

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

учреждения располагают таким оборудованием. Оценка нарушенных двигательных функций проводится в процессе восстановительного лечения с интервалом в десять дней; результаты этой оценки лежат в основе коррекций назначаемых лечебных воздействий.

В качестве инструмента измерения нарушений жизнедеятельности постинсультных больных удобнее всего использовать модифицированный индекс Бартела. При наличии речевых и когнитивных расстройств целесообразнее применять опросник FIM, который хотя и более трудоемок, но содержит блок вопросов, касающихся состояния высших корковых функций. Подсчет баллов по разделам опросников производится при приеме на реабилитацию и на момент выписки больного из реабилитационного учреждения; полученные данные помогают планировать медико-социальные реабилитационные мероприятия в период пребывания больного в реабилитационном учреждении, оценивать эффективность проведенной реабилитации и давать конкретные рекомендации больному при его выписке.

Описанный этапный и последовательный подход при контроле состояния больных перенесших острое нарушение мозгового кровообращения позволяет добиться положительных результатов в комплексном восстановительном лечении.

## **ЯВЛЕНИЕ ИНТРАСЕЛЛЯРНОЙ ПОДДИАФРАГМАЛЬНОЙ НАДГИПОФИЗАРНОЙ ЛИКВОРНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ: ПРИНЦИПЫ ПРИЖИЗНЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ НА НИЗКОПОЛЬНОМ МАГНИТНО- РЕЗОНАНСНОМ ТОМОГРАФЕ**

**П.И. Лукьяненко**

*НИИ кардиологии Томского научного  
центра Сибирского отделения  
Российской Академии Медицинских наук  
Лаборатория магнитно-резонансной  
томографии*

Открытие относится к медицине, связано с особенностями крово — и лимфообращения в полости турецкого седла, нарушения которых может вызывать синдром сельлярной гипертензии. Оно обуславливается патоморфологическими изменениям в полости турецкого седла и гипофизе, причем эти изменения могут быть верифицированы с использованием низкочастотной магнитно-резонансной томографии.

Предысторией открытия послужило описанное явление интраселлярной гипертензии, встречающееся при критических состояниях, зарегистрированное также как открытие, основанное на посмертном морфологическом описании феномена интраселлярной гипертензии.

Однако существует и еще один механизм формирования интраселлярной гипертензии, ведущий к появлению синдрома пустого турецкого седла, для возникновения которого необходимо наличие поддиафрагмального и надгипофизарного положительного давления, вектор действия которого также является центробежным. Это формирование