

«Актуальные проблемы профилактики социального сиротства». - Иваново, 2008. - С. 28-31.

6. Альбицкий В.Ю., Гасиловская Т.А., Ибрагимов А.И. Результаты комплексной клинко-социальной характеристики детей-сирот, оформляющихся в интернатные учреждения // Российский педиатрический журнал. - 2004. - № 5. - С. 44-46.

7. [www.who.int \[Internet\]. Growth reference 5-19 years. BMI-forage \(5-19 years\). 2007 \[cited 2018 Jul 9\]. Available from: http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/.](http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/)

8. who.int [интернет]. Ожирение и избыточный вес [доступ от 21.08.2018]. [Obesity and overweight. (In Russ).] Доступ по ссылке <http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/obesityand-overweight>.

АТА-АНАСЫНЫҢ ҚАМҚОРЛЫҒЫНСЫЗ ҚАЛҒАН БАЛАЛАРДЫҢ ДЕНЕ БІТІМІ ЖАҒЫНАН ДАМУЫ

Л. Оракбай, Т. Сальменова, А. Вдовцев, А. Мохирев, С. Мусабаева,
А. Кенесбай

«Қазақстан-Ресей медициналық университеті» МЕББМ, Қазақстан, Алматы қ.

Аннотация

Мақалада Қазақстан Республикасының 10-18 жастағы жасөспірімдерінің антропометриялық зерттеулерінің нәтижелері қарастырылып, зерттелген балалардың физикалық дамуының үйлесімділігіне баға берілді. Дене ұзындығының жетіспеушілігінен туындаған үйлесімсіз физикалық дамуы бар балалар санының өсуінің теріс тенденциялары анықталды.

Кілт сөздер: дене дамуы, жасөспірімдер, жетімдер, ДСИ, дене ұзындығы.

PHYSICAL DEVELOPMENT OF CHILDREN LEFT WITHOUT PARENTAL CARE

L. Orakbay, T. Salmenova, A. Vdovsov, A. Mokhirev, S. Musabaeva,
A. Kenesbay

NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty

Summary

The article considers the results of anthropometric studies of 10-18-year-olds of the Republic of Kazakhstan and assesses the harmony of physical development of the examined children. Negative tendencies of increasing the number of children with disharmonious physical development caused by a deficiency of body length have been revealed.

Key words: physical development, adolescents, orphans, BMI, body length.

УДК: 616.24. - 002.21-089

МРНТИ: 76.29.29.

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ АЛЬВЕОЛЯРНОГО (МНОГОКАМЕРНОГО) ЭХИНОКОККОЗА (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Л.Ж. Оспанова, М.Р. Абдыкасымова, А.Н. Ермекбаева, И.С. Толаметов,
Ф.Ж. Төребекова, Ш.М. Уайділда, К.И. Умурзаков, М.А. Хабиева

НУО «Казakhstanско-Российский медицинский университет», Казахстан, г. Алматы

Аннотация

Эхинококкоз — это одно из многочисленных паразитарных заболеваний, часто встречающихся у людей. Наиболее многочисленные случаи заболевания наблюдаются в странах, где доминирует сельскохозяйственная деятельность. Эндемичными по эхинококкозу являются следующие территории: Республика Армения, Абхазия, Грузия, Дагестан, Кабардино-Балкария, Чечня, Таджикистан. Казахстан тоже относится к эндемической зоне распространения данного паразита. Эхинококкоз встречается в любом возрасте.

Альвеолярный эхинококкоз вызывает точно такую же клиническую картину заболевания, как и при гидатидном эхинококкозе. Отличие лишь заключается в том, что данный эхинококк образует не одну большую кисту, а несколько кистозных пузырей небольшого диаметра.

Последствия альвеолярного эхинококкоза намного плачевнее, так как, разрушая орган, кисты приводят к его недостаточности, а также быстро распространяются через кровь во все органы и ткани. Лечить такой эхинококкоз особенно сложно.

Ключевые слова: альвеолярный эхинококкоз, кистозный пузырь, онкосфера, эхинококк печени.

