

Подписной индекс 74026

Редакция мекен жайы:
050012
Алматы, Төле би көшесі, 94

Адрес редакции:
050012
Алматы, ул.Төле би, 94



Все права защищены. Ни одна часть не может быть занесена в память компьютера либо воспроизведена любым способом без предварительного письменного разрешения издателя

Требования к материалам, направляемым для публикации в журнале, размещены на сайте www.kaznmu.kz

С электронной версией журнала можно ознакомиться на сайте www.kaznmu.kz

Главный редактор

Ректор, профессор Аканов А.А.

Зам. главного редактора

Каракушикова А.С.
Тогузбаева К.К.

Выпускающий редактор

Тян М.А.

Редакционная коллегия

Шарманов Т.Ш.
Рахисhev А.Р.
Ормантаев К.С.
Мирзабеков О.М.
Дуйсекеев А.Д.
Түлебаев К.А.

Редакционный совет

Асимов М.А.
Досаев Т.М.
Зазулевская Л.Я.
Исмаилова Ю.С.
Кенесариев У.И.
Куракпаев К.К.
Нурмухамбетов А.Н.
Пичхадзе Г.М.
Тастанбеков Б.Ж.

Международный редакционный совет

Афанасьев В.В. (Россия)
Джусупов К. (Кыргызстан)
Гаспарян А.Ю. (Великобритания)
Вадим Тэн (США)
Клаудио Колозио (Италия)
Мейрманов С. (Япония)
Мейманалиев Т.С. (Кыргызстан)
Тадевосян А.Э (Армения)
Винсент О'Брайн (Великобритания)
Михаэль Андреас Карл Попп (Австрия)
Чандран Ачутан (США)
Пинхасов Альберт (Израиль)
Скотт Миллер (США)
Туминский В.Г. (ФРГ)
Михайлевский И. (Израиль)
Скальный А.В. (РОССИЯ)

International Editorial Board

Afanas'ev V.V. (Russia)
Dzhusupov K. (Kyrgyzstan)
Gasparyan A.Y. (UK)
Vadim Ten (USA)
Claudio Kolozio (Italy)
Meirmanov S. (Japan)
Meimanaliev TS (Kyrgyzstan)
Tadevosyan A.E. (Armenia)
Vincent O'Brien (UK)
Michael Andreas Karl Popp (Austria)
Chandran Achutan (USA)
Pinkhasov Albert (Israel)
Scott Miller (USA)
Tuminsky V.G. (Germany)
Mihaylevsky I. (Israel)
Skalny A. V. (Russia)

РАЗДЕЛ 1**СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ТЕРАПИИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ****1 ТАРАУ****НЕВРОЛОГИЯЛЫҚ БҰЗЫЛЫСТАРДЫ АНЫҚТАУ МЕН ЕМДЕУДІҢ ЗАМАНУИ ТӘСІЛДЕМЕЛЕРІ****CHAPTER 1****MODERN APPROACHES TO DIAGNOSIS AND THERAPY OF NEUROLOGICAL DISORDERS**

УДК 616.89 – 02.07

ПРОБЛЕМА ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У СТУДЕНТОВ ВЫСШЕГО УЧЕБНОГО МЕДИЦИНСКОГО ЗАВЕДЕНИЯ

*Г.Б. Абасова, Г.А. Диханбаева, А. Абдихадирова
Международный Казахско – Турецкий университет им. Х.А.Ясауи,
Кафедра неврологии, психиатрии и наркологии, г.Шымкент*

Изучены характер и особенности тревожно-депрессивных расстройств у студентов 1,4,6 курсов высшего учебного медицинского заведения, средняя величина которых составила 79%, разработаны научно-обоснованные практические рекомендации.

Ключевые слова: тревожно-депрессивные расстройства, студенты, рекомендации.

МЕДИЦИНАЛЫҚ ЖОҒАРҒЫ ОҚУ ОРЫНДАРЫНДАҒЫ СТУДЕНТТЕРДІҢ МАЗАСЫЗ-ДЕПРЕССИВТІК АУЫҚУ МӘСЕЛЕСІ

*Г.Б. Абасова, Г.А. Диханбаева, А. Абдихадирова
Х.А.Ясауи атындағы Халықаралық Қазақ-Түрік университет, неврология, психиатрия және наркология кафедрасы, Шымкент қ.*

1,4,6 курстар жоғарғы оқу медициналық мекеме студенттердің үрейлі – депрессивті бұзылыстардың зерттеген, орта мөлшері 79%, ғылыми – тәжірибелік ұсыныстар жасалынып құрастырылды.

Түйінді сөздер: үрейлі – депрессивті бұзылыстар, студенттер, ұсыныстар.

PROBLEM OF ANXIETY AND DEPRESSION AMONG STUDENTS OF HIGHER MEDICAL INSTITUTION

*G.B. Abasova, G.A. Dikhanbayeva, A. Abdikhadirova
International Kazakh-Turkish University n.a. H.A.Yasavi,
Department of Neurology, Psychiatry and Narcology, Shymkent*

Revealed and studied nature and particularities is alarmed- depresshin frustration beside student 1,4,6 courses of the high scholastic medical institution, which average value has formed 79 %, designed scientifically – motivated practical recommendations.

Keywords: alarmed- depresshin frustration, student, recommendations.

В современных условиях получение образования в высших учебных заведениях (ВУЗ) можно отнести к специфическому виду деятельности, связанному: с высоким уровнем психических и физических нагрузок, крайне возрастающих в сессионный период, дефицитом времени, необходимостью

усваивать в сжатые сроки большой объём информации, повышенными требованиями к решению проблемных ситуаций, жёстким контролем и регламентацией режима [1,2]. Это приводит к психической дезадаптации в молодом возрасте и сопровождается тревожными и депрессивными расстройствами у студентов

ВУЗов. Одной из частых причин суицида среди молодежи является депрессия.

Депрессия – серьезное эмоциональное расстройство, которое характеризуется устойчивым состоянием грустного и раздражительного настроения, потерей интереса и удовольствия в жизни. Депрессия часто сопровождается тревогой, а также рядом дополнительных симптомов, таких как снижение аппетита, нарушением сна, снижением уровня активности и концентрации внимания, а также плохим самочувствием [2,3].

В современном обществе особую значимость приобретает задача сохранения здоровья студенческой молодежи, которая является “зоной роста” любого общества, в то же время представляет одну из самых уязвимых групп населения в связи со стрессами, сопровождающими этот период жизни [3,4].

Психоэмоциональные нарушения в молодом возрасте, в частности, тревожно-депрессивные расстройства, оказывают непосредственное влияние на учебную и общественную жизнь студентов, а также на сферу их личной жизни и ведут к значительной социальной дезадаптации, что требует тщательного подхода медико-социальных служб к их выявлению, лечению и профилактике [4,5].

Целью нашего научного исследования явилось выявление особенностей тревожно-депрессивных расстройств у студентов 1,4,6 курсов высшего учебного медицинского заведения с разработкой научно-обоснованных практических рекомендаций.

Материалы и методы исследования. В соответствии с поставленными целью и задачами были проанкетированы 148 студентов 1,4,6 курсов учебно – клинической базы Международного Казахско – Турецкого университета МКТУ им. Х.А.Ясави и Южно – Казахстанской государственной фармацевтической академии. В исследовании были использованы следующие методики: 1. Самоопросник Депрессии Бека (Beck Depression Inventory), который позволяет прицельно оценивать не только тяжесть депрессии в целом, но и выраженность отдельных ее симптомов. 2. Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale), является инструментом для выявления и оценки тяжести депрессии и тревоги. 3. Личностная шкала проявлений тревоги Тейлора (Teilor's Manifest Anxiety Scale) предназначена для измерения уровня тревожности.

Результаты научно-исследовательской работы. Сравнительный анализ средних величин тревожно-депрессивных расстройств показал преобладание этих нарушений у студентов 1 курса (93%), по

сравнению с 4 курсом (78%) и 6 курсом (65%). Полученная в исследовании средняя величина тревожно-депрессивных расстройств у студентов медицинского ВУЗа составляет 79%. Можно предположить, что большое количество студентов в ВУЗе находятся в депрессивном состоянии или под влиянием риска депрессии, но не осознают своего состояния. Что можно объяснить очень высокими требованиями к учебному процессу у студентов высшего медицинского ВУЗа.

У студентов I курса по сравнению с IV,VI курсами выявлен высокий процент как депрессивных так и тревожных расстройств в среднем 93%, что объясняется реакцией периода адаптации на смену образа жизни, повышением умственных, эмоциональных и физических нагрузок.

Выводы. 1. На основании полученных результатов научно-исследовательской работы встает необходимость оказания психологической помощи студентам медицинских ВУЗов, а особенно студентам I-го курса. 2. Для снижения роста и негативных последствий депрессии в стране, а также в студенческой среде, на наш взгляд, следует разработать, на государственном уровне, комплекс психогигиенических и профилактических мероприятий, в которых должны принять участие, в первую очередь, ВУЗовские преподаватели, социальные психологи, клинические психологи, психиатры а также средства массовой информации.

Рекомендации. 1. Для динамического мониторингирования психоэмоционального статуса студентов ВУЗов рекомендуется периодическое анкетирование студентов по шкалам тревоги и депрессии Бека, Тейлора и Госпитальной шкале, которые являются очень информативными и малозатратными. 2. Рекомендуется организация на базе ВУЗов кабинетов «психологической разгрузки», кабинетов психолога для оказания высококвалифицированной психологической помощи студентам. 3. Рекомендуется проведение регулярных обучающих и профилактических психологических тренингов для студентов ВУЗов. 4. Рекомендуется при разработке расписания занятий для студентов I курса использование индивидуального подхода, с удлинением времени перерыва между занятиями и времени на обеденный перерыв. 5. Рекомендуется активизировать культурно-творческую работу среди студентов с активным проведением КВНов и других юмористических, эстетических мероприятий (выставка картин студентов, постановка спектаклей, концертов). 6. Рекомендуется пропаганда здорового питания среди студентов ВУЗов (придерживаться рационального, сбалансированного питания, включающего:

фрукты, овощи, зелень, «антистрессовые» продукты).

Литература:

1. Александров А.А. Принципы терапии депрессии // Вестник БПА, №12, 2007, с. 45 – 55.
2. Goldberg J. Spontaneous depression. // Am. J. Psychiatry. – 2001. Vol. 158, P. 124 – 126.
3. Костюкова Е.Г., Мосолов С.Н. Современные подходы к диагностике, лечению и профилактике депрессии. // Социальная и клиническая психиатрия, 2003, №4, с. 106 – 114.
4. Malhi G.S., Mitchell P.B., Salim depression: management options // CNS Drugs. – 2003. 17 (1): 9 – 25.
5. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицинской практике. М.: Издательство «Берег», 2000. – 160 с.

