

в сравнении с ЭЭК: $0,45 \pm 0,04$ против $0,29 \pm 0,02$ ($p < 0,001$). Значимых различий по уровню внутриглазного давления в послеоперационном периоде не отмечено. В 1-й группе осложнений ФЭК не было, в отличие от ЭЭК, где отмечено 2 случая кератопатии. Во 2-й группе после ЭЭК зарегистрированы один случай кератопатии и одно интраоперационное экспульсивное кровотечение. В 3-й группе отмечено по 2 случая кератопатии после ФЭК и ЭЭК и одно – дислокации ИОЛ, а также – послеоперационный увеит у одного пациента. В группе

ФЭК отмечено отсутствие осложнений (экспульсивное кровотечение, эпителиально-эндотелиальная дистрофия), влияющих на зрительные функции в отдаленном послеоперационном периоде.

Заключение. Противопоказаний к хирургическому лечению катаракты у больных активным туберкулезом легких нет. Предпочтение следует отдавать ФЭК, несмотря на активный туберкулез различных органов и систем, в связи с более низким, чем при ЭЭК, числом осложнений и более высокой достигаемой остротой зрения.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОЙ САНАТОРНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПОЧЕК

ГИЛЬМУТДИНОВА Л. Т.¹, ЯГАФАРОВА Р. К.², ХАЛФИНА И. Д.³, СИРАЕВА Т. В.³

USE OF LASER THERAPY IN THE COMPLEX SANATORIUM TREATMENT IN RENAL TUBERCULOSIS PATIENTS

GILMUTDINOVA L. T.¹, YAGAFAROVA R. K.², KHALFINA I. D.³, SIRAEVA T. V.³

¹ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ РФ, НИИ восстановительной медицины и курортологии, г. Уфа

²ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет», кафедра фтизиопульмонологии с курсом ИПО, г. Уфа
³ФГБУ санаторий «Глуховская» МЗ РФ, Республика Башкортостан

¹Bashkiria State Medical University, Research Institute of Rehabilitation Medicine and Balneotherapy, Ufa, RF

²Bashkiria State Medical University, Phthisiopulmonology Department, Ufa, RF

³Glukhovskaya Sanatorium, Bashkortostan Republic, RF

В реабилитации пациентов с туберкулезом органов мочевыделительной системы существенное значение имеет санаторно-курортное лечение вследствие позитивного воздействия санаторных факторов на резервные возможности почек. Большинству физических факторов, применяемых во фтизиатрии, свойственны противовоспалительное, десенсибилизирующее, болеутоляющее, дефиброзирующее и иммунокорригирующее действия. Физиотерапия повышает эффективность химиотерапии, улучшая проникновение антибактериальных препаратов в очаг воспаления, а также активирует местные защитные тканевые реакции, нормализует оксидантный статус, улучшает микроциркуляцию, способствует улучшению переносимости химиотерапии.

Цель: оценка эффективности применения лазеротерапии в реабилитации больных туберкулезом почек на санаторном этапе.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 97 больных туберкулезом органов мочевыделительной системы, находящиеся в ФГБУ «Санаторий "Глуховская"». Средний возраст составил $50,9 \pm 5,3$ года, женщин было 67, мужчин – 30. Среди клинических форм в структуре заболевания преобладал туберкулезный папиллит почек – 64,2%,

кавернозный туберкулез почек составлял 22,7%, туберкулез почек с поражением мочевого пузыря зарегистрирован у 7,8%, с поражением мочеточников и формированием его стриктуры – у 1,8% пациентов, поликавернозный туберкулез – у 2,3%, больных после нефрэктомий – 1,2%. Доля лиц с клинически излеченным неактивным туберкулезом составила 56% (54), число больных активным туберкулезом – 43 (44%). Осложнения туберкулеза мочевых органов чаще регистрировали в виде хронической почечной недостаточности различной степени у 43 (44%) и в виде нефрогенной артериальной гипертензии – у 54 (36%) больных.

Всем больным проводили в динамике клинические, биохимические анализы крови, мочи, ЭКГ, УЗИ почек с доплерографией. Определяли уровень общего белка, креатинина и мочевины в сыворотке крови, скорость клубочковой фильтрации (КФ) по общепринятым методикам, максимальную систолическую скорость кровотока в основном стволе почечной артерии ($V_{\max}$), минимальную скорость ($V_{\min}$), индекс резистивности (R_i).

В зависимости от проводимой терапии пациенты были разделены на две группы – основная (ОГ, 50 больных) и контрольная (КГ, 47 больных). Обе группы в качестве базовой терапии получали спе-

цифической комплекс противотуберкулезной химиотерапии, диетотерапию, фитотерапию, ЛФК, кумысолечение. Больные ОГ, помимо базовой терапии, получали курс лазеротерапии (НЛОК). Использовали надвенную методику (на кубитальные вены) от аппарата «Улей-ЗКС» с двух полей контактно-стабильно, длина волны – 0,89 мкм, частота 21 кГц, мощность 30 мВт, по 2-4-6 мин на поле, ежедневно, курс 10 процедур.

