

на втором месте по частоте выявления — очаговый туберкулез — 5 случаев, одинаковое кол-во больных было выявлено с диссеминированным туберкулезом и первичной туберкулезомой — 3, в 2 случаях был выявлен туберкулез ВГЛУ, и по 1 случаю на кавернозный и плеврит туб. этиологии.

Среди общего числа обследуемых больных 19 человек страдали ИБС (по данным анкеты Роуза, ЭКГ) и 18 человек не имели сопутствующей патологии в виде ИБС. У мужчин ИБС встречалось в 2 раза чаще чем у женщин (13 и 6 случаев соответственно). По возрастным группам распределение представлено в табл.

Среди общего числа больных с ИБС было выявлено 2 случая, так называемого, бессимптомного течения ИБС, когда только при применении дополнительных методов обследования (ЭКГ и Биохимического исследования крови) были выявлены изменения.

В ходе наблюдений за больными был выявлен случай, когда больной, переведенный в III ГДУ с диагнозом клиническое излечение туберкулеза, придя на прием для начала сезонного курса противорецидивного лечения, был направлен на ЭКГ, в результате диагностирован Острый инфаркт миокарда и больной был госпитализирован в отделе-

	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	ВСЕГО
мужчины	-	2	4	4	1	1	1	13
женщины	-	-	-	2	1	2	1	6
ВСЕГО	-	2	4	6	2	3	2	19

ние кардиореанимации стационара общего профиля.

За больными велось наблюдение в течении 18 мес. У 26 больных в ходе лечения было достигнуто клиническое излечение туберкулеза органов дыхания. Из общего числа излеченных — 14 больных страдали ИБС. Все больные с клиническим излечением туберкулеза были переведены в III ГДУ, что позволило им обратиться для полноценной консультации и последующего лечения к кардиологам городских поликлиник к которым они были прикреплены. Оставшаяся часть больных, с сочетанием туберкулеза и ИБС по прежнему не могли получать квалифицированную кардиологическую помощь, так как их опрощен перешел в хро-

ническое течение или же выздоровление еще не было достигнуто.

Учитывая опыт многолетних клинических наблюдений, описанные в литературе (Д.Д. Асеев, Е.А. Рабухин, А.Г. Хоменко, Б.П. Яценко, З.А. Иванова, В.А. Кошечкин) показал, что два из пяти противотуберкулезных препаратов первого ряда (стрептомицин и изониазид) могут ухудшать функцию сердечно-сосудистой системы. Эти препараты повышают артериальное давление, неблагоприятно действуют на коронарное кровообращение, вызывая приступы стенокардии, суживают периферические кровеносные сосуды — в связи с чем они не рекомендуются лицам с коронарной патологией. Так, к примеру, одна из обследован-

ных больных, не страдающая, по данным анамнеза ИБС, но имеющая диссеминированную форму туберкулеза в фазе распада и бактериовыделения (рецидив), длительно, в течении 4 месяцев получала изониазид на стационарном и санаторном этапах лечения. Прием этого препарата сказался на деятельности ее сердечно-сосудистой системы, в виде резкого ухудшения ЭКГ (резкая ишемия миокарда), в связи с этим, ей пришлось прервать лечение на этапе основного курса. Больную было затруднительно отправить на консультацию к кардиологу, так как больная незадолго до этого перестала выделять МБТ, а в учреждениях противотуберкулезного профиля нет консультирующих кардиологов. В конечном итоге лечение было возобновлено, спустя лишь 4 месяца.

Таким образом, обследование и наблюдение этих больных, можно сделать следующие выводы: учитывая тенденцию к увеличению числа больных с сочетанием туберкулеза органов дыхания и ИБС, а также неблагоприятное действие стрептомицина и изониазида, при лечении туберкулеза — необходимо уделять больше времени для диагностики и профилактики ИБС врачами противотуберкулезных служб. В ситуациях когда у подобных больных заподозрена сердечная патологии — необходимо организовать консультативную кардиологическую службу на базе районных или окружных противотуберкулезных диспансеров или же на небольших территориях на уровне городских или окружных центров. Ведение и наблюдение за подобными больными не должно ложиться только на плечи участковых фтизиатров. Ранняя диагностика и компенсация сердечной патологии при-

ведет на более быстрому и качественному вылечиванию туберкулеза и уменьшению хронизации процесса.

### **МЕТОДЫ КОНТРОЛЯ ЗА ДИНАМИКОЙ ВОССТАНОВЛЕНИЯ НАРУШЕННЫХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ МОЗГОВОЙ ИНСУЛЬТ**

**А.А. Королев, Г.А. Сулова**

*Санкт-Петербургская государственная  
педиатрическая медицинская академия*

Оценка результатов реабилитации проводится по двум основным направлениям: степень выраженности клинических проявлений и степень нарушения жизнедеятельности. Уровень неврологического дефицита проще всего оценивать по балльной шкале. Однако оценка в баллах достаточно субъективна. Для объективизации двигательных нарушений у постинсультных больных наиболее адекватными являются биомеханические методики исследования. Биомеханическое обследование постинсультных больных предполагает измерение объема и темпа движений в суставах верхней конечности, мышечной силы кисти, скорости дифференцированных движений пальцев, асимметрии длины шага больной и здоровой нижней конечности, скорости ходьбы.

К настоящему времени разработаны разнообразные компьютеризированные системы, предназначенные для биомеханического исследования двигательных функций и походки. Их также можно использовать в целях контроля за эффективностью лечения; однако далеко не все реабилитационные