

ность КНЭ у 41 донора, ее уровень в лимфоцитах составил 67,6%, в моноцитах – 79,2%. После введения туберкулина активность КНЭ в лимфоцитах и моноцитах недостоверно увеличилась (68,4%; 80,0% соответственно). При активном туберкулезе легких (123 больных) уровень КНЭ в лимфоцитах и моноцитах достоверно увеличивается до 88,0% и 91,7% (соответственно). Введение туберкулина стимулировало активность КНЭ в лимфоцитах и моноцитах до 92,2% и 98,4% (соответственно). После завершения основного курса активность КНЭ в лимфоцитах и моноцитах снизилась у 95 из 123 пациентов до уровня показателей у доноров, у остальных 28 (22,7%) существенно превышала таковые. Это послужило основанием продолжить противотуберкулезную терапию (ПТТ) этой группе больных. Через 2 мес. на фоне ПТТ проведено контрольное клинико-рентгенологическое обследование и определение активности КНЭ с подкожным введением туберкулина. Отмечена некоторая положительная динамика в течении туберкулезного процесса у 21 из 28 обследуемых и снижение активности КНЭ до уровня у доноров. Оставшимся 7 больным продолжена ПТТ еще в течение 1 мес., после чего проведено комплексное обследование, в том числе, определение активности КНЭ. Результаты обследования показали снижение активности до показателей у доноров и положительную динамику клинико-рентгенологических данных у 4 человек. Следовательно, проведенные клинико-диагностические мероприятия позволили снизить число больных с возможным развитием раннего рецидива туберкулеза легких.

#### **КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ**

Эльмурзаева Д.А.

*Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова  
Нальчик, Россия*

Под наблюдением находилось 24 ребенка в возрасте 8-16 лет, страдающих тяжелым течением бронхиальной астмы: из них 10 мальчиков, 14 – девочек. Все дети в течение последнего года имели признаки тяжелого течения заболевания с ежедневными симптомами

и значительным влиянием болезни на качество жизни. Со всеми больными и их родителями проводился образовательный цикл по программе «Астма-школы», все пациенты получали базисную терапию ингаляционными глюкокортикостероидами (иГКС, флутиказона пропионат) в суточной дозе 100-375 мкг в зависимости от возраста. Мониторинг течения заболевания осуществлялось в течение 1 года. При этом оценивались выраженность симптомов астмы, наличие и тяжесть обострений, параметры функции внешнего дыхания, а также показатели качества жизни больных с использованием адаптированного к российским условиям условиям (В. И. Петров, И. В. Смоленов) астма-специализированного опросника Childhood Asthma Questionnaires (D. J. French). Анализ полученных данных выявил достоверное снижение количества и тяжести приступов болезни у 83,1% пациентов уже через 1 месяц от начала лечения. Исходный уровень параметров качества жизни характеризовался высокими показателями субъективной оценки тяжести астмы, степени дистресса и реактивности, низким качеством активной жизни. Качество подростковой жизни в большей степени зависело от социального уровня семьи, нежели от тяжести заболевания. Положительная динамика течения бронхиальной астмы на фоне проведения базисной терапии сопровождалась достоверным повышением качества жизни больных через 3 месяца от её начала: увеличились параметры качества активной жизни, значительно уменьшились показатели субъективной оценки тяжести астмы и степени дистресса. Снижился уровень реактивности (отношение подростка к факторам окружающей среды, провоцирующим развитие у него симптомов астмы). Кроме того, исследование показало, что возможность проводить ингаляции флутиказона пропионата 1-2 раза в сутки повышает комплаентность лечения. Таким образом, тяжелая бронхиальная астма у большинства пациентов может контролироваться низкими и средними дозами иГКС. Мониторинг заболевания позволяет не только предупредить прогрессирование течения болезни и инвалидизацию ребенка, но и значительно повысить качество жизни детей, страдающих тяжелой бронхиальной астмой.