

резистентности организма по отношению к туберкулезной инфекции, становится обязательным компонентом комплексного лечения и реабилитации больных туберкулезом.

Для ускорения процессов заживления у впервые выявленных больных деструктивным туберкулезом, повышения иммунитета с целью реабилитации необходимо назначать препараты, способствующие более эффективному заживлению полостей распада, процессам уплотнения очагов и их дальнейшему обызвествлению.

Особого внимания заслуживают больные с химиорезистентным туберкулезом, где методы традиционной терапии недостаточно эффективны. В таких условиях большое значение приобретают препараты, которые повышают эффективность фагоцитоза и способствуют элиминации возбудителя, а также усиливают резистентность клеток макроорганизма к вредному влиянию и стимулируют процессы репарации. Подобным свойством обладает препарат Глутоксим (в/м 1 мл 3% раствора 2 раза в день на протяжении 2-х месяцев). Как дезинтоксикационный препарат с антиоксидантным эффектом применяется 1,5% раствор Реамбирин для инфузий. Укорачивает время заживления каверн препарат Вобензим (1 табл. 3 раза в день, курс лечения 4 месяца). В отдельных случаях применяются немедикаментозные методы лечения, к которым относится озонотерапия и коллапсотерапия. Озонотерапия проводится на фоне назначения антимикобактериальных препара-

тов (АМБП), к которым сохраняется чувствительность возбудителя (2 раза в неделю внутривенно капельно 200,0 мл озонированного физиологического раствора (ОФР) с концентрацией озона 1-2 мкг/мл или ректально капельно 40,0 мл ОФР с концентрацией озона 4-6 мкг/мл). Продолжительность курса озонотерапии от 20 до 40 процедур. При необходимости через 2 месяца можно назначить повторный курс.

Искусственный пневмоперитонеум накладывается и проводится по стандартной методике. Продолжительность поддержки пневмоперитонеума у больных – от 4 до 12 месяцев в зависимости от клинкорентгенологической динамики туберкулезного процесса. Применение озонотерапии, искусственного пневмоперитонеума, а иногда обеих этих методов одновременно на фоне химиотерапии снижает частоту развития побочных реакций, связанных со специфической терапией, сокращает срок абациллирования и заживления каверн.

Таким образом, максимальный клинический эффект при лечении туберкулеза может быть достигнут при применении антимикобактериальных препаратов, к которым сохранилась чувствительность возбудителя туберкулеза, вместе с препаратами патогенетического направления.

Все вышеизложенное дает возможность больному вернуть трудоспособность и избежать рецидивов процесса в последующие годы.

КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ С ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА

Л.А. Сторожук, Г.В. Бессмертная, Т.В. Довгалюк

Научно-исследовательский институт реабилитации инвалидов Винницкого национального медуниверситета им. Н.И. Пирогова

Цель исследования: разработка дифференциальных программ реабилитации инвалидов с неврологическими проявлениями дегенеративно-дистрофических заболеваний.

Материалы и методы: на основе анализа результатов обследования 165 больных и инвалидов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника проведено деление больных на 5 клинкореабилитационных групп. Определены объемы реабилитационных мероприятий для каждой клинкореабилитационной группы и критерии эффективности реабилитации.

В качестве критериев эффективности реабилитационных мероприятий пациентов с вертеброгенными болями целесообразно использовать показатели регресса субъективной и объективной клинической симптоматики, степень восстановления нарушений жизнедеятельности и работоспособности.

Оценка результатов восстановительного лечения больных с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника основана на установлении динамики клинических проявлений, изменения характера течения заболевания, положительных изменений со стороны нарушения жизнедеятельности.

Результаты: в качестве эффективных показателей выступают, как правило, клинические симптомы заболевания, сроки возврата к труду и возможный объем выполняемой работы. Важна оценка как непосредственных, так и отдаленных результатов реабилитационных мероприятий. Оценка эффективности лечебного про-

цесса начинают с определения степени регресса болевого синдрома, поскольку именно боль при дистрофических поражениях позвоночника является наиболее значимым проявлением заболевания для самого пациента. Простейшими тестами для количественной оценки восприятия боли является визуальная аналоговая оценочная шкала.

Сравнение расстояния от начала шкалы до соответствующих отметок до и после проведения реабилитационных мероприятий позволяет оценить динамику восприятия больными своих болевых ощущений.

Количественная оценка показателей объективного статуса больных с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника затрудняется разнообразием клинических проявлений. Для характеристики эффективности медицинских реабилитационных мероприятий, по нашему мнению, целесообразно использовать единую пятибалльную систему оценки соответствующих параметров (мышечная сила, объем движений в суставах, мышечный тонус, степень деформации позвоночника и ограничение движений в нем, выраженность нейродистрофических и других нарушений), которая облегчает сравнение динамики различных симптомов заболевания в процессе соответствующего лечения.

Общая интегральная оценка эффективности реабилитации может быть определена не только динамикой морфофункционального дефекта (клинических синдромов), но и функциональными возможностями боль-

ного в его повседневной жизни с оценкой качества жизни.

Таким образом, оптимизация реабилитационных программ возможна за счет включения в них не только лечебных и психологических мероприятий, но и мероприятий социального плана в виде улучшения условий и

организации процесса труда, экономического и профессионального консультирования, трудоустройства. Решение этой проблемы возможно только при интеграции усилий реабилитологов, специалистов врачебной экспертизы, социального обеспечения, профессиональной реабилитации и всего общества в целом.

ОКСИД АЗОТА В РЕГУЛЯЦИИ ФУНКЦИЙ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА

А.Н. Страколист, А.В. Голубенко

Запорожский Национальный университет (Украина)

Цель работы: обосновать поиск новых доноров оксида азота и избирательных ингибиторов iNOS и оценить их вклад регуляцию функций пищеварительного тракта.

Материалы и методы исследования: метод анализа литературы, методы математической статистики.

Результаты: начиная с 90х годов мощный рост исследований роли оксида азота коснулся едва ли не всех функциональных систем, включая пищеварительный тракт. Было доказано, что нормальная релаксация мышц желудка может быть блокирована ингибиторами NOS, а введение оксида азота в кишку имитирует действие нервной стимуляции. Среди физиологических функций оксида азота в отношении пищеварительной системы наиболее важной является обеспечение моторной функции желудочно-кишечного тракта, а также регуляции поступления желчи в кишечник. Показано, что оксид азота стимулирует расслабление тучных мышц желудочно-кишечного тракта. Кроме того, NO следует отнести к числу наиболее важных факторов защиты слизистой желудка. Его влияние осуществляется путем воздействия на кровоснабжение слизистой оболочки. При внутрижелудочном введении соляной кислоты синтез NO увеличивает кровоснабжение слизистой оболочки. Этот механизм защищает слизистую оболочку при усилении обратной диффузии ионов водорода в случае нарушения слизистого барьера. Важно отметить, что именно через NO, как вторичного посредника, обеспечиваются вазодилататорные эффекты блуждающего нерва и многих других вазоактивных веществ. Блокада NOS резко уменьшает кровоток в сосудах слизистой оболочки. Косвенно это сказывается на секреторной функции желудка, на способности его слизистой оболочки противостоять воздействию на нее факторов агрессии, на возникновении и заживлении эрозий и язв. Существует несколько путей синтеза NO в пищеварительном тракте: прежде всего это продукция NO тучными клетками, эпителием слизистой оболочки,

тучными мышцами, нервными сплетениями, базальными или инфильтрирующими лейкоцитами, а также образование NO из нитратов в просвете кишечника за счет денитрификации анаэробными бактериями. Стимуляция NANC-нейронов приводит к увеличению биосинтеза и выделения ими NO, который посредством цГМФ вызывает глубокую релаксацию артериальных сосудов, адаптивную релаксацию желудка, тучных мышц нижней части пищевода и двенадцатиперстной кишки, а также циркулярной мышцы тонкой кишки, что обеспечивает перистальтику и передвижение пищевых масс вдоль кишечника. Доноры NO ускоряют заживление ацетатных язв, а угнетение синтеза NO ослабляет гастропротекторное действие простагландина E2 и капсаицина.

Анализ литературных данных по теме исследования позволил засвидетельствовать и патологическое действие оксида азота. NO может быть плейотропным агрессивным фактором за счет своей способности при определенных условиях угнетать циклооксигеназу, усиливать цитотоксичность перекиси водорода при поражении слизистой оболочки желудка, выступать одним из патогенетических факторов развития колита, инициировать апоптоз гепатоцитов при острых и хронических активных вирусных гепатитах, гепатоцеллюлярной карциноме, алкогольных поражениях и при отторжении трансплантированной печени. Все эти нежелательные эффекты опосредованы активацией iNOS и чрезмерной выработкой NO, при которой проявляется цитотоксический эффект оксида азота.

Таким образом, роль NO в желудочно-кишечном тракте многофакторна и пока мало изучена. В настоящее время представляется критически необходимым поиск новых доноров оксида азота и оценить вклад этого феномена в их биологическое действие. Также открытым остается вопрос поиска избирательных ингибиторов iNOS.

ВЛИЯНИЕ РАЗРАБОТАННОЙ ПРОГРАММЫ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА МОЗГОВОЙ КРОВОТОК У ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

О.А. Суджаева, С.Г. Суджаева, Т.С. Губич, Н.А. Казаева

Республиканский научно-практический Центр «Кардиология» (Беларусь)

Цель работы: изучить влияние разработанной программы физической реабилитации (ФР) на показатели мозговой гемодинамики у лиц с артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы исследования: обследовано 64 пациентов с АГ I-III степени. Методом рандомизации сформировано 2 группы: в основную группу (ОГ) включались пациенты, у которых использовалась разработанная программа ФР (n=44). Пациенты с традиционным способом ФР составили КГ, (n=20). Возраст пациентов ОГ составил 42,9±2,7 лет, КГ - 49,1±2,7 лет (p<0,05).

Лица женского пола составили 40% в ОГ и 60% - в КГ. Оценка мозгового кровотока осуществлялась методом реоэнцефалографии (РЭГ), которая проводилась по тетраполярной методике в положении пациента сидя в фронтотомоидальном отведении с помощью аппаратно-програмного комплекса для записи импедансных кривых «Импекард М» с автоматическим компьютерным анализом параметров реограммы. У каждого включенного в исследование пациента оценка клинико-функционального состояния проводилась исходно (I тест), через 3 месяца (II тест) и через 6 месяцев (III тест).