жеткіліксіздігін 1911ж толығырақ клиникалық көрінісін Waterhouse анықтады. Негізгі әдебиеттерде жиналған 15 жағдайдан және өзінің жеке бақылауында негіздеді. 1918ж Friderichsen осы сұрақ бойынша өз зерттеулерін әдебиетте жариялады [1,2]. Бүйрек үсті жедел жеткіліксіздігі әйелдерде де ерлерде де бірдей кездеседі, бірақ көбінесе жаңа туған нәрестелерде және жастарда жиі кездеседі.