

ной патологии внутренних органов. При этом существенны заболевания верхних дыхательных путей, у 86% обследованных сплошным методом при участии специалистов выявлена ЛОР патология. Например, только риниты и риносинуситы установлены у 44% больных БА. Весьма часты выраженные искривления носовой перегородки, нередко требующие хирургической коррекции и т.д. Радикальные и внеплановые операции у больных БА также требуют специального методического и лечебного обеспечения. Все приведенное говорит в пользу общей и профильной подготовки врачей разных специальностей по бронхиальной астме, клинической иммунологии и аллергологии, что должно быть предусмотрено программами последиplomного образования. Необходимо также включение в эти программы ряда практически важных лечебно-диагностических пособий, применяемых при БА (аппаратный контроль вентилиации, фармакологическое тестирование, понимание существа данных аллергологических проб, готовность к стремительному развитию астматических состояний, шока и др.). Важна также подготовленность специалистов и врачей общей практики в реализации методов каузальной и вспомогательной терапии, активно внедряемых в практику астмалогии (лазерные технологии, эндозкологические и сорбентные средства, методы эфферентной и небулайзерной терапии, основные реанимационные пособия и др.). Для врачей общетерапевтического профиля в реализуемой нами учебной программе предусматривается более совершенная подготовка по вопросам реабилитации и санаторно-климатическому лечению больных астмой. В учебном процессе акцентируется внимание врачей на применение средств вспомогательной терапии вровень со способами фармакологического контроля БА. Современный врач и врач будущего, когда, возможно, БА будет сохранять позиции в своей агрессивности, важно не столько знание методов терапии последствий заболевания, сколько овладения средствами воздействия на первоисточники самой астмы. Знание врожденных и предшествующих дефектов, способствующих провокации и реализации болезни обязательно приведет к сокращению заболеваемости БА. В ситуации фармакологического разнообразия стандарты лечения должны быть под тщательным контролем, ознакомление с которым также является задачей последиplomного образования. Внедрение генетического паспорта дело ближайшего будущего. Но уже сегодня подготовка семейного врача по вопросам астмалогии позволяет своевременно оказать помощь молодым людям в выборе будущей профессии людей и в создании надлежащих условий на производстве. Важным моментом также способствующим борьбе с болезнью является ознакомление на циклах переподготовки с методикой проведения «Астма- и пульмо-школы», которая постоянно долж-

на совершенствоваться. Несомненно, в современной ситуации общемедицинской проблемой является обеспечение достаточного качества жизни больного БА. Это направление должно занимать существенное место в последиplomном обучении врачей.

ЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ – НАУКА И ПРЕДМЕТ ОБУЧЕНИЯ ВРАЧЕЙ

Басиев З.Г., Басиева О.З., Торчинов И.А.
*Северо-Осетинская медицинская академия,
Владикавказ, Россия*

Лазеры были изобретены в 60-х годах прошлого столетия. За сравнительно короткий период лазерные методы нашли широкое применение в технике, биологии, медицине и других областях знаний. Многочисленные эксперименты и клинические испытания позволили установить благоприятный эффект лазерного воздействия (ЛВ) на микроциркуляцию, нервную регуляцию, воспалительные, эндокринные, репаративные процессы и др. Если на первых этапах существовала боязнь применения ЛВ, то в настоящее время лазерная терапия (ЛТ) стала широко использоваться почти во всех областях клинической медицины. Нами такой вид лечения стал применяться с 1980 года. Помимо эффектов установленных в экспериментальной медицине наше внимание привлекла возможность применения лазеров в стационарных и амбулаторных условиях, а также для оказания помощи в чрезвычайных ситуациях. За прошедший период специалистами по медицинским технологиям было создано более 400 типов лазерно-терапевтических аппаратов. В России было организовано промышленное производство приборов для ЛТ, причем многие из них не уступают зарубежным образцам. В настоящее время существует 2 вида таких аппаратов - высокоэнергетические (используются в хирургии), а также установки для низкоэнергетического лазерного излучения (НИЛИ). Последние преимущественно применяются в терапевтической практике. Нами накоплен достаточно значительный опыт применения НИЛИ в пульмонологии, кардиологии, гастроэнтерологии, при риносинуситах, неврологической патологии и их сочетаниях с болезнями органов дыхания (1500 – 2000 процедур в течение каждого года). Располагаем также значительным опытом ЛТ у больных с различными формами бронхиальной астмы (БА) с высоким конечным результатом. Многочисленные клинические наблюдения и их анализ убедили нас в правомочности назначения НИЛИ при комбинировании даже тяжелой БА с интеркуррентными болезнями и различными осложнениями. Свойства НИЛИ (когерентность, монохроматичность, строгая направленность воздействия, регулируемая мощность, частота и