Введение. Альвеолярный эхинококкоз вызывается *Alveosoccus multilocularis*, который развивается со смесью хозяев. Окончательные хозяева альвеококка - плотоядные животные (лисицы, песцы, собаки, кошки и др.) в тонкой кишке которых паразитируют половозрелые формы. Промежуточные хозяева - грызуны.

Источник альвеолярного эхинококкоза для человека - окончательные хозяева гельминта. Зрелые яйца и членики, заполненные яйцами, выделяются в окружающую среду с фекалиями животных. Заражение человека происходит при попадании в рот онкосфер из окружающей среды при охоте, обработке шкур убитых диких животных, употреблении в пищу лесных ягод и трав, обсеменённых яйцами гельминта. Онкосферы альвеококка очень устойчивы к действию факторов окружающей среды: они переносят температуру от -30 до +60 °С, на поверхности почвы при температуре 10-26 °С сохраняют жизнеспособность в течение месяца.

Симптомы альвеолярного эхинококкоза. Альвеококкоз выявляют преимущественно у лиц молодого и среднего возраста. Нередко заболевание многие годы протекает бессимптомно (доклиническая стадия). Выделяют стадии заболевания: раннюю, неосложнённую, осложнений и терминальную стадию. В клинически манифестной стадии симптомы альвеолярного эхинококкоза малоспецифичны и зависят от объёма паразитарного поражения, его локализации и наличия осложнений. По характеру течения различают медленно прогрессирующий, активно прогрессирующий и злокачественного течения альвеолярный эхинококкоз.

Первые симптомы альвеолярного эхинококкоза - увеличение печени, которое обнаруживают обычно случайно. Больные отмечают ощущение давления в правом подреберье или в эпигастриальной области. Появляются чувство тяжести и тупая, ноющая боль. Часто отмечают увеличение и асимметрию живота. Через переднюю брюшную стенку пальпируется плотная печень с неровной поверхностью. Печень продолжает увеличиваться, становясь деревянисто-плотной, бугристой и болезненной при пальпации. Больные отмечают такие симптомы альвеолярного эхинококкоза, как слабость, ухудшение аппетита, похудение; как правило, значительно повышена СОЭ. Выявляют непостоянную эозинофилию, лимфопению, возможна анемия. Рано появляются гиперпротеинемия с гипергаммаглобулинемией. Показатели биохимических проб длительное время сохраняются в пределах нормы. В этой стадии чаще всего развивается обтурационная желтуха, особенно характерная для центральной локализации паразитарной опухоли. Она начинается без болевого синдрома и нарастает медленно, сопровождается кожным зудом, повышением концентрации связанного билирубина, активности щелочной фосфатазы. Метастазы чаще всего обнаруживаются в лёгких, головном мозге, реже - в почках, костях. Более чем у 50% больных наблюдают почечный синдром: протеинурию, гематурию, пиурию, цилиндрурию. Поражение почек бывает обусловлено сдавлением органа извне или за счёт метастазов, нарушением почечного кровотока и пассажа мочи с развитием инфекции мочевыводящих путей [3].

Диагностика альвеолярного эхинококкоза. Диагностика альвеолярного эхинококкоза основана на дан-

ных эпидемиологического анамнеза, клинико-лабораторных и инструментальных исследований.

Используется серологическая диагностика альвеолярного эхинококкоза: РЛА, РИГА, ИФА; можно использовать ПЦР, однако отрицательная реакция не исключает наличия альвеококкоза у исследуемого.

Рентгенологические исследования, УЗИ, КТ и МРТ позволяют оценить степень поражения органов.

Лечение оперативное - радикальное удаление узлов. Прогноз зависит от того, насколько своевременно распознано заболевание, и от локализации узлов; при невозможности радикальной операции он серьезен. Благодаря медленному росту узлов больные могут жить несколько лет. Причиной гибели больных являются развитие механической желтухи, нарушения функции печени, реже метастазы альвеококка в головной мозг [4].

К сожалению, ошибки - неотъемлемая составляющая работы врача. Анализ их причин помогает предотвратить их повторение. Выделяют ошибки по недомыслию, в результате неправильного применения знаний и ошибки по неведению, когда врач не обладает запасом теоретических и практических навыков, достаточных для принятия правильного решения. Ошибки по неведению и ошибки по недомыслию можно предотвратить. Именно поэтому их называют ошибками [1].

Предлагаем собственное наблюдение больного Т.А.Б. 1992 г.р., находившегося на амбулаторном лечении в течение 2,5 месяцев и поступившего в терапевтический стационар с диагнозом: Хронический пиелонефрит справа, обострение (И.Б.№ 12356).

Из анамнеза – со слов больным себя считает в течение 2,5 мес. когда на фоне полного здоровья появились боли в поясничной области, больше справа, повышение температуры до 38,5-39 и слабость. При обращении в поликлинику выставлен диагноз «Пиелонефрит» и проводилось лечение антибактериальными препаратами с перерывами в течение 2,5 месяцев. Однако за прошедшее время самочувствие продолжало ухудшаться: нарастала слабость, появился сухой кашель, потерял аппетит, похудел на 10 кг, повысилась температура до 38,0, в связи с чем больной БСМП был доставлен в приемное отделение ГКБ №4. Ранее перенесенные соматические заболевания отрицает; состоял на учете у невролога по поводу ДЦП. Аллергии и оперативных вмешательств не было. Семейный анамнез - второй ребенок в семье, учится в Исламском университете на 2 курсе; занимается спортом – борьба.

Дополнение к анамнезу – за время нахождения в стационаре – стало ухудшаться зрение (в течение 4 дней).

Из эпидемиологического анамнеза - контакт с инфекционным больным отрицает; переливание крови и кровезаменителей не было. С раннего детства имеет тесный контакт с кошкой (со слов родителей – «спит и кушает вместе»).

Объективно: состояние тяжелое, в сознании, но на вопросы отвечает с некоторым запозданием, неконкретно, после неоднократных вопросов. Кожа и видимые слизистые чистые, бледноватые. Питание снижено. Движения в суставах сохранены, сила мышц достаточная. Болевая, тактильная чувствительность обеих половин тела сохранена. Периферические лимфатические узлы не увеличены.

В легких – перкуторно – с обеих сторон ниже угла лопатки на ограниченном участке – (6-8 - м/р по лопаточной и задней аксиллярной линии) – притупление легочного звука; Аускультативно – по всем полям жесткое дыхание, в области притупления влажные мелкопузырчатые хрипы.

Сердце – границы в пределах физиологической нормы; тоны усилены, учащены. PS-100/ L - 90/60 мм. рт. ст.

Язык влажный, умеренно обложен белым налетом, живот мягкий, чувствителен в правом и левом подреберьях, где пальпируется увеличенная печень и селезенка. Размеры по Курлову - 13*12*11 и 12*10 соответственно. Печень плотноватая, поверхность умеренно бугристая, верхняя граница смещена вверх на 1 м/р.

Область почек внешне не изменена; симптом поколачивания слабо положительн справа. Мочится свободно, цвет мочи обычный.

Пальпация остистых отростков грудных и поясничных позвонков безболезненна. Наклонение туловища полное, безболезненное. Стул через день, оформлен.

На основании предварительного осмотра нами сделано следующее заключение: длительная лихорадка, постепенное усиление симптоматики по мере поражения органов (выраженная астенизация, лихорадка, похудение, сухой кашель, понижение зрения) позволяет предположить о мтс поражения, исходящего из печени, но учитывая возраст и анамнез (тесный контакт с кошкой) необходимо исключить паразитарное поражение печени (эхинококк печени) с обсеменением в других органах. Для уточнения диагноза были проведены лабораторные и инструментальные методы диагностики.

Лабораторные показатели: ОАК – Эр. - 3,2 - 2,7×10¹²; НВ -70- 84г/л; Л - 14.0- 18,0×10⁹; СОЭ -47мм/час; Тромбоциты - 320×10⁹; Эозинофилы – 4; Лимфоциты - 18.

ОАМ – уд. вес – 1012; белок - следы; эр – 4-5 в п/зр; л-7-8 в п/зр. Проба Зимницкого –ДД - 1200мл; НД- 350мл; СД – 1850мл; уд вес -1012-1022;

Биохимические показатели крови: Общий белок -63,2 г/л; мочевины -5,2ммоль/л; креатинин - 0,105ммоль/л, АлАТ- 0,22 мккат/л/ч; АсАТ- 0,21 мккат/л/ч; Билирубин -12,8ммоль/л; Маркеры HBV - отрицательны.

Инструментальные исследования. УЗИ органов брюшной полости от 01.11.2013. Печень – КВР - 14.1см; неоднородная; в проекции 4 сегмента определяется тканевое образование с неровными нечеткими контурами размером - 5,1×4.5см; в проекции 6 -7 сегментов имеются аналогичные образования размером 3.1×2.9; 4.5× 4.6 см с повышенной эхогенностью.

Заключение: образование в правой доле печени (гемангиома).

КТ-головного мозга от 02.11.2013 г. - на серии КТ – получены изображения суб- и супратенториальных структур в кортикальных и субкортикальных отделах лобных, теменной и затылочной доли справа отмечаются гиперденсные тени, округлой формы с относительно четким контуром и с перифокальным гиподенсным оча-

гом (отек), аксиальным размером от 0.79-0.66 и до 2.67 -2.226 см. Желудочки мозга ассиметричны, передние рога умеренно компремированы. Срединные структуры не смещены. В костном окне кости свода и основания черепа без особенностей.

Заключение: Метастазы (МТС) поражение головного мозга?

КТ органов брюшной полости от 04.11. 2013 г. Печень расположена обычно. умеренно увеличена в размере, неоднородной структуры, в 8 сегменте определяется участок гиподенсии размером - 3,8*3.84см и наличием округлого кольцевидного участка; в центральной части имеется участок гиподенсии размером - 1.87-1.95см. Желчный пузырь слабо дифференцируется. Селезенка увеличена, однородной структуры. Почки в типичном месте; паренхима не истончена. Чашечно-лоханочная система (ЧЛС) умеренно расширена.

КТ легких от 04.11. 2013 г. На серии КТ срезов по всем легочным полям имеются множественные округлые образования различных размеров и конфигурации местами сливного характера тяжистой структуры. Бронхи 1-3 порядка проходимы, не деформированы. В корнях – множественные округлые образования. Срединная тень расширена, дуги слабо дифференцируются. Синусы умеренно облитерированы. Трахеобронхиальные, бронхопульмональные лимфоузлы средостения умеренно увеличены. Окружающая костная ткань не изменена.

Заключение: Умеренная гепатоспленомегалия. МТС легких? Как видно из заключений инструментальных исследований - всеми специалистами описывались многочисленные очаги по типу МТС новообразования пм в печени, легких и головном мозгу, без определения основного очага. Однако во всех органах были очаги обызвествленные в виде так называемых известковых брызг или известковых кружев.

На основании вышеизложенного нами был выставлен клинический диагноз: «Альвеолярный (многокамерный) эхинококкоз печени с обсеменением в легкие, головной мозг и почки».

Ошибки диагностики на амбулаторном этапе - это неполный сбор анамнеза, недооценка субъективных и объективных клинических данных и как следствие недообследование больного.

Список литературы:

1. Ригельман Ричард. Перед лицом неизбежных ошибок. М.: Медицина. - 1994. - С. 28-29.
2. Гнатюк О.П. Врачебные ошибки и профессиональные правонарушения. Ж/Вестник Росздравнадзора. Москва. 2016. С.16-21.
3. Горбунова М.Л. и соавт. Клинический случай эхинококкоза легких и печени // Казанский медицинский журнал. - 2017. - Т.98. - №2. - С. 261-265.
4. Лотов А.Н., Чжао А.В., Черная Н.Р. Эхинококкоз: диагностика и современные методы лечения. // Трансплантология. - №2. - 2010. - С. 18-25.

АЛЬВЕОЛДЫҚ (КӨПКАМЕРАЛЫ) ЭХИНОКОККОЗДЫҢ СИРЕК КЕЗДЕСЕТІН ТҮРІ (клиникалық бақылау)

**Л.Ж. Оспанова, М.Р. Абдыкасымова, А.Н. Ермекбаева, И.С. Толаметов,
Ф.Ж. Төребекова, Ш.М. Уайділда, К.И. Умурзаков, М.А. Хабиева**
«Қазақстан-Ресей медициналық университеті» МEBБМ, Қазақстан, Алматы қ.

Аннотация

Эхинококкоз-адамдарда жиі кездесетін көптеген паразиттік аурулардың бірі. Аурудың ең көп жағдайлары ауылшаруашылық қызметі басым елдерде байқалады. Эхинококкозға келесі аумақтар тән: Армения Республикасы, Абхазия, Грузия, Дағыстан, Кабардино-Балкария, Шешенстан, Тәжікстан. Қазақстан да осы паразиттің эндемиялық таралу аймағына жатады. Эхинококкоз кез-келген жаста кездеседі.

Альвеолярлы эхинококкоз гидатиозды эхинококкоз сияқты аурудың дәл клиникалық көрінісін тудырады. Айырмашылығы - бұл эхинококк бір үлкен кистаны емес, кішкентай диаметрлі бірнеше кисталық блистерді құрайды.

Альвеолярлы эхинококкоздың салдары әлдеқайда нашар, өйткені ағзаны жою арқылы кисталар оның жеткіліксіздігіне әкеледі, сонымен қатар қан арқылы барлық мүшелер мен тіндерге тез таралады. Мұндай эхинококкозды емдеу әсіресе қиын.

Кілт сөздер: альвеолярлы эхинококкоз, цистикалық везикулалар, онкосфера, бауыр эхинококкозы.

A RARE CASE OF ALVEOLAR (MULTICAMERAL) ECHINOCOCCOSIS (clinical case)

**L.Zh. Ospanova, M.R. Abdykasymova, A.N. Yermekbaeva, I.S. Tolametov,
F.Zh. Torebekova, Sh.M. Uaidilda, K.I. Umurzakov, M.A. Khabieva**
NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty

Summary

Echinococcosis is one of the many parasitic diseases often found in humans. The most numerous cases of the disease are observed in countries where agricultural activity dominates. The following territories are endemic for echinococcosis: the Republic of Armenia, Abkhazia, Georgia, Dagestan, Kabardino-Balkaria, Chechnya, Tajikistan. Kazakhstan also belongs to the endemic distribution zone of this parasite. Echinococcosis occurs at any age.

Alveolar echinococcosis causes exactly the same clinical picture of the disease as with hydatidous echinococcosis. The only difference is that this echinococcus forms not one large cyst, but several cystic blisters of small diameter.

The consequences of alveolar echinococcosis are much more deplorable, since, destroying the organ, cysts lead to its insufficiency, and also quickly spread through the blood to all organs and tissues. It is especially difficult to treat such echinococcosis.

Key words: alveolar echinococcosis, cystic bladder, oncosphere, liver echinococcus.

УДК: 616.155.392.2-07

МРНТИ: 76.29.29.

СЛУЧАЙ ОСТРОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЛИМФОЛЕЙКОЗА (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

**Л.Ж. Оспанова, Н. Амантайқызы, А.Қ. Ақылбек, Н.П. Әбіл, Г.Қ. Қожабаева,
А.Д. Абылханова, Қ.Б. Тайлықова**
НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», Казахстан, г. Алматы

Аннотация

Хронический лимфолейкоз - это онкологическое заболевание лимфатической ткани, при котором опухолевые лимфоциты накапливаются в периферической крови, костном мозге и лимфатических узлах. В отличие от острых лейкозов, опухоль растет достаточно медленно, вследствие чего нарушения кроветворения развиваются лишь в поздних стадиях развития заболевания. Нарушение костномозгового кроветворения, вызванное опухолевым ростом в костном мозге, ведет к развитию анемии (снижению числа эритроцитов в крови) и тромбоцитопении (снижению числа тромбоцитов). Для верификации диагноза важно исследование миелограммы.

Чаще всего первым симптомом хронического лимфолейкоза является увеличение размеров лимфатических узлов. Вследствие увеличения селезенки, возможно возникновение ощущения тяжести в животе. Нередко больные испытывают значительную общую слабость, теряют вес, у них повышена частота развития инфекционных заболеваний.