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±1,1 сутки жизни, с массой тела при рождении 1799 ± 377 грамм и гестационным возрастом 33 ± 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 тяжистость 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 негомогенность легочной ткани с повышенной плотностью в нижних отделах, "кружевоподобный" легочной рисунок, простирающийся 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^{o}, 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^{x} 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.