Статистический анализ полученных результатов проведен с использованием программы Statistica для Windows v. 6.0. Достоверность различий показателей определяли с помощью t-критерия Стьюдента.

Результаты. Результаты показали, что у пациентов ОГ под влиянием базового комплекса и надвенозной лазеротерапии чаще отмечалась положительная динамика клинических проявлений. Снижение интенсивности болевого синдрома в ОГ зарегистрировано у 45 (90,0%) пациентов, в ГК – у 40 (85,1%) ($p < 0,01$). В целом нормализация анализов мочи была достигнута у 37 (75,4%) больных ОГ, что достоверно выше аналогичного показателя в ГК – 18 человек, или 39,3% ($p < 0,05$). Интоксикация была купирована в ОГ у 32 (64,0%) и у 25 (53,2%) больных ГК ($p < 0,05$). Также отмечается снижение уровня креатинина в крови, наиболее выраженное в ОГ – со $109,1 \pm 7,4$ до $88,2 \pm 5,1$ мкмоль/л, в ГК – со $101,3 \pm 7,1$ до $91,3 \pm 6,9$ мкмоль/л; мочевины с $8,80 \pm 0,34$ до $5,20 \pm 0,33$ ммоль/л в ОГ против $7,35 \pm 0,37$ до $6,1 \pm 0,35$ ммоль/л ГК. Скорость КФ в ОГ увеличилась наиболее значительно с $76,5 \pm 2,9$ до $97,6 \pm 2,7$ мл/мин ($p < 0,05$), в ГК – с $79,1 \pm 2,4$ до $88,9 \pm 2,9$ мл/мин ($p > 0,05$), что указывает на улучшение резервных функций почек.

В общем анализе крови ОГ на фоне лечения отмечалось уменьшение количества лейкоцитов

с $7,4 \pm 0,8 \times 10^9$ /л до $5,2 \pm 0,7 \times 10^9$ /л ($p > 0,01$), количество лимфоцитов увеличилось с $1,4 \pm 0,3 \times 10^9$ /л до $2,6 \pm 0,4 \times 10^9$ /л ($p > 0,01$). В ГК – уменьшение количества лейкоцитов с $7,9 \pm 0,7 \times 10^9$ /л до $6,2 \pm 0,9 \times 10^9$ /л ($p > 0,01$), количество лимфоцитов увеличилось с $1,9 \pm 0,3 \times 10^9$ /л до $2,6 \pm 0,3 \times 10^9$ /л ($p > 0,01$).

В биохимических показателях крови статистически достоверно отмечалось снижение белковых фракций крови: уровня γ -глобулина с $26,6 \pm 0,6$ до $19,3 \pm 0,4\%$, α -2-глобулина с $20,8 \pm 1,5$ до $11,0 \pm 1,2\%$ ($p > 0,001$). В ГК наблюдалось снижение уровня γ -глобулина с $24,6 \pm 0,3$ до $22,3 \pm 0,4\%$, α -2-глобулина – с $20,7 \pm 1,1$ до $15,0 \pm 1,4\%$ ($p < 0,001$).

При количественной характеристике внутрипочечного кровотока на уровне сегментарных артерий в ОГ пациентов получены следующие средние значения гемодинамических показателей: $V_{\max} 74,3 \pm 1,7$ см/с, $V_{\min} 14,2 \pm 1,1$ см/с. Среднее значение показателя индекса периферического сопротивления было равно $0,72 \pm 0,01$ ($p < 0,05$). В ГК – $V_{\max} 54,3 \pm 1,5$ см/с, $V_{\min} 13,9 \pm 1,1$ см/с, $Ri 0,69 \pm 0,01$ ($p < 0,05$). Количественные гемодинамические показатели внутрипочечного кровотока у больных ОГ были значимо выше, чем в ГК.

Заключение. Применение надвенозной лазеротерапии в реабилитации пациентов с туберкулезом органов мочевыводящей системы способствует регрессу клинических проявлений заболевания, приводит к улучшению показателей азотистого, белкового обмена, уменьшает выраженность лейкоцитурии, протеинурии, вязкости крови, улучшает почечный кровоток и значимо повышает эффективность проводимых реабилитационных мероприятий.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

ГИРЕЕВ Т. Г.¹, АСХАБОВА Л. М.², ГУСЕЙНОВ Г. К.²

EPIDEMIOLOGY OF TUBERCULOSIS IN DAGESTAN REPUBLIC

GIREEV T. G.¹, ASHABOVA L. M.², GUSEYNOV G. K.²

¹ФКУ «Медико-социальная экспертиза по Республике Дагестан», г. Махачкала

²ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия», г. Махачкала

¹Medical Social Expertise for Dagestan Republic, Makhachkala, RF

²Dagestan Medical Academy, Makhachkala, RF

Цель: анализ эпидемической ситуации по туберкулезу в Республике Дагестан с 1990 г. по настоящее время.

Материалы и методы. Базами наблюдения явились Центральные городские и районные больницы,

а также Республиканский противотуберкулезный диспансер (РПТД).

В исследовании использовали методы сбора первичной документации, учитывались климато-географические зоны проживания.