УДК 616. 832 – 009.54

К ВОПРОСУ НЕРВНО – МЫШЕЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, СВЯЗАННЫХ С НАРУШЕНИЯМИ НЕРВНО-МЫШЕЧНОЙ ПЕРЕДАЧИ

Г. Б. Абасова, Г.А. Диханбаева

Международный Казахско – Турецкий университет им. Х.А.Ясауи,
Кафедра неврологии, психиатрии и наркологии, г.Шымкент

Только при условии более глубокого знания практическими врачами нервно-мышечных заболеваний возможна ранняя диагностика и лечение данной патологии, что будет способствовать в корне изменению течения и прогноза заболевания.

Ключевые слова: нервно-мышечные заболевания, ранняя диагностика, прогноз.

ЖҮЙКЕ-БҰЛШЫҚ ЕТ АУРУЛАРЫНЫҢ ПАЙДА БОЛУ МӘСЕЛЕСІ ЖҮЙКЕ-БҰЛШЫҚ ЕТІНІҢ ҚЫЗМЕТІНІҢ БҰЗЫЛУЫНА БАЙЛАНЫСТЫ

Г.Б. Абасова, Г.А. Диханбаева

Х.А.Ясауи атындағы Халықаралық Қазақ-Түрік университет, неврология, психиатрия және наркология кафедрасы, Шымкент қ.

Тәжірибелік дәрігерлердің білімінің арқасында нервті - бұлшықетті ауруларды ерте диагностикалау және емдеу осы аурудың ағымы мен болжамын өзгертуге көмектеседі.

Түйінді сөздер: нервті - бұлшықетті аурулар, ерте диагностикалау, болжамын өзгерту.

TO THE QUESTION OF NEURO-MUSCULAR DISEASES ASSOCIATED WITH DISORDERS OF NEUROMUSCULAR TRANSMISSION

G.B. Abasova, G.A. Dikhanbayeva

International Kazakh-Turkish University n.a. H.A.Yasavi,
Department of Neurology, Psychiatry and Narcology, Shymkent

Only at condition more profound knowledge practical physician nervously-muscular diseases possible early diagnostics and treatment given to pathology that will promote in root to change the current and prediction of the disease.

Keywords: nervously-muscular diseases, early diagnostics, prediction.

Нервно-мышечные заболевания - это наиболее многочисленная группа наследственных заболеваний нервной системы. Нервно-мышечные соединения являются одним из самых уязвимых структур периферического нейромоторного аппарата. В настоящее время существует множество классификаций нервно-мышечных заболеваний. Наиболее простая и удобная предложена Б.М.Гехтом и Н.А.Ильиной.[1] Патология синаптического аппарата мышц является причиной развития тяжелого нервно-мышечного

заболевания – миастении, которое является наиболее распространенной из синаптических болезней человека. Благодаря разработке и широкому внедрению новых методов изучения нервно-мышечной передачи удалось выделить, а затем и клинически дифференцировать различные формы заболеваний, ранее относимых к миастении. Многими авторами высказывается мнение, что миастения - это не единая клиническая форма, а группа заболеваний с различным патогенезом, что позволяет

продолжить дальнейшее детальное изучение данной патологии [1,2].

Интерес к проблеме синаптических болезней обусловлен и другим обстоятельством: значительная роль в механизме их формирования принадлежит механизму нарушения иммунитета – аутоиммунным и иммуно – аллергическим расстройствам. Это делает миастению удобной моделью для изучения иммунодефицитных состояний у человека. Кроме того, изучение этого механизма миастении открывает возможность поиска новых успешных путей терапии миастенической болезни [3,4].

При исследовании больных миастенией обращает внимание многообразие симптомов, определяющих специфику заболевания в каждом отдельном случае. Однако выраженность их и частота не одинаковы. [1,2,3]

Ниже приведено описание отдельных симптомов заболевания на основании изучения 27 больных миастенией. Среди обследованных 78% составили женщины и 22 % мужчины. Миастенией заболели главным образом люди моложе 40 лет (48 %).

Наиболее частым симптомом у больных миастенией является патологическая утомляемость со значительным колебанием симптоматики в течении нескольких часов или дней. Симптоматика двигательных расстройств в первую очередь проявлялась у наблюдаемых больных в виде нарушения функции глазодвигательных мышц птозом, диплопией и ограничением подвижности глазных яблок. Они были наиболее часто встречающиеся и самые ранние симптомы у 66 % больных. Нередко поражения глазодвигательных мышц длительное время являлись единственными проявлениями миастении у наблюдаемых больных и предшествовали разрыву болезни, что отмечается и другими авторами [4,5].

Лицевые мышцы (мимические) поражались у 77 % наблюдаемых больных и проявлялись в виде гипопроизвольности, что наряду с птозом приводило к маскообразному выражению лица. В 13 % случаев у больных развился лагофтальм как правило, симметричный.

Нарушение функции жевательных мышц отмечено у 36 % обследованных пациентов. В тяжелых случаях у больных рот был постоянно открыт, нижняя челюсть отвисала, что значительно затрудняло прием пищи.

Нарушение функции мышц глотки, гортани и языка, как один из самых тяжелых грозных проявлений миастении наблюдалось у 42 % больных. Слабость мышц языка наблюдалась у 39 % больных и проявлялась в виде дизартрии и затруднения формирования пищевого комка. Мышцы

конечностей у наблюдаемых больных поражались с различной частотой: чаще (77 %) мышцы верхних конечностей, чем нижних (52 %), при этом преимущественно страдали проксимальные группы мышц. Повышенная утомляемость и слабость мышц шеи наблюдались у 38% больных, мышц туловища – у 29 %, что проявлялось в случаях с легкой и умеренной степенью нарушений, только после провоцирующих приемов. В тяжелых случаях в виде свисающей головы, « утиной» походки, симптома «лесенки», в случаях подъема из положения сидя. Представляет интерес отдельные случаи, при которых поражение мышц туловища доминировало в клинической картине заболевания, что значительно затрудняло дифференциальную диагностику.

Вопрос о нарушении трофики при миастении дискутируется в течении многих лет. Мышечные атрофии отмечались у 15 % наблюдаемых больных. Чаще они были нерезко выражены и проявлялись похуданием мышц рук, реже ног, атрофией мышц языка. Мышечный тонус был снижен у 57 % больных, у 38 % отмечалось значительное снижение тонуса мышц при отсутствии мышечных атрофий. Хочется отметить, что данные нарушения характеризовались нестойкостью, быстрым возникновением, а при улучшении состояния больных быстрым обратным развитием. Снижение сухожильных рефлексов наблюдалось примерно у 3 % больных. В клинической картине миастении у наблюдаемых больных отмечались вегетативные нарушения в 84 % случаев в виде гипергидроза, артериальной гипотонии.

Анализ основного материала показал, связь течения миастении с беременностью. Отмечалось как значительное ухудшение (32 %), так и значительное улучшение состояния вплоть до длительной стабилизации патологического процесса (51 %), так же наблюдалась зависимость состояния больных от фазы беременности.

По характеру течения миастенического процесса у преобладающего большинства обследованных больных наблюдалась прогрессирующая форма миастении, характеризующаяся неуклонным развитием в течении многих лет. Злокачественная форма заболевания отмечалась в 4 % случаев и характеризовалась острым началом, быстрым прогрессированием, развитием бульбарных и дыхательных расстройств, быстрой генерализацией миастенических нарушений. В 9 % случаев течение заболевания характеризовалось быстрым развитием клинического синдрома в течение нескольких месяцев, с последующим стационарным течением на протяжении многих лет. При стационарных формах миастении

преобладали локальные миастенические расстройства, главным образом глазодвигательные. По степени генерализации двигательных расстройств генерализованные формы миастении наблюдались в 69 %, а локальные в 27 % случаев. По тяжести двигательных расстройств выделили: легкие (36 %), средней тяжести (62 %), тяжелые (2 %).

Всем обследованным больным обязательно проводилась прозергиновая проба, которая во всех случаях подтверждала диагноз миастении. Больным так же проводилась электромиографическое исследование, которое регистрировало нормальный суммарный вызванный потенциал действия, амплитуда которого уменьшалась при ритмической стимуляции частотой 3-5 и 50 в 1 с.

В соответствии с существующими представлениями о механизмах развития миастенической болезни система лечения миастении включает: нормализацию нервно-мышечной передачи; воздействие на вилочковую железу; коррекцию аутоиммунных расстройств. Для нормализации нервно-мышечной передачи использовались антихолинэстеразные препараты: прозерин,

калимин, нейромидин. В комплексном лечении миастении использовалась тимэктомия и лучевая терапия, которые в 40 % случаев приводили к улучшению состояния больных. При легких формах течения болезни хирургическое лечение не проводилось, а так же в случаях наличия тяжелых соатмических расстройств и больным старше 55 – летнего возраста.

Больным назначались кортикостероиды; преднизолон по 100 мл через день. Длительность лечения и дозы кортикостероидов были индивидуальны до наступления клинического улучшения, что позволяло снижать дозу до поддерживающей.

В заключении хочется отметить, что относительно высокая частота нервно-мышечных заболеваний, тяжелая инвалидизация, поражение в молодом зрелом возрасте делают их весьма актуальными. Практика показывает, что ранняя диагностика этих заболеваний особенно важна, так как обеспечивает проведение ранней терапии, способной в корне изменить течение и прогноз болезни, а это возможно только при условии более глубокого знания практическими врачами данной патологии.

Литература:

1. Гехт Б.М., Ильина Н.А. Нервно-мышечные болезни. М. «Медицина», 1982,347с.
2. Гехт Б.М. синдромы патологической мышечной утомляемости.-М.:Медгиз, 1984,351с.
3. Emeryk B., Strugalska M. Evaluation of results of thymectomy in myasthenia gravis. – J. Ncurol, 2001, vol 211, p 155 – 168
4. Osserman K.E, Gerkins G. Studies in myasthenic gravis: A review of twenty years experience in over 1200 patients. – Mt. Sinai J. Med. Y. 2009. vol 38, p497 – 537.