другие характеристики), как показали наблюдения, способствуют активации клеточного метаболизма, оказывают выраженный противовоспалительный и анальгезирующий, а также четкий рефлекторный эффект. Таким образом, ЛТ является мощным средством восстановления гомеостаза, нарушенного в процессе болезни. Наряду с этим нашими исследованиями установлено выраженное противоаллергическое действие НИЛИ, сокращая исходную эозинофилию периферической крови на 60 % к концу лечения. Возможность варьирования методов и зональности ЛВ на организм является отличительной чертой применения лазера - надорганное, внутривенное, дистанционное, сканирующее, внутриполостное и др. Их раздельное и комбинированное применение позволяет ускорить процесс излечения и сокращает сроки стационарного лечения в среднем на 30 %. При этом наполовину возможно снизить фармакологическую нагрузку на больного. Таким образом, наряду с достаточно высокой эффективностью и благоприятной переносимостью лазерные методы лечения экономически обоснованы. Следует подчеркнуть положительную эмоциональную восприимчивость пациентами такого лечения. Возможно, еще рано говорить о ЛТ как о методе выбора в лечении больных, но по мере дальнейшего углубленного изучения ЛВ на организм можно не сомневаться в перспективности лазерных методов в клинической медицине. Эти материалы нами обобщались и представлялись на российских и международных форумах, в том числе на Конгрессе «Медицинская физика – 2005». В решениях последнего подтверждена большая перспектива применения лазеров в медицине. ЛТ получает дальнейшее развитие. Опыт применения лазерной рефлексотерапии, в частности, у 175 больных тяжелой бронхиальной астмой, хронической обструктивной болезнью легких, гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, вегетососудистой дистонией, ИБС, ринитами обосновывает более широкое применение и усовершенствование такого лазерного пособия для повышения эффективности лечения пациентов. В клинику нередко направляются после амбулаторной терапии больные с затянувшимися процессами (бронхиты, ОРВИ, пневмонии, бронхоэктатическая болезнь, гастриты, холециститы и др.). В таких случаях ускоренная терапия с должным эффектом нами проводится с адекватно подобранными параметрами фармаколазерной терапии. Во всех этих ситуациях ЛВ становится важным компонентом патогенетической терапии. На достаточно большом материале (более 200 больных) установлен также иммунокорректирующий эффект ЛВ, причем с преимущественным воздействием на клеточный компонент иммунитета. С каждым этапом дальнейшего изучения ЛВ расширяются возможности его лечебного применения. Лазер

стал сочетаться с цветотерапией, подробно разработанной в Украине, с магнитотерапией, с подводным облучением, он эффективно стал комбинироваться с вакуумным массажем и др. На клиническом материале нами доказан выраженный эффект сочетания ЛВ с ароматомассажем. У 180 больных обструктивной болезнью легких с назначением лазера и ароматомассажа достигнуто значительное улучшение в 97%. В ведущих Центрах России разрабатываются методы нехирургической коррекции при искривлениях носовой перегородки, лазерная реконструкция кровообращения при ишемической болезни сердца и др. Применение высокоэнергетического лазера в современной хирургии является особой главой эффективной малотравматичной, органосберегающей медицины. Приведенное доказывает необходимость знания практическим врачом любой специальности теории и практики ЛТ. В связи с этим нами, как правило, в программу обучения слушателей на циклах усовершенствования включаются наиболее важные разделы как по основам ЛТ, так и по ее применению при патологиях, находящихся в компетенции специалистов. Более, чем 25-летнее применение лазеров в базовой клинике, достаточное знакомство с большим массивом специальной литературы, непосредственное ознакомление с новыми методиками в России и за рубежом позволяют считать, что ЛТ - это самостоятельная наука. Она должна стать предметом постоянного изучения как на додипломном этапе подготовки врача, так и в процессе постдипломного обучения специалистов. С внедрением лазерных новаций и оснащением кафедры и клинической базы соответствующей аппаратурой (Узор, Биолаз, Луч, Руслан, Матрикс и др.) нами были проведены необходимые для пульмонологии и смежных областей исследования, внедрены наиболее эффективные методы терапевтического лазерного воздействия и на их основе разработаны новые способы ЛТ. Все эти методы стали предметом освоения при обучении слушателей циклов усовершенствования. Параллельно в программу последипломного обучения врачей были включены теоретические и прикладные вопросы лазерной медицины. Для каждого цикла применительно к специальности (пульмонологи, фтизиатры, терапевты, оториноларингологи, педиатры, хирурги и др.) нами подготовлены методические материалы. В Рабочий план обучения включаются лекции, практические и семинарские занятия, хотя общепринятыми программами они еще не предусмотрены. Все слушатели ознакомились с показаниями и противопоказаниями к применению ЛТ, для них демонстрируется аппаратура и сама методика ее применения. Одновременно слушатели участвуют в реализации мониторинга по основным клиничко-лабораторным и функциональным показателям. Врачи подготавливают рефераты и

докладывают их на семинар-конференциях, они также принимают участие в отборе больных для ЛТ и в последующем их курируют. Полученные таким образом навыки, судя по анкетным данным, делают реальным широкое внедрение лазерных терапевтических технологий в практическую деятельность врача. Разумеется, слушатели, мы это понимаем, должны знать стандарты и технику безопасности при проведении ЛТ. Значительный интерес к возможностям лазерной терапии проявляют клинические ординаторы и интерны, проходящие цикловую подготовку на руководимой нами кафедре (терапевты, педиатры, хирурги, стоматологи, оториноларингологи, акушеры-гинекологи, дерматовенерологи и др.). У молодых врачей вопросы ЛТ вызывают профессиональный интерес, что подтверждают итоги семинар-дискуссий, собеседований и зачетных занятий. Значительный клинический опыт, эффективность ЛТ и результаты профессиональной подготовки врачей по лазерным технологиям подтверждает важность признания лазерной медицины не только как научного направления, но и введения ее как самостоятельного предмета в программу обучения студентов медицинских вузов, а также в систему последипломного образования врачей.

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Бекетова В.И., Игнатьев Ю.Т., Смагин А.Ю.,
Хомутова Е.Ю.

*МУЗ «Родильный дом №1», Государственная
медицинская академия, Омск, Россия*

Частота развития бронхолегочной дисплазии (БЛД) у новорожденных по данным разных авторов колеблется в пределах 5-8 % (Tobin M.J., 1992; Briassoulis G.C., 2000).

С целью изучения лучевой картины легких при бронхолегочной дисплазии в разработку включены 665 недоношенных детей, длительное время находившихся на искусственной вентиляции легких в отделении реаниматологии родильного дома №1 г. Омска за последние десять лет. Среди них было 359 мальчиков и 306 девочек, поступивших в среднем на $3 \pm 1,1$ сутки жизни, с массой тела при рождении 1799 ± 377 грамм и гестационным возрастом $33 \pm 2,3$ недели. Из общего количества недоношенных детей 122 ребенка умерло.

Методы исследования: клиническое наблюдение, лабораторные исследования, рентгенография, УЗИ, рентгеновская мультиспиральная компьютерная томография.

На основании клинических и морфологических признаки выделены четыре стадии БЛД.

Респираторный дистресс-синдром (РДС) - 1 обратимая стадия БЛД, которая длится 4-10

дней. На рентгенограмме определяется воздушная бронхограмма, сетчатость легочного рисунка.

Среднетяжелая БЛД (2 стадия), длительностью от 11 до 20 дней. Рентгенологическая картина в этот период проявляется диффузным паренхиматозным затемнением, снижением пневматизации легких; часто встречаются мигрирующие дисковидные ателектазы, усиление и тяжесть легочного рисунка

Тяжелая БЛД (3 стадия), протекает во временной период 15-28 дней. Рентгенологически в легких определяются кистозные и эмфизематозные зоны ("сотовое легкое"), часто видны буллы от единичных до множественных.

Хроническая болезнь (4 стадия) развивается после 28 дня жизни. Рентгенологически выявляется перерастяжение и неомогенность легочной ткани с повышенной плотностью в нижних отделах, "кружевоподобный" легочной рисунок, кардиастазирующийся к периферии, обнаруживается кардиомегалия.

АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ БРЮШНОГО ТИФА

Витковская В.А.

*Астраханская государственная медицинская
Академия, Астрахань, Россия*

Одной из главных задач на современном этапе является ранняя и правильная диагностика брюшного тифа. Наблюдали 5 больных с брюшным тифом, которые лечились в июне этого года в Областной инфекционной больнице. Возраст больных был от 33 до 45 лет. Преобладали мужчины. У одного больного заболевание протекало в тяжелой форме. Остальных – средней тяжести. Температурная кривая была ремитирующей, неправильной, субфебрильной. Лишь у одного больного были выражены симптомы интоксикации, высокая лихорадка до $39,9^{\circ}$, длилась 23 дня сильная головная боль, повторная рвота, анорексия. Тифозный статус отсутствовал. Больной был активным, в контакте. Отмечалось урчание кишечника и вздутие живота, стул 2-3 раза жидкий. Стул был полуоформленным или обычным. У 4^х больных лихорадка длилась 7-9 дней, симптомы интоксикации минимальные. Кожные покровы были обычными. Сыпь отсутствовала. Не было симптома Падалки и гепатолиенального синдрома. Осложнения не возникали.

Таким образом, в современных условиях при спорадической заболеваемости диагноз брюшного тифа поставить трудно. Диагноз может быть поставлен только при высеве возбудителя из крови – гемокультура и четких эпидемиологических данных.