

ляют документы на ЦВКК, где определяется клинический диагноз, динамика течения туберкулезного процесса, коррекция схемы лечения и другие вопросы наблюдения больных туберкулезом органов дыхания. Больные с внелегочными формами туберкулеза наблюдаются врачами внелегочных кабинетов (урологом, офтальмологом, хирургом-ортопедом, гинекологом и лимфологом), ими же проводится диспансерное наблюдение за больными, так как в районных лечебных учреждениях не предусмотрены узкопрофильные специалисты по фтизиатрии.

Врачами диспансерного отделения ежегодно консультируются до 6-8 тысяч больных, из которых до 40-45% проходят очный прием, остальные – заочно, по представленной медицинской документации. Больные с туберкулезом и другими заболеваниями органов дыхания консультируются в основном заочно (до 70%). При сложных случаях диагностики или лечения и при показании к хирургическому вмешательству больные вызываются в головное учреждение, в соответствующие отделения. Больные с внелегочными формами туберкулеза нуждаются в специализированных исследованиях, им консультации проводятся очно в отделениях института в стационарных или амбулаторных условиях.

При проведении централизованного контроля возникают затруднения с пересылкой медицинской документации, с запросом дополнительной информации, связанные с особенностью региона. Возможна значительная задержка почты даже воздушным транспортом, т.к. порой в северные районы осуществляется всего 1 рейс в неделю. В таких условиях внедрение с 2001 года в систему диспансерного обслуживания больных туберкулезом по территории Республики Саха (Якутия) электронной почты значительно разрешает трудности с передачей информации и позволяет в оптимальные сроки корректировать совместные действия между головным республиканским учреждением и районными противотуберкулезными диспансерами.

#### **ИММУНОРЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ**

Волжанская Т.В., Конопля А.И.

*Курский государственный медицинский университет,  
Курск*

Несмотря на значительные успехи в изучении бронхиальной астмы, достигнутые за последнее десятилетие, это заболевание до настоящего времени имеет тяжелое течение, трудно поддается лечению и в большом проценте случаев приводит к инвалидности к смерти. Многочисленные литературные данные, основанные на применении методики бронхоальвеолярного лаважа (БАЛЖ), свидетельствуют о нарушениях иммунного статуса на системном и локальном уровнях у больных бронхиальной астмой, но, к сожалению, при этом в литературе имеется мало данных об изменениях местного иммунитета бронхиального дерева после традиционной терапии и приме-

нения нефармакологических методов иммунореабилитации.

Целью исследования явилась оценка иммунореабилитационной эффективности лазерной терапии у больных бронхиальной астмой.

Исследование проводилось на 30 пациентах в возрасте от 60 до 74 лет на базе Областной клинической больницы г. Курска, страдающих эндогенной формой бронхиальной астмы средней степени тяжести. Все больные были разделены на 2 группы, в зависимости от проводимого лечения: 1 группа (15 пациентов) получала традиционное лечение, включавшее в себя следующие препараты: (β-блокаторы короткого действия, ингаляционные глюкокортикостероидные средства, бронхолитики и отхаркивающие средства. 2 группе дополнительно проводилась лазеротерапия на рефлексогенные и биологически активные точки. Материалом для исследований служила жидкость бронхо-альвеолярного лаважа, полученная при эндоназальной фибробронхоскопии. Проводили оценку уровня CD3, CD4, CD8, CD16 и CD19-лимфоцитов, содержания иммуноглобулинов и компонентов комплемента до и после лечения.

Установлено, что базисная терапия увеличивала содержание в БАЛЖ CD16 и CD19-клеток соответственно в 1,9 и 2,0 раза, концентрацию IgA, IgG и sIgA. снижала уровень C<sub>4</sub> и не влияла на C<sub>3</sub>-компонент комплемента. Сочетание основного фармакотерапевтического комплекса с лазеротерапией увеличивало процент CD4, CD16, CD19-клеток в 3,0; 2,7 и 7,8 раз соответственно, более эффективно повышало концентрацию IgG, sIgA и существенно снижало уровень C<sub>3</sub> и C<sub>4</sub>-компонентов комплемента.

Таким образом, применение лазера по сравнению с традиционной терапией оказывает более выраженный корректирующий эффект на все звенья иммунитета, снижает количество осложнений, улучшает качество жизни данной категории больных.

#### **ДЕФОРМИРУЕМОСТЬ ЭРИТРОЦИТОВ И СПОСОБЫ ЕЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ**

Вохминцев А.П. Сайфиев Р.Р. Фролова О.В.

*Тюменский государственный университет, Тюмень*

Эритроциты являются преобладающим типом клеток крови. Способность эритроцитов к упругой деформации позволяет этим клеткам доставлять необходимые для жизнедеятельности организма вещества по сосудистой системе включающей капилляры, диаметр которых порой достигает 2 мкм. Деформируемость эритроцитов при прохождении по кровяному руслу обусловлена упругими свойствами самой мембраны этих клеток и наличием особой белковой структуры, выстилающей внутреннюю сторону мембраны и называемой цитоскелетом.

При воздействии различных физико-химических факторов и при ряде патологических состояний деформационная лабильность эритроцитов претерпевает существенные изменения. Исследования последних лет позволяют связать изменение деформируемости

эритроцитов с факторами как экзогенного, так и эндогенного происхождения.

Для исследования деформируемости эритроцитов используются такие экспериментальные методы как центрифугирование, фильтрация, реоскопия. Однако они либо недостаточно информативны, либо трудоемки по выполнению. Метод, который позволяет провести оперативную и информативную оценку деформируемости эритроцитов основан на компьютерной эктацитометрии и реализован в приборе получившим название эктацитометр.

Существующие эктацитометры являются крупногабаритными и не транспортабельными, хотя внедрение эктацитометрии в практику научно-исследовательских и клинических лабораторий является актуальной проблемой как для практической, так и теоретической медицины. Примерами использования эктацитометрической установки в клинической практике являются исследования деформируемости эритроцитов у больных артериальной гипертонией, гипоксией разной степени тяжести, заболеваниями желудочно-кишечного тракта, а так же некоторых других патологиях при которых отмечается ухудшение реологических показателей крови.

Усовершенствованный нами эктацитометр имеет ряд преимуществ по сравнению с существующими аналогами. Благодаря небольшим размерам и массе установка легко транспортируется и может применяться в различных лабораториях. Использование специальных аппаратных средств позволяет обеспечивать взаимодействие эктацитометра с ЭВМ и передавать четкое изображение дифракционных картин для анализа деформируемости эритроцитов с помощью компьютера. Специальное программное обеспечение позволяет проводить точный экспресс-анализ деформируемости эритроцитов, рассчитывать основные статистические показатели, наглядно отображать с помощью графиков динамику деформируемости эритроцитов в зависимости от приложенного к ним усилия сдвига. Благодаря примененным нами новыми техническими решениями обеспечивается автоматизация НИР и значительно ускоряется и упрощается работа с эктацитометром.

С использованием усовершенствованного эктацитометра впервые показано, что гипотензивный препарат моноприл снижает деформируемость эритроцитов у больных артериальной гипертонией после 4-х месячного амбулаторного курса лечения.

Результаты исследований полученные в клинических испытаниях свидетельствуют о высокой чувствительности установки и возможности ее использования как в научно-исследовательской, так и в клинической практике.

#### **ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА ПЕРЕД ЛАПАРОСКОПИЕЙ У ПАЦИЕНТОК С ЧРЕВОСЕЧЕНИЯМИ В АНАМНЕЗЕ**

Головкина Н.В., Краснова И.А.  
*ГОУВПО РГМУ, Москва*

Цель: Определение значимости ультразвукового

исследования (УЗИ) в оценке спаечного процесса у пациенток с чревосечениями в анамнезе.

**Материал и методы исследования:** Проведен анализ результатов УЗИ 102 пациенток, поступивших для эндоскопического оперативного лечения в отделение гинекологии 31 ГКБ и перенесших ранее 1 – 4 операции на органах брюшной полости и малого таза. Исследование выполнялось на аппаратах «Acuson 128XP/10» (США) и «Logic700» (США) и состояло из двух этапов: трансабдоминального и трансвагинального, которые проводились по определенной методике.

**Результаты исследования:** Наиболее информативными для диагностики спаечного процесса были следующие эхографические признаки: локальное утолщение париетальной брюшины и контура органа с усилением эхосигнала (84), отсутствие или ограничение взаимного смещения париетальной и висцеральной брюшины - положительная тракционная проба (76), а так же положительный симптом «возврата» при форсированном дыхании (46); при трансвагинальном сканировании эхографическими признаками спаечного процесса так же является изменение расположения яичника относительно других органов малого таза (35), определение септ - гиперэхогенных линейных образований между различными структурами малого таза, выявляющиеся при различных осях сканирования (42), выявление сером - гипо- или анэхогенных ограниченных внеорганных образований различных размеров неправильной полигональной формы, без капсулы (32).

Выводы: Чувствительность и специфичность метода составила 75 и 83 %. Необходимо соблюдать методичность и этапность. Следует прицельно исследовать области предшествующих оперативных вмешательств. Диагностическая ценность исследования повышается при сочетании нескольких эхографических признаков. УЗИ позволяет расширить показания к использованию лапароскопического доступа у больных чревосечениями в анамнезе, а так же избежать повреждения внутренних органов брюшной полости при введении иглы Вереша, первого троакара и последующих манипуляциях.

#### **КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В ГЕРОНТОЛОГИИ И ГЕРИАТРИИ**

Горшунова Н.К.

*Государственный медицинский университет, Курск*

Прогрессирующее увеличение численности населения старшей возрастной группы в РФ ставит задачи длительного поддержания их активной качественной жизни путем предупреждения развития или прогрессирования полипатологии и функциональной недостаточности, осложняющей инволютивные изменения. Старение человека - многокомпонентный неоднозначный процесс, протекающий с различной скоростью, неодинаковой вовлеченностью в инволютивные изменения разных структурных элементов, начиная с субклеточных образований, клеток и кончая органами, системами, целостным организмом. Среди людей старшего возраста только 2% стареет плавно, посте-