УДК 616.89 – 008. 441. 44

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫНДАҒЫ СУИЦИД МӘСЕЛЕСІ

*Г.Б. Абасова, Г.А. Диханбаева, А.А. Каракулова, С. Сахова
Х.А.Ясауи атындағы Халықаралық Қазақ-Түрік университет,
неврология, психиатрия және наркология кафедрасы, Шымкент қ.*

Жоғарыда аталған мәліметтерге сүйене отырып, облысымыздағы суицид фактілерінің көбейгені, шын мәнінде қоғамдық және әлеуметтік проблемаға айналып отыр. Осы мәселеге сәйкес, суицидальді әрекеттің алдын алу шараларына барлық мамандар мен барлық тұрғындар қатысуы керек.

Түйінді сөздер: суицид, Оңтүстік Қазақстан облысы, қоғамдық және әлеуметтік проблема.

ПРОБЛЕМА СУИЦИДА В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

*Г.Б. Абасова, Г.А. Диханбаева, А.А. Каракулова, С. Сахова
Международный Казахско-Турецкий университет им. Х.А.Ясауи, кафедра
неврологии, психиатрии и наркологии, Шымкент.*

www.kaznmu.kz

В связи с ростом суицида в Южно-Казахстанской области данная проблема становится не только медицинской, но и социальной проблемой, для решения которой необходимо участие специалистов различного профиля и общества в целом.

Ключевые слова: суицид, Южно-казахстанская область, социальная проблема.

THE PROBLEM OF SUICIDE IN SOUTH KAZAKHSTAN REGION

G.B. Abasova, G.A. Dikhanbayeva, A.A. Karakulova, S. Sakhova

International Kazakh-Turkish University n.a. H.A.Yasavi,

Department of Neurology, Psychiatry and Narcology, Shymkent

In connection with growing suicides in South-Kazakhstan region given problem becomes not only medical, but also social problem, for decision which necessary participation specialist different profile and society in celom.

Keywords: suicide, South-Kazakhstan region, social problem.

Оңтүстік Қазақстан облысындағы суицид фактілерінің көбейгені, шын мәнінде қоғамдық және әлеуметтік проблемаға айналып отыр. Осы мәселеге сәйкес, суицидальді әрекеттің алдын алу шараларына барлық мамандар мен барлық тұрғындар қатысуы керек.

Тақырыптың маңыздылығы. Шындығында, бір ғана философиялық маңызды мәселе бар, ол – адамның өзіне-өзі қол жұмсау мәселесі”, – деп айтқандай белгілі философ Альбер Камю. Дүние жүзілік денсаулық сақтау ұйымы мен Халықаралық суицидпен күрес асоциациясының жариялаған мәліметтеріне қарағанда, дүниежүзінде әрбір 40 секунд сайын бір адам суицидальді әрекетке барса, біздің елімізде әр сағат сайын бір тұрғын өз еркімен өмірімен қош айтысуға бел буады екен. Аталған ұйымның мәлімдемесіне сүйенсек, жиі бұл әрекетке 15–44 жас аралығындағы азаматтар баратын көрінеді. Әлемде өзіне қол жұмсау фактілері соңғы 45 жылда 60%-ке көбейгенін ескерсек, бұл көрсеткіштер жыл сайын артып келеді.

Мақсаты мен міндеттері: Оңтүстік Қазақстан облысы (ОҚО) аумағындағы суицид проблемаларын қарастыра отырып; 1. Суицид ұғымы мен суицидальді синдромға түсінік беру; 2. Бұл проблеманы әлеуметтік – философиялық және психотерапиялық тұрғыдан сараптау; 3. Жасөспірімдердің өзіне-өзі қол жұмсау әрекетіне баруға әсер ететін қоғамдық факторларды анықтау. Материалдар мен зерттеу әдістері. Зерттеу барысында қолданған материалдар: Дүние жүзілік денсаулық сақтау ұйымы мен облыстық денсаулық сақтау департаменті, ішкі істер департаменті, облыстық психоневрологиялық диспансер, облыстық білім беру департаменті, статистикалық мәліметтері және интернет ресурстары.

Дүние жүзілік денсаулық сақтау ұйымы 10 қыркүйекті Дүниежүзілік суицидпен күрес күні деп жариялады. Қазақстанды BBC тәуелсіз телекомпаниясының сайтында 2008 жылы Қазақстанда 30 жағдайға жетті деп, 5–ші орынға жариялаған болатын. Бұл кестеде 1–ші орында – Қытай (100 мың адамға – 59 жағдай), 2–ші орын

Куба (41,5 жағдай), 3–ші орын Литва (39 жағдай), 4–ші орын Ресей (36 жағдай) және дамыған елдерден Жапонияда 24,1 жағдай, АҚШ–да 10,4 жағдай тіркелген екен. Қазақстанда ең депрессивті аймақтарға, яғни суицидальді әрекетке салыстырмалы түрде жиі баратын – Оңтүстік Қазақстан, Маңғыстау, Солтүстік Қазақстан және Қарағанды облыстарын жатқызуға болады.

Оңтүстік Қазақстан облысында жасөспірімдер арасындағы суицид фактілері соңғы 5 жылда күрт өскен, олар 14–17 жас аралығындағы жастар. Облысымыз халықаралық тәуелсіз ұйымдар мәлімдемесіне сәйкес балалар мен жасөспірімдер суицидінен ТМД елдері ішінде 1–ші орынға шыққан. ОҚО Денсаулық сақтау басқармасы мәліметіне сәйкес, 2010 жылы облыста кәмелетке толмағандар арасында 91 өзіне қол жұмсау әрекеті тіркеліп, барлық әрекеттер қайғылы аяқталған. Ал осы жылдың жарты жылдық қорытындысында облысымызда ОПД мәліметіне сәйкес жасөспірімдер арасында 55 суицидальді әрекет, оның ішінде аяқталғаны 31 жағдай, 24 суицид жасауға талпыну орын алған.

Оңтүстік психоневрологиялық диспансерінің мәліметі бойынша, облысымызда 2011 жылдың 9 айының көлемінде 101 суицидальді әрекет орын алып, 58 аяқталған суицид, ал 43 суицид жасауға талпыну фактілері тіркелген және аяқталмаған суицидальді әрекетке барғандардың ішінен 15 адам ОПНД–де емделіп жатыр екен.

Суицид (латынша «sui caedere») – ерікті және жоспарлы түрде жүретін, өліммен аяқталатын өзін - өзі зақымдау болып табылады. Суицидальді әрекет дегеніміз–суицидальді активтіліктің, яғни суицидальді ой, ойын білдіру, суицид жасауға талпыну және қол жұмсау деп айтуға болады.

Суицидальді әрекеттің түрлері: 1. Демонстративті с.ә. (білегіндегі қантамырды кесу, улы емес дәрілік құралдармен улану, биіктіктен құлау, т.б.). 2. Аффективті с.ә. (асылу әрекеті, токсикалық құралдармен улану, т.б.). 3. Шынайы с.ә. (асылу және улану, т.б.).

Суицидальді синдром – бұл суицидальді әрекетке бел буған адамның қимыл – әрекеті мен мінез –

құлқын көрсететін психологиялық симптомокомплекс. Суицидальды синдромның 2 түрі болады: 1. псевдосуицид (аффект жағдайында жасалады, ол кезде адам өзінің мәселелеріне көңілін аударту мақсатында жасалады); 2. шынайы суицид дегеніміз - өмірден кетуді жіті жоспарлаған мақсат, (жақын-туыстары мен дос-жарандарының және өзгелердің ой-пікірлерін ескермей, олардың қайғы-мұңымен жұмысы болмайды).

Суицид себептерін 3 топқа бөліп қарастырамыз: 1. Субъектінің тұлғалық деформациясы; 2. Психотравмалық жағдай; 3. Әлеуметтік-экономикалық, қоғамдық мәселелер, т.б. Жасөспірімдер арасындағы өзіне қол жұмсау әрекеттерінің жиі себептері: 1. Отбасындағы ұрыс-керіс; 2. Жастар арасындағы тұлғааралық қарым-қатынастың бұзылуы; 3. Жазалану алдындағы қорқыныш; 4. Махаббат проблемалары; 5. Кедейлік. Суицидке кімдер бейім? 1. Өмірінде аяқталмаған суицидальді әрекетке барғандар; 2. Суицидальді ойлы, ашық қорқытулар жасағандар; 3. Өзін зақымдауға бейімділік (аутоагрессия); 4. Аффективті бұзылыстар (ауыр депрессия, невроз); 5. Отбасындағы суицидальді әрекеттің орын алуы; 6. Созылмалы алкоголизм, наркомания, токсикомания; 7. Созылмалы жазылмайтын, қатерлі дертпен науқастану; 8. Бір жыл көлеміндегі психотравманың болуы; 9. Отбасындағы, әлеуметтік, қоғамдық, тұрмыстық мәселелер; 10. Психикалық бұзылыстар.

Суициденттерді әдетте, амбивалентті сезімдер басқарады, яғни оларда бір мезгілде шарасыздық пен үміт және өмірден кетуге құштарлық пен жарық дүниеге деген қимастық сезімдері болады. Мамандардың міндеті осы кезеңде суициденттерге кәсіби тұрғыда көмек көрсетіп, оларға үміт беру, суицидальді әрекеттің алдын алу болып табылады.

ҚР заңына сәйкес, өзіне қол жұмсап, бірақ өліммен аяқталмаған науқастар «Психиатриялық көмек және оның кепілденген көлемін азаматтардың алуы туралы» заңында көрсетілгендей психиатриялық

стационарға жедел түрде жатқызылып, қалпына келтіру және өмірге бейімдеу шаралары жүргізіледі. Суицидтің диагностикасы және зерттеу әдістері: 1. Отбасылық анамнез бен диагностикалық сұхбат; 2. Личконың «ПДО» тесті (тұлғалық дисфункцияны анықтау); 3. Розенцвейгтің фрустрациялық толеранттылық тесті; 4. «Басстың тұлғалық бағыттылығын анықтау» тесті; 5. Тэммл – Дорки – Аменнің үрейді анықтау тесті. Суицидті алдын-алу шаралары: 1. Ерте анықтау (идентификация) және психикалық бұзылыстарды емдеу; 2. Сенім телефондары мен психологиялық көмек көрсету орталығы, басқа да мемлекеттік мекемелердегі психолог мамандардың жұмысы (барлық мектептер мен оқу орындарындағы).

БАҚ Саламатты өмір сүру салтын насхаттап қалыптастыру, санитарлы – ағарту жұмыстары. Суицид алды және оған талпыну әрекетінен кейінгі кезеңде науқастарға көмек көрсету. 1. Психокоррекция (стресске төтеп беруді үйрету, арнайы тренингтер, жеке және топтық сабақтар); 2. Потенциальді суицидентке көмек көрсету: интервенция (субъектпен жеке қарым-қатынас нәтижесінде эмоциональді көмек көрсету).

Көмек кезінде не істеу керек? 1. Суицид қауіпін уақытылы анықтау (мүмкін болатын қауіп белгілерін іздеу); 2. Суицидентке тұлға ретінде қарау; 3. Қамқорлық қарым – қатынас орнату; 4. Жақсы тыңдаушы бола білу; 5. Әңгіме барысында суицидентке қарсы келмеу; 6. Сұхбат барысында сәтсіз жұбатуларға жол бермеу және мүмкіндігінше өмірге үміт ұялату; 7. Өзіне - өзі қол жұмсау қауіп деңгейін анықтау; 8. Жоғары қауіп тобындағы адамды жалғыз қалдырмау; 9. Арнайы мамандарға хабар беру.

Қорытынды: 1. Жоғарыда аталған мәліметтерге сүйене отырып, облысымыздағы суицид фактілерінің көбейгені, шын мәнінде қоғамдық және әлеуметтік проблемаға айналып отыр. 2. Осы мәселеге сәйкес, суицидальді әрекеттің алдын алу шараларына барлық мамандар мен барлық тұрғындар қатысуы керек.

К ВОПРОСУ О ВЛИЯНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СВИНЦОВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ НА ИНТЕЛЛЕКТ У ДЕТЕЙ

И.О. Байдаулет, Г.Н. Досыбаева, А.И. Байдаулетова

Клиника МКТУ им. Х.А. Ясави,

Южно-Казахстанский филиал НЦГТ и ПЗ, Шымкент,

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей, Алматы

Оценка риска, создаваемого промышленными эмиссиями свинца для здоровья населения, проживающего в районах размещения предприятий промышленности, служит основой для разработки эффективных мер

управления этими рисками. Показано, что существует значительный риск накопления свинца в организме (в том числе, с превышением так называемого «уровня озабоченности» – 10 мкг/дл) детей, проживающих в городе Шымкент, и связанных с этим психологических нарушений.

Ключевые слова: свинец, «уровень озабоченности», Шымкент.

СОЗЫЛМАЛЫ ҚОРҒАСЫННЫҢ ИНТОКСИКАЦИЯСЫНЫҢ БАЛАЛАР ПАРАСАТЫНА ЫҚПАЛЫ ТУРАЛЫ СҰРАҚҚА КЕЛУІ

И.О. Байдаулет, Г.Н. Досыбаева, А.И. Байдаулетова

Қ.А.Ясауи атындағы ХҚТУ,

ЕГ және КҰАО-ның ОҚФ, Шымкент,

Алматы мемлекеттік дәрігерлер білім жетілдіру институті, Алматы

Өнеркәсіптік кәсіпорнының аумағында тұратын халық денсаулығына, қорғасынның әсерінің тәуекел екендігі белгілі. Шымкент қаласында тұратын балалардың ағзасында қорғасынның аса жинақталуының тәуекелі туралы және олардың психикалық ауытқуларының байласыны, мақалада көрсетілген (соның қатарында асыру «ұйымшылдықтың деңгейі»-10 мкг/дл).

Түйінді сөздер: «ұйымшылдықтың деңгейі», Шымкент.

OF THE IMPACT OF CHONIC LEAD INTOXICATION ON INTELLIGENCE IN CHILDREN

I.O. Bajdaulet, G.N. Dosybaeva, A.I. Bajdauletova

International Kazakh-Turkish University Ja Yasavi, South-Kazakhstan Branch of the National Center of labour hygiene and occupational diseases, Shymkent,

Almaty State Institute for advanced training of physicians, Almaty

Abstract State Institute for advanced training of physicians, Almaty is aware that there is a risk that industrial emissions of lead to the health of people living in areas where industrial enterprises. This article shows that there is a significant risk of accumulation of lead in the body (including abuse of so-called "level of concern" – 10 µg/DL) children living in Shymkent, and related psychological disorders.

Keywords: lead, "level of concern", Shymkent.

Оценка риска, создаваемого промышленными эмиссиями свинца для здоровья населения, проживающего в районах размещения предприятий промышленности, служит основой для разработки эффективных мер управления этими рисками. Показано, что существует значительный риск накопления свинца в организме (в том числе, с превышением так называемого «уровня озабоченности» – 10 мкг/дл) детей, проживающих в городе Шымкент, и связанных с этим психологических нарушений. Возле Шымкентского свинцового завода отсутствует санитарно-защитная зона и жилые массивы, детские школьные и дошкольные учреждения примыкают непосредственно к промышленной территории. Дети, в первую очередь, дошкольного возраста, наиболее восприимчивы к вредному воздействию свинца, поскольку их нервная система находится в стадии формирования. В большинстве случаев свинцовое отравление остается нераспознанным, так как при низких дозах интоксикации явные симптомы проявляются только у небольшого процента пострадавших. Тем не менее, по данным ВОЗ, ребенок, для организма которого характерны усиленные обменные процессы, поглощает свинца в пять раз больше, чем взрослый.

За последние десятилетия свинец (Рв) стал наиболее распространенным токсикантом из группы тяжелых металлов, причем особо подвержено его неблагоприятному воздействию детское население, что позволяет считать загрязнение Рв окружающей среды одной из важнейших проблем медицины [4].

Свинец и его соединения являются политропными ядами (т.е. действуют на разные органы и системы организма) и вызывают в основном изменения нервной и сердечно-сосудистой систем, а также нарушения ферментативных реакций, витаминного обмена, снижают иммунобиологическую активность человека [1]. По степени воздействия на живые организмы свинец отнесен к классу высокоопасных веществ наряду с мышьяком, кадмием, ртутью, селеном, цинком, фтором и бенз(а)пиреном. Опасность свинца для человека определяется его значительной токсичностью и способностью накапливаться в организме. Различные соединения свинца обладают разной токсичностью: малотоксичен стеарат свинца; токсичны соли неорганических кислот (хлорид свинца, сульфат свинца и др.); высокотоксичны алкилированные соединения, в частности, тетраэтилсвинец [2].

Другим возможным источником внепищевых перорального поступления свинца в организм детей являются загрязненные руки. Причиной

загрязнения рук ребенка свинцом (с последующим переносом в рот) может оказаться помимо содержащей свинец почвы также оседание его из воздуха на внутренней поверхности ограждений и инвентаре детских учреждений [3,5,6].

В генезе неврологических нарушений Рв действует как химический стрессор и вызывает нарушения гомеостаза клеточных мембран. Свинец влияет как на анатомическом (префронтальные отделы коры головного мозга, гиппокамп, мозжечок), так и на нейротрансмиссивном уровне. При длительном воздействии Рв увеличивается количество нейросекреторных гранул в терминалах аксонов в нейрогипофизе, отмечены терминалы с атипичным гетерогенным содержимым и набухшими митохондриями. Следствием структурных изменений в ЦНС при воздействии Рв, видимо, являются и психоневрологические нарушения, вплоть до развития психозов [4].

У большинства детей, подвергшихся химическому воздействию свинца и его соединений, имеют место субклинические эффекты, т.е. эффекты, еще не проявившиеся как болезнь, но уже сказывающиеся на функциях организма. Результаты исследований показывают, что отравления даже малыми дозами свинца приводят к нарушениям у детей координации движений (в том числе координации рука-глаз), слуха, сна, к замедлению физического развития (Perlstein, Attala, Bellinger et al, NRC). Вызванные свинцом и его токсичными соединениями заболевания негативно влияют на развитие общества в целом, так как снижается число высокоодаренных людей и увеличивается количество людей со сниженными интеллектуальными способностями (Lead and Health) [7].

Выявлено, что повышение содержания свинца в крови детей дошкольного возраста на 1 мкг/дл ведет к снижению коэффициента интеллектуального развития ребенка на 0,25-0,5 балла. Кроме того, последствия свинцового отравления могут проявляться много лет спустя. Длительные исследования подтвердили прямую причинно-следственную связь между возникновением ранних стадий свинцового отравления у детей, проявляющихся в нарушениях деятельности центральной нервной системы, и содержанием свинца в пыли, поступающей в организм ребенка орально через загрязненные руки. Для возникновения у детей негативных эффектов достаточно попадания в пыль мельчайших частиц красок, элементов загрязненной почвы и т.д.

В связи с вышеизложенным целью работы явилось определить у детей дошкольного (6-7 лет) и

школьного (подростков 14-16 лет) уровень накопления свинца в крови

Материалы и методы

Было сгруппировано 2 группы: первая группа - дети, посещавшие детсад в возрасте 6-7 лет в количестве 50 человек; вторая группа подростки 14-16 лет-52 человека. При взятии крови у обследуемых лиц были соблюдены все этические правила и было получено письменное согласие родителей. Исследование крови проводили на атомно-абсорбционном спектрометре МГА – 915 (Россия) с электротермической атомизацией.

Результаты исследования

С 2011 года в Республике Казахстан при поддержке Министерства науки и высшего образования Республики Казахстан совместно с Национальным центром гигиены труда и профессиональных заболеваний МЗ РК (заведующая лабораторией экологической биохимии и биофизики д.м.н. профессор Намазбаева З.И.) проводятся работы по оценке влияния свинцового загрязнения на здоровье детей дошкольного возраста.

Анализ результатов исследования показал, что у детей среднее содержание свинца в крови 10 мкг/дл, у 53 % идет значительное превышение свинца до $13,0 \pm 0,5$ мкг/дл. У подростков г. Шымкент содержание свинца в крови из 48 человек обследуемых у 18 человек превышает допустимый уровень, т.е. выше 10 мкг/дл.

Проведенный анализ крови на носительство свинца показал, что у детей среднее содержание свинца было в пределах $10,9 \pm 0,5$ мкг/дл. Вместе с тем, у 53% обследуемых детей содержание свинца в крови было на уровне $13,0 \pm 0,44$ мкг/дл, что на 8% выше нормативных значений. У подростков среднее содержание свинца в крови было в пределах $8,48 \pm 2,1$ мкг/дл, у 40% подростков было на уровне $12,3 \pm 2,2$ мкг/дл. Основным показателем воздействия свинца на здоровье детей является уровень его содержания в крови, причем происходит постоянный пересмотр рекомендуемого нормативного содержания свинца в крови. Результаты ряда крупных международных и национальных проектов подтвердили, что при увеличении концентрации свинца в крови ребенка с 10 до 20 мкг/дл происходит снижение коэффициента умственного развития (IQ).

Согласно длительным эпидемиологическим исследованиям в США было установлено, что превышение свинца в крови на 1 мкг/дл ведет к снижению интеллектуального развития. Высокие концентрации свинца в крови вызывают согласно литературным данным ускоренный процесс мутагенеза в системе генофонда населения, патологические изменения которых практически не

фильтруется отбором и поэтому способны неограниченно накапливаться в популяциях, проявляясь в повышении частоты как видимых аномалий развития, так и множества банальных заболеваний, приводя к значительному снижению неспецифической устойчивости, жизнеспособности

Литература:

1. А.А. Корчевский, Н.А. Яковлева, В.И. Мартынова, А.М. Избакиев, П.Б. Идаятов Оценка загрязнения окружающей среды Республики Казахстан свинцом, разработка подходов к снижению экологических рисков// Материалы VI Международная научно-практическая конференция «Тяжелые металлы и радионуклиды в окружающей среде», Семей Казахстан 2010; т. 2, с 230-233
2. Г.М. Балан, И.В. Юрченко, Л.В. Игнатенко, Г.Н. Проданчук, Л.Н. Гиль, В.И. Стахович, Н.Н. Голованова К клинике и лечению неврологических нарушений при хронической свинцовой интоксикации// СУЧАСНИ Проблеми токсикології №4, 2003
3. Зайцева Н.В., Тырыкина Т.И., Землянова М.А., Уланова Т.С. Влияние на здоровье населения выбросов свинца автотранспортом // Гигиена и санитария. -1999.-№3.-С.3-4.
4. Скальный А.В., Есенин А.В. Мониторинг и оценка риска воздействия свинца на человека и окружающую среду с использованием биосубстратов человека // Токсикол. вестник-1996.-№6.-С.16-23.
5. Скальный А.В. Свинец - основной загрязнитель - металл у детей в Российской Федерации. // Сб. докл. Международ. совещания "Влияние свинца и других тяжелых металлов на здоровье детей"., 19—21 сент. 1995, Москва. М., 1995.-С.65-68.
6. Тулебаев Р., Слажнева Т., Кенесариев У., Белоног А., Корчевский А. Оценка гигиенических рисков в промышленных регионах Республики Казахстан.- Алматы: Искандер, 2004.-374с.
7. Drexler, J.W., Weis, C.P., W. Brattin, 2003. Lead Bioavailability: A Validated in vitro method. Fund. Appl. Toxicol.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИНСУЛЬТА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

*Бокебаев Т.Т., Чункаева Д.Д., Мадирова С.Е., Есжанова Л.Е., Филонова И.А., Ахметжанов В.К.
АО «Медицинский Университет Астана», Астана*

Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) следует рассматривать как клинический синдром макроангиопатии, который развивается при длительности нарушений углеводного обмена более 5-7 лет. По образному выражению А.С. Ефимова, «...начинается диабет, как болезнь обмена, а заканчивается, как сосудистая патология». При этом риск развития мозгового инсульта при сахарном диабете в 4-7 раз выше по сравнению с пациентами без диабета. В настоящее время гипергликемия является маркером тяжелого инсульта. При сахарном диабете чаще развиваются ишемические инсульты, которые имеют ряд особенностей. Исследования показали, что неадекватное лечение сахарного диабета (СД), особенно, в остром периоде инсульта, приводит к увеличению площади очага ишемии и существенно повышает риск повторения сосудистой мозговой катастрофы.

Ключевые слова: ишемический инсульт, сахарный диабет, лечение.

ҚАНТ ДИАБЕТІ КЕЗІНДЕГІ ИНСУЛТТІҢ КЛИНИКАЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

*Бокебаев Т.Т., Чункаева Д.Д., Мадирова С.Е., Есжанова Л.Е., Филонова И.А., Ахметжанов В.К.
«Астана Медициналық Университеті» АҚ, Астана*

Қант диабетімен бірге жүретін ишемиялық инсульті бар 32 науқас зерттелді. Инсульттің клиникалық ағымының ерекшеліктері анықталды. Олар қант диабеті жағдайындағы полиоргандық зақымданумен және диагностикалауды қиындыққа алып келетін метаболикалық бұзылыстар мен полинейропатиялық зақымданулармен көрінеді. Қант диабеті кезіндегі ишемиялық инсультті емдеу барысында осмодиуретиктерді пайдалануды шектеу керек, оның орнына дезагреганттық терапия, гемодилюция және аппараттық транскраниалды гипотермия тағайындаған жөн.

Түйінді сөздер: ишемиялық инсульт, қант диабеті, емдеу.

CLINICAL FEATURES OF STROKE IN PATIENTS WITH DIABETES

Bokebayev T.T., Chunkayeva D.D., Madirova S.E., Esjanova L.E., Filonova I.A., Ahmetzhanov V.K.

«Astana Medical University», Astana

There were observed 32 patients with ischemic stroke with diabetes mellitus. There were established peculiarities of stroke current. They are determined by multiorganic damage at diabetes mellitus, presence of metabolic disorders and polyneuropathic injuries, which are make differential diagnosis difficult. At the treatment of ischemic stroke at diabetes mellitus it is necessary limitation in using of osmодиuretics, preference is given for antiaggregant treatment, hemodilution and instrumental transcranialhypothermy.

Keywords: ischemic stroke, diabetes mellitus, treatment.

Цель исследования. Рассмотреть особенности клиники инсульта у больных с СД.

Материал и методы. Нами обследовано 32 больных с диагнозом острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу у больных с сахарным диабетом. Средняя длительность заболевания СД составляла $15 \pm 2,6$ лет. Преобладали женщины (24 человек). Объем обследования состоял из лабораторно-клинического исследования, МРТ головного мозга, триплексного и дуплексного сканирования сосудов головы и шеи. В комплексное лечение ишемического инсульта входила фармакотерапия, направленная на восстановление перфузии мозговой ткани и нейропротекцию.

Результаты и обсуждение. Исследования показали, что у 28 пациентов ишемический инсульт развился в период активного бодрствования, в светлый промежуток дня. У 13 больных дебюту болезни предшествовала стрессовая психо-эмоциональная нагрузка. Согласно патогенетической классификации ишемический инсульт носил гемодинамический (22 больных), лакунарный (10 больных) характер. Что касается гемодинамического подтипа ишемического инсульта, то возраст этих больных составлял в среднем 64,9 лет. Заболевание начиналось, как правило, в первой половине дня, чаще в утренние часы, после приема обильной пищи, гипотензивных препаратов, с четким обозначением очаговой неврологической симптоматики. При доплерографическом исследовании выявлялись выраженные изменения интракраниальных артерий. Следует отметить, что у больных с гемодинамическим подтипом ИИ преобладали различной степени структурно-морфологические нарушения в позвоночной артерии (стеноз, патологическая извитость, прямолинейный ход сосудов), что нашло отражение в доминировании симптомов вертебробазилярной недостаточности. Летальный исход наблюдался в 4-х случаях у больных с обширным ишемическим очагом в стволе, отеком мозга с бульбарным симптомокомплексом. Средний возраст наблюдавшихся 10-ти больных с

лакунарным подтипом ИИ составлял 54,6 лет. Дебюту заболевания предшествовала артериальная гипертензия чаще с подъемом диастолического давления, преимущественно во второй половине дня после умственного либо физического утомления. В неврологической картине прослеживалось явное преобладание очаговой симптоматики (6 больных с чисто двигательным инсультом, 3 – с чисто чувствительным инсультом и 1 случай лицевого центрального прозопареза).

Следует отметить определенные трудности при ведении больных с инсультом при СД. Это определяется прежде всего сложностями дифференциального диагноза с диабетическими метаболическими и другими расстройствами (нередко имеет место расстройства сознания, явления декомпенсации углеводного обмена, застойные пневмонии, цереброкардиальная симптоматика); необходимостью постоянного контроля уровня гликемии и гликированного гемоглобина, так как гипергликемия в остром периоде ОНМК играет определяющую роль в выборе лечебной тактики ведения пациента (гипергликемия способствует увеличению площади очага некроза). Трудности при ведении больных с инсультом при СД определяются также и полиорганностью поражения и это обстоятельство крайне необходимо учитывать при определении объема комплексного лечения. Ишемический инсульт имел тенденцию к формированию обширных очагов поражения, а неврологическая симптоматика регрессировала медленно.

Особенности клинического течения ишемического инсульта при СД определяли и особенности лечения инсульта. Так для уменьшения отека головного мозга, по нашим данным, предпочтительнее было назначение глицерола и ограничение применения осмодиуретиков. Для восстановления перфузии мозговой ткани делался акцент на дезагрегантную терапию и гемодилюцию. С целью блокирования звеньев ишемического каскада при мозговой ишемии считаем целесообразным в инициальной стадии использовать аппаратную краниocereбральную гипотермию.

Выводы.

1. При сахарном диабете чаще развивается гемодинамический и лакунарный подтипы ишемического инсульта.

2. Имеет место медленное (так называемое псевдотуморозное) течение. Предшествующие

инсульту симптомы преходящих нарушений мозгового кровообращения зачастую маскируются симптомами сенсо-моторной полинейропатии.

3. Показано применение в острейшей стадии инсульта при сахарном диабете аппаратная краниocereбральная гипотермия.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ПРОФИЛАКТИКА ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Галым А.Г., Достоева Б.С., Бердыкенова А.Ж., Усембаева Р.Б., Бестонова Л.Т.
Республиканская детская клиническая больница «Аксай», г. Алматы

В статье приведен анализ частоты, роста детей с ДЦП. Показаны особенности социального статуса семьи детей инвалидов, клинических форм заболевания, показатели эффективности реабилитации.

Ключевые слова: детский церебральный паралич; эффективность реабилитации.

БАЛАЛАРДАҒЫ БАС МИЛЫҚ САЛДАНУ АУРУЫНЫҢ АЛДЫН-АЛУ ЖӘНЕ АУРУДЫҢ САРАПТАМАСЫ

Галым А.Г., Достоева Б.С., Бердыкенова А.Ж., Усембаева Р.Б., Бестонова Л.Т.

Республикалық балалар клиникалық ауруханасы «Аксай», Алматы қ.

Мақалада ББМЗ жиіленуі, өсуі сараланды. Мүгедек балалардың әлуметтік жағдайы, аурудың клиникалық түрлері, оңалтудың көрсеткіштері ерекше көрсетілген.

Түйін сөздер: балалардың церебралдық салданулар; оңалтудың көрсеткіштері

ANALYSIS OF THE INCIDENCE AND PREVENTION OF CEREBRAL PALSY

Galym A.G., Dostaeva B.S., Berdykenova A., Usembaeva R.B., L.T. Bestonova

Republican Children's Clinical Hospital "Aksay", Almaty

The paper analyzes the frequency, the growth of children with cerebral palsy. The features of the social status of families of children with disabilities, the clinical forms of the disease, performance habilitation.

Key words: cerebral palsy; performance habilitation.

Одной из актуальных задач системы здравоохранения является медицинская и социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями. В течение последних лет отмечается четкая тенденция роста детской инвалидности в нашей стране, и необходимо больше уделять внимание этиологии и диагностики инвалидизирующих заболеваний, проблемам детей-инвалидов. Примерно пятую часть всей детской инвалидности формируют болезни нервной системы, в структуре которых более 50% приходится на детский церебральный паралич (ДЦП) - одну из наиболее актуальных проблем детской неврологии. По мнению экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в среднем 10% всего населения земного шара составляют инвалиды, из которых 150 миллионов дети. По данным Национального генетического Регистра Республики Казахстан ежегодно в Казахстане рождается от 2000 до 3500 детей с врожденной и наследственной патологией, что составляет 20,0-24,3 на 1000 новорожденных. По

данным Министерства здравоохранения Республики Казахстан (МЗ РК) частота перинатальных поражений центральной нервной системы (ППЦНС) составляет 7,5-22,4% в структуре заболеваемости детей этой возрастной категории. Это положение определяется как социальное явление, имеющее тенденцию к росту, поскольку к 2015 году ожидается увеличение ППЦНС на 11%. В структуре детской инвалидности лидирующее положение (от 30% до 70%) занимает детский церебральный паралич (ДЦП) - заболевание, приводящее к ранней инвалидизации. В Казахстане, по данным статистики, на учете состоит более 44 тысяч детей-инвалидов, из них свыше 10 тысяч детей с диагнозом детский церебральный паралич. Данные по частоте ДЦП колеблются в широком диапазоне, в среднем составляет 2,0-5,9 на 1000 родившихся и во многом определяется уровнем развития общества. При этом одни авторы отмечают тенденцию к снижению данной патологии за счет улучшения акушерской помощи, лечебных мероприятий и профилактики осложнений, а другие считают, что на протяжении

ряда лет частота ДЦП остается стабильной, что, вероятно, связано с поражением нервной системы преимущественно в пренатальном периоде.

ДЦП является одним из самых тяжелых заболеваний у детей и требует постоянных реабилитационных методов коррекции движения, психолого-педагогической и социальной помощи. Постоянные реабилитационные мероприятия являются колоссальным бременем для семьи больного ребенка и государства в целом.

За последние годы качество медицинского обслуживания больных с ДЦП значительно

улучшилось, особенно в части методик реабилитации. В нашей республике работают такие современные высокоспециализированные реабилитационные центры: Республиканский детский реабилитационный центр г. Астана, «Балбулак». На уровне специализированной неврологической помощи больным церебральными параличами оказывает услуги республиканская детская клиническая больница «Аксай». Количество обследованных детей с социально-значимыми заболеваниями отражено в таблице.

Таблица - Количество пролеченных детей в условиях РДКБ «Аксай» за последние 5 лет

Наименование нозологии	МКБ 10	2007	2008	2009	2010	2011
ДЦП	G 80-83	677	719	691	867	935
Умственная отсталость	F 70-79	56	52	65	40	18

Поражение головного мозга при церебральных параличах сопровождается различными нарушениями функций ЦНС. При ДЦП, наряду с характерными двигательными нарушениями, отмечаются нарушения развития высших мозговых функций, патология органов чувств, симптоматическая эпилепсия. Подобный симптомокомплекс ведет к затруднению проведения комплексной реабилитации и социальной адаптации данного контингента больных в общество.

Научно обоснованы и внедрены: модель восстановительной медицины и реабилитации, стандарт и алгоритм обследования и лечения детей-инвалидов с ДЦП. Установлено, что наиболее эффективно поддаются коррекции речевые нарушения (33,1%), нарушения психологического состояния (28,2%) и двигательные (15%). Коррекция психических нарушений имеет самый низкий коэффициент эффективности (9,9%). Эффективность реабилитации по показателю снижения степени тяжести инвалидности наиболее выражена у детей с ДЦП в форме спастического гемипареза и спастической диплегии.

Семьи, имеющих ребенка-инвалида с ДЦП претерпевают социальные проблемы: 36,1% семей являются неполными с низким качеством жизни, треть семей проживает в квартирах без коммунальных удобств. Квартиры, как и детские образовательные учреждения, посещаемые детьми-инвалидами, не оборудованы специальными приспособлениями. 28% матерей детей-инвалидов с низким образовательным уровнем, только 18% матерей имеют высшее

профессиональное образование. Семьи с детьми-инвалидами отличаются низким уровнем материального обеспечения (64,9%) неблагоприятным психологическим климатом и повышенной конфликтностью (58,4%), распространенностью вредных привычек (курящих отцов 61,8%, матерей — 39,2%, родителей употребляющих алкогольные напитки — 65,3%). Главным фактором успешной борьбы с заболеванием остается его своевременное выявление и профилактика. Рост числа больных связан в первую очередь с различной патологией, возникающей во время беременности, в частности гипоксия-ишемия мозга и внутриутробные инфекции. Риск развития ДЦП возрастает при патологии родового периода, обусловленной преждевременными родами, родовым травматизмом. Для снижения роста социально-значимых заболеваний необходимо улучшить здоровье женщин детородного возраста, повысить их моральную ответственность за будущего ребенка, вести активное наблюдение в течение периода беременности, родов, своевременно выявлять отклонения в здоровье новорожденного и оказывать необходимую медицинскую помощь. Участковым педиатрам рекомендуется тактика активного выявления и своевременного лечения соматических заболеваний у детей-инвалидов с ДЦП. Для повышения эффективности реабилитации детей-инвалидов с ДЦП необходимо использовать дифференцированный подход к назначению комплексной медико-социальной и психолого-педагогической реабилитации с учётом возраста, формы болезни и показателя реабилитационного потенциала индивидуума.

Таким образом, из выше указанного материала отмечается рост детей страдающих ДЦП, требующих улучшения состояния, лечебных и реабилитационных мероприятий, улучшения

бытовых условий, диспансерного наблюдения, своевременного выявления детей с этим заболеванием.

Литература:

1. Детский церебральный паралич: Хрестоматия /Л.М. Шипицина, И.И. Момайчук М.: Инст. Общ. Гум. Исслед., 2003. - 519 с.
2. Детские церебральные параличи /Л.О. Бадалян, Л.Т. Журба, О.В. Тимонина. — Киев: Здоровье, 1988.- 328с.
3. Булекбаева Ш.А. Разработка и оценка эффективности реабилитационных мероприятий при различных формах детского церебрального паралича

КОГНИТИВНЫЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭПИЛЕПСИИ

Г.А. Дуцанова, Н.А. Жаркинбекова, Э.Т. Зулфикарова

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент

Когнитивный дефицит при эпилепсии характеризуется нарушением мнестической деятельности, внимания и мышления. Выраженность когнитивного дефицита у больных эпилепсией в большинстве своем зависит от частоты и характера припадков. Рациональная антиэпилептическая терапия дает возможность добиться значительных результатов.

Ключевые слова: Когнитивный дефицит, эпилепсия, мнестическая деятельность.

ЭПИЛЕПСИЯНЫҢ КОГНИТИВТІ, ӘЛЕУМЕТТІК ЖӘНЕ ТЕРАПИЯЛЫҚ ТҰРҒЫЛАРЫ

Дуцанова Г.А., Жаркинбекова Н.А., Зулфикарова Э.Т.

Оңтүстік Қазақстан Мемлекеттік Фармацевтикалық академиясы, Шымкент қаласы

Эпилепсия кезіндегі когнитивті жетіспеушілік мнестикалық жұмыс, көңіл бөлу және ойлау бұзылыстарымен сипатталады. Эпилепсиясы бар науқастарда айқын жүретін когнитивті жетіспеушілік көбіне талманың жиілігі мен сипатына байланысты. Эпилепсияға қарсы емді қолдану арқылы үлкен жетістіктерге жетуге мүмкіндік туады.

Түйінді сөздер: когнитивті жетіспеушілік, эпилепсия, мнестикалық жұмыс.

COGNITIVE, SOCIAL AND THERAPEUTIC ASPECTS OF EPILEPSY

Duschanova G.A., Zharkinbekova N.A., Zulfikarova E.T.

South-Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Shymkent

Pathology of higher mental functions in epilepsy is characterized mainly cognitive deficits dominated violations mnesic activity, attention and thinking, often accompanied by mood disorders. The article describes the basic principles of medical correction of this nosology.

Keywords: cognitive deficit, epilepsy, mnesic activity.

В последние годы количество больных эпилепсией растет и охватывает все возрасты. Значимость проблемы определяется хронически-прогредиентным течением заболевания, приводящим к психо-эмоциональным и интеллектуально-мнестическим изменениям, которые существенно нарушают социальную адаптацию заболевших. Болезнь сопровождается, по данным Кохрейновского обзора за 2008г. [1,2], значительным нарушением когнитивных функций, приводящим к деменции, в подавляющей части, в трудоспособном возрасте.

Социальные аспекты ведения больных эпилепсией, вопросы качества их жизни становятся в последние годы одними из наиболее важных проблем медицины [3]. Значительная часть больных эпилепсией в современном обществе подвергается выраженной социальной дискриминации и стигматизации. Пациенты испытывают затруднения не столько из-за своей болезни, сколько в связи с плохой ориентацией в ней общества [4]. В ряде случаев психологические и социальные проблемы для больных эпилепсией являются более серьезными, чем приступы.

Огромное значение имеют вопросы социальной и психологической адаптации, трудоспособности и трудоустройства больных страдающих эпилепсией. В этом направлении особое значение приобретает ранняя диагностика и адекватная терапия с соблюдением всех принципов и потому важнейшим является мониторинг тактики ведения и лечения этого тяжелого недуга.

Учитывая эти чрезвычайно важные обстоятельства, сотрудниками кафедры неврологии ЮКГМА, а в дальнейшем ЮКГФА, начиная с 2006 года проводится регистр эпилепсии в Южно-Казахстанской области и областном центре - г.Шымкенте.

Стандартизированное по полу и возрасту значение распространенности активной эпилепсии для всей исследуемой популяции составило - 4,55 случая на 1000 человек населения, что несколько отличается от опубликованных усредненных значений распространенности эпилепсии для ряда регионов РФ - 3,4 [5] и Казахстана - 2,9 [6]. В развитых странах распространенность эпилепсии находится в пределах 1,5 - 18 человек на 1000 населения, а в некоторых развивающихся странах превышает 30 [7,8].

Клиническая картина эпилепсии исследуемой популяции в 75,67% случаев представлена фокальными формами. Преобладающими приступами были простые и сложные парциальные с вторичной генерализацией - 52,91%. Редкие и средней частоты приступы (1-12 приступов в год) выявлены у 38,4% пациентов, более 12 приступов в год - у 52,7%, в медикаментозной ремиссии пребывали около 9% пациентов.

Актуальность проблемы определяется не только и не столько распространенностью, сколько тяжестью заболевания, преимущественным началом в детском возрасте, прогрессивностью течения большинства ее форм, неблагоприятным влиянием припадков на мозг, частотой изменения психики [9]. Как свидетельствует из последнего обзора Кохрейна [1,2] дополнительными факторами риска, приводящими к деменции у больных эпилепсией, являются необходимость длительного приема антиэпилептических препаратов, побочным эффектом которых является токсическое воздействие на печень и головной мозг. Развитие когнитивных и поведенческих нарушений негативно отражается на успешности их трудовой и социальной адаптации и в конечном счете приводит к снижению качества жизни [10]. Основная масса больных, выявленных в ходе проведения регистра получали терапию антиэпилептическими препаратами (АЭП). Выделены три подгруппы, где пациенты получали в течение всего периода наблюдения один из

базовых антиконвульсантных препаратов: барбитураты и бензодиазепины, карбамазепины, один из препаратов вальпроевой кислоты.

Анализ результатов исследования высших психических функций проводилось с учетом концепции о структурно-функциональных блоках мозга, что особенно важно для использования в качестве объективных критериев диагностики поражения нервной системы и сравнительного анализа динамики нейропсихологических и электрофизиологических показателей.

В результате проведенного исследования выявилось, что патология высших психических функций при эпилепсии характеризуется преимущественно когнитивным дефицитом с преобладанием нарушений мнестической деятельности, внимания и мышления, нередко сопровождающегося аффективными расстройствами, свидетельствующем о дисфункции I структурно-функционального блока мозга. Выраженность когнитивного дефицита у больных эпилепсией в большинстве своем зависит от частоты и характера припадков; частые, сложные парциальные и полиморфные припадки сопровождались более выраженными нарушениями когнитивных функций, что подтверждается данными электроэнцефалографического мониторинга. Хотелось бы особо отметить, что показатели уровня когнитивных функций больных эпилепсией являются объективными критериями в оценке степени тяжести заболевания. Кроме того, наши данные показали - нарастание когнитивного дефицита является неблагоприятным прогностическим критерием.

Изменения памяти наблюдались у большинства обследованных (93,6 %) больных. Особенностью нарушений памяти у больных эпилепсией явились персеверации и контаминации. В 46,9% случаев возникали персеверации, контаминации стимулов наблюдались у 38,6% пациента.

Выявлены определенные закономерности в их зависимости от наличия неврологической симптоматики. У 70% обследованных больных с отчетливой неврологической симптоматикой имело место более выраженные изменения мышления, памяти, интеллекта. У 68,7% больных в межприступном периоде преобладали ипохондрические расстройства. Такие изменения, вероятнее всего, не являются выражением необратимого эпилептического дефекта и зависят от биологических и социальных факторов. Их коррекция путем проведения адекватных, своевременных лечебных и реабилитационных мероприятий оказывает позитивное влияние на течение заболевания. При сравнительном анализе

динамики изменений когнитивных функций можно отметить, что при адекватной терапии по действию на частоту припадков, выдержанное по режиму приема препаратов, минимализированное по частоте побочных эффектов и количества принимаемых препаратов оказалось более эффективной, подтвержденной уменьшением количества больных с нарушением памяти различной степени выраженности от 93,6% до 16,3%. В целом когнитивные расстройства, выявленные у больных эпилепсией, проявлялись легкими и умеренно-выраженными нарушениями. В результате адекватной антиэпилептической терапии была отмечена, позитивная эволюция степени тяжести нарушений. Однако, у пациентов с полиморфными припадками существенного регресса степени тяжести не наблюдалось. Результаты настоящего исследования убедительно показали, что противоэпилептические препараты

различаются во влиянии на когнитивные функции. Наиболее выраженный негативный эффект мы наблюдали при монотерапии барбитуратами. Рациональная антиэпилептическая терапия дает возможность добиться значительных результатов. Оценка динамики когнитивных функций является важной составляющей дифференцированного подхода к тактике лечения больных эпилепсией, выбору адекватной группы антиэпилептических препаратов и должна учитываться в работе амбулаторно-поликлинического звена медицинских учреждений. В этих случаях выбор препарата должен определяться его максимальной потенциальной эффективностью и безопасностью в отношении возможного негативного влияния на когнитивные функции.

Литература:

1. Гехт А.Б, Мильчакова Л.Е.и др. Исследование эпидемиологии эпилепсии в РФ. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 2006, Приложение № 1, стр. 3-7
2. Гусев Е.И., и др Эпилепсия - эпидемиология и социальные аспекты. Вестник Рос. акад. мед. наук. - 2001. - №7. - С. 22 – 26
3. Власов П.Н. Клиническая характеристика и перспективы использования новых противоэпилептических у взрослых. // Фармтека, 2002. - №1. – С. 25-33.
4. Воскресенская О.Н. Показатели качества жизни больных эпилепсией// материалы IX съезда неврологов. Ярославль. 2006г.
5. Куралбаев К.Б. «Эпидемиология и реабилитация больных в Южном регионе Казахстана», дисс.докт.мед.наук, 1998г.
6. Beassart M. Elements statistiques d'approche des problemes poses par/ epilepsie II/ J.Sci. Med. Lille. -1980. - V.9. - №10.
7. Cochrane review prepared and maintained by The Cochrane Collaboration and published in The Cochrane Library 2011, Issue 12.
8. Cochrane review prepared and maintained by The Cochrane Collaboration and published in The Cochrane Library 2009, Issue 4.
9. Forsgren L., Beghi E., Oun A., Sillanpa M., The epidemiology of epilepsy in Europe - a systematic review. European Journal of Neurology 2005, 12: 245–253;
10. Scott R.A et.all, The treatment of epilepsy in developing countries: where do we go from here, Bulletin of the World Health Organization, 2001, 79 (4).

КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИНСУЛЬТОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Дюсембекова О.Т.

Казахский Национальный Медицинский Университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы

Проведено клинико-неврологическое обследование 22 детей раннего возраста, имевшие в анамнезе инсульт. В исследуемой группе выявлено преобладание геморрагических инсультов (91% случаев), неврологические нарушения соответствовали уровню поражения сосудистого бассейна, гендерные особенности с преобладанием мальчиков (95%).

Ключевые слова: геморрагический инсульт; гендерные особенности.

ЖАС БАЛАЛАР ИНСУЛЬТІНІҢ КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЯЛЫҚ ЕРЕКШЕЛЕКТЕРІ

Дюсембекова О.Т.

С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медициналық университеті, Алматы қ.

Клинико-неврологиялық тексеру өткізілген, 22 балалардың инсульт анамнезде алған ерте жасының. Зерттехатын топта геморрагиялық инсульт (91%), неврологиялық бұзушылықтың басымдылық айқындалған (95%) балалардан басымдылықпен тамыр хауыздың, гендер ерекшеліктің ұтылулар деңгейге сәйкес келді.

Түйінді сөздер: геморрагиялық инсульт; гендер ерекшеліктің.

CLINICAL AND NEUROLOGICAL FEATURES OF STROKES IN YOUNG CHILDREN

Dyusembekova O.T.

Kazakh National Medical University n.a. S.D. Asfendiyarov, Almaty

A clinical neurological examination, 22 infants with a history of stroke. In the study group revealed the prevalence of hemorrhagic stroke (91%), neurological disorders corresponded to the level of the vascular lesion pool with gender-specific prevalence of boys (95%).

Key words: hemorrhagic stroke; gender-specific.

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения термином «церебральный инсульт» обозначает быстрое развитие клинических признаков фокального или общего нарушения мозговых функций, сохраняющихся 24 часа и более, могущих приводить к смерти и не имеющих других причин кроме нарушения мозгового кровообращения (ВОЗ, 1995г.)

Данные эпидемиологических исследований последних лет, касающиеся частоты встречаемости инсультов у детей различны. В большинстве работ приводятся такие результаты как 2/100000-3/100000 в год [1-4]. Перинатальный инсульт - это инсульт возникший с момента рождения до 1 месяца жизни ребенка. В перинатальном периоде заболеваемость инсультом составляет 1/4000 новорожденных. Все остальные острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) расценивают как детский инсульт, который возникает после первого месяца жизни до 18 лет. Около 40% всех случаев инсульта приходится на возраст до 1 года (Kramarov E. et al., 1999) Общая смертность от инсультов в детском возрасте составляет 0,6/100000.

Так же различают ишемический и геморрагический инсульты, которые имеют особые этиопатогенетические механизмы в детском возрасте. Ишемический церебральный инсульт – заболевание мозга, возникающие в результате гибели части мозговой ткани вследствие резкого снижения содержания кислорода в ней. При ишемическом инсульте, независимо от этиологии, гибель нейронов связана с уменьшением поступления крови, а, следовательно, кислорода и глюкозы в ткань мозга. При снижении кровотока происходит повреждение клеточных мембран и гибель клеток. При геморрагическом инсульте происходит выход крови из сосудистого русла. А.Н Колтовер (1975) выделяет 2 типа кровоизлияния в мозг: кровоизлияния типа гематомы и

кровоизлияния типа геморрагического пропитывания. Они обусловлены обычно разрывом аномальных сосудов, например артериовенозных соустьев или аневризм. Они иногда сопровождают гемофилию, идиопатическую тромбоцитопению и терминальную стадию лейкоза. Кровоизлияния в мозг в большинстве (90%) случаев локализуется в больших полушариях, реже (10%) - в области ствола мозга (Шмидт Е.В. и др., 1976; Toffor G.G. et al., 1987).

При нарушениях мозгового кровообращения клинические проявления зависят от сосудистого бассейна и типа инсульта. На данный момент вопрос о частоте возникновения судорожного синдрома после перенесенного ОНМК достаточно не изучен. В результате инсульта у детей наблюдаются неврологические нарушения в двигательной, психо-речевой сфере, формируются симптоматическая эпилепсия, судорожный синдром. В клинической практике возникают вопросы о своевременной диагностике инсультов и тактике лечения в острый и восстановительный периоды, которые могут способствовать уменьшению неврологических нарушений.

Цель: изучить клинико-неврологические особенности инсультов у детей раннего возраста.

Материал и методы исследования: Обследованы 22 ребенка в возрасте от 2-х месяцев до 3 лет, находившихся на стационарном лечении в ДГКБ №1 в отделении нейрохирургии с 2007 года по 2009 год, имевшие в анамнезе инсульт. У 20 (91%) детей диагностирован геморрагический инсульт, у 2 (9%) ишемический инсульт. Повторная госпитализация обусловлена судорожным синдромом, который отмечен через 3 месяца после инсульта у 8 детей (36%), от 3-х месяцев до 1 года и от 1 года до 3-х лет по 7 случаев (32%). По половому признаку группа представлена следующим образом: 21 мальчик, 1 девочка.

Применяли методы исследования: Анализ данных анамнеза заболевания и жизни, клинико-неврологического статуса, электроэнцефалографических показателей и компьютерной томографии головного мозга.

Результаты и их обсуждения. Анализ данных анамнеза позволил выявить преобладание геморрагического инсульта (20 наблюдений, 91%), по ишемическому типу в 2-х случаях (9%). Изучение анамнеза показало преобладание перинатальных инсультов в 8 случаях (36%), детский инсульт у 14 детей (64%).

В исследуемой группе отмечено преобладание судорожного синдрома, который послужил поводом для экстренной госпитализации (100%). Клинически судороги преимущественно характеризовались как генерализованные тонико-клонические у 5 детей (23% случаев), тонические (5 детей, 23%), миоклонические (9 детей, 41%), с парциальным компонентом (3 детей, 13%). Судороги возникали с различной частотой, но большая их часть составляла до 2-5 раз в месяц. Приступы наблюдались длительностью от нескольких секунд до 5-7 минут. В неврологическом статусе у детей выявлена патология глазодвигательных нервов в 6 случаях (27%), лицевого нерва по периферическому (2 случая, 9%) и центральному (4 случая, 18%) типам; бульбарные (6 случаев - 27%), псевдобульбарные (4 детей, 18%) нарушения. Патология движения характеризовалась умеренным тетрапарезом (5-23%), гемипарезом (7-32%), непроизвольными гиперкинезами (3-14%). Нарушения регуляции центральных мотонейронов обусловили задержку становления моторных функций проявлялась у 14 детей (64%), признаки статико-локомоторной

недостаточности в виде атаксии, дисметрии, нарушения походки у 20 детей (91%). Нарушение психических функций характеризовались нарушением активного внимания, интереса, ограничения уровня представлений, формирования речи в виде анартрии, дизартрии, дислалии у 18 детей (82%). Неврологические очаговые знаки соответствовали пораженному сосудистому бассейну.

Нейрорадиологическое исследование выявило локальные атрофические процессы лобно-височной доли головного мозга 10 (45%) больных, тотальный атрофический процесс головного мозга (5-23%) детей. Формирование вторичных порэнцефалических кист (5-23%), атрофической гидроцефалии у (9-41%) детей, субкомпенсированной окклюзионной гидроцефалии у одного ребенка (4,5%).

Практически у половины исследуемых детей наблюдалась анемия, которая могла спровоцировать либо усугубить гипоксию головного мозга и проявления инсульта.

Таким образом, проведенный анализ клинико-неврологических особенностей ОНМК у детей раннего возраста, находившихся на лечении в нейрохирургическом отделении, выявил преобладание геморрагических инсультов. Высокая частота возникновения инсульта у мальчиков обусловила гендерные различия в исследуемой группе. Изучение судорожных состояний показало отсутствие прямой зависимости времени возникновения судорог от времени суток, других предрасполагающих факторов, объясняющих их возникновение, т.е., провоцирующих факторов.

Литература:

1. De Veber et al., MacGregor D., Curtis R., Mayank S. Neurologic outcome in survivors of childhood arterial ischemic stroke and sinovenous thrombosis. J Child Neurol. 2000;
2. Lanthier S., Carmant L., David M et al. Stroke in children: the coexistence of multiple risk factors predicts poor outcome. Neurology 2000;
3. Lynch J.K., Hirtz D.G., DeVeber G., Nelson K.B. Report of the National Institute of Neurological Disorders and Stroke Workshop on perinatal and Childhood Stroke. Pediatrics. January 2002;
4. Ganesan V., Chong K., Evans J. et al., (The pediatric Stroke Working Group) Stroke in childhood: clinical guidelines for diagnosis, management and rehabilitation. Royal College of Physicians of London, November 2004).

ДИФфуЗИОННАЯ ТЕНЗОРНАЯ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ И ТРАКТОГРАФИЯ В ОЦЕНКЕ ПРОВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ЭПИЛЕПСИЕЙ

В.В. Евстигнеев¹, О.В. Кистень¹, И.В. Булаев², Р.А. Сакович²

¹ - Белорусская медицинская академия последипломного образования,

² - № 2-ая городская клиническая больница г. Минска, Беларусь

В статье приведены результаты оценки ДТ МРТ с трактографией в диагностике структурных повреждений головного мозга у пациентов с эпилепсией и сопоставления выявленных изменений с данными ЭЭГ-картирования.

Ключевые слова: трактография, эпилепсия, ЭЭГ-картирование.

ЭПИЛЕПСИЯСЫ БАР ЕМДЕЛУШІЛЕРДЕ ӨТКІЗГІШ ЖОЛЫ БАҒАСЫНДА ДИФфуЗИЯ ТЕНЗОРЛЫ МАГНИТТИ-РЕЗОНАНСТЫ ТОМОГРАФИЯ ЖӘНЕ ТРАКТОГРАФИЯ

В.В. Евстигнеев¹, О.В. Кистень¹, И.В. Булаев², Р.А. Сакович²

¹ - Белорус дәрігерлік академиясының дипломнан кейінгі білімі,

² - Қалалық клиникалық аурухана №2 Минск қаласы, Беларусь

Мақалада мидың құрылымдық бұзылуларының диагностикасындағы трактографиясында ДТ МРТ бірге эпилепсиясы бар емделушілер және айқындалған ЭЭГ-картирлеу өзгерістердің салыстыруында бағаның нәтижелері келтірілген.

Түйінді сөздер: трактография, эпилепсия, ЭЭГ-картирлеу.

DIFFUSION TENSOR MAGNETIC RESONANCE IMAGING AND TRACTOGRAPHY IN EVALUATING NEURAL PATHWAYS IN PATIENTS WITH EPILEPSY.

V.V. Evstigneev¹, O.V. Kisten¹, I.V. Bulaev², R.A. Sakovich²

¹ - Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education,

² - Minsk city hospital № 2, Belarus

The article contains results of DTI with tractography estimation on structure of brain alterations diagnostics on epilepsy patients and data of correlation with EEG parameters.

Keywords: tractography, epilepsy, EEG parameters.

Нейровизуализация определена как важный этап диагностики эпилепсии, являясь незаменимым инструментом для дифференциации вещества мозга, определения этиологического и синдромального диагноза, прогноза и тактики лечения. Вместе с тем, возможности рутинной КТ и МРТ во многих случаях не позволяют обнаружить морфологический субстрат, лежащий в основе локально-обусловленной эпилепсии. Все это диктует необходимость проведения функциональных методов нейровизуализации [1]. Современные разработки позволяют не только прижизненно изучать патологические изменения в различных структурах мозга, которые проявляются разнообразными дефицитарными симптомами, но и уточнить некоторые механизмы патогенеза. Одним из таких методов являются диффузионная тензорная магнитно-резонансная томография (DTI – diffusion – tensor imaging) с трактографией, основанная на измерении величины и направления диффузии молекул воды в веществе мозга. Данный метод позволяет провести трехмерную реконструкцию волокон белого вещества, а также обнаружить и оценить повреждение проводящих

путей и установить корреляцию структурных повреждений и неврологического дефицита [2].

Диффузионно-взвешенная магнитно-резонансная томография (ДВ МРТ) основана на измерении диффузии воды в каждом объемном элементе (вокселе) изображения. В результате чего формируется диффузионная матрица, из которой можно получить 3 числовых значения и 3 вектора, описывающих силу и направление диффузии в выбранной точке. При различных патологических процессах происходит нарушение линейной организации проводящих путей, так как мембраны аксонов являются препятствием для ее диффузии в других направлениях. Тензор диффузии определяется величиной и направлением диффузии молекул воды в трехмерном пространстве, позволяя получить данные о величине анизотропии и направления диффузии в каждом вокселе, обладающем трехмерными координатами. Из значений тензора вычисляются некоторые скалярные индексы (средняя диффузионная способность – MD; фракционная анизотропия – FA). Эти значения тензора могут отражать структурные поломки и специфические патологические процессы [2].

Современные разработки методов нейровизуализации позволили использовать трехмерную информацию, получаемую при проведении ДВ МРТ, для построения виртуальных траекторий волокон, отражающих ориентацию и целостность проводящих путей головного мозга. Так появилась МР-трактография, основанная на данных о величине анизотропии диффузии, позволяющей оценить сохранность проводящих путей [2].

Таким образом, использование комплекса структурных и функциональных методов нейровизуализации позволит неинвазивно обнаружить факторы, лежащие в основе заболевания, определить динамику формирования эпилептогенеза и оценить эффективность проводимого лечения. Согласно рекомендациям международной противоэпилептической лиги, «каждому пациенту с эпилепсией показано проведение высококачественного МРТ-исследования» [3].

Цель исследования. Оценка МРТ и трактографии в диагностике структурных повреждений головного мозга у пациентов с эпилепсией и сопоставление выявленных изменений с данными ЭЭГ-картирования.

Материал и методы исследования. Нами обследовано 39 пациентов с эпилепсией (18 мужчин и 21 женщина) с использованием диффузионной тензорной магнитно-резонансной томографии. Средний возраст пациентов составил $28,1 \pm 1,2$ лет.

МРТ-исследование проведено на томографе PHILIPS с индукцией магнитного поля 1,5 Тл.

Протокол исследования включал стандартные программы (T1SE, T2SE, FLAIR), а также прицельную визуализацию медиобазальных отделов височных долей с возможностью постпроцессинговой обработки и получением изображений в различных плоскостях. Использовались быстрые спин-эхо, взвешенные по T2, перпендикулярно продольной оси гиппокампа, а также 3D T1 SP6R импульсные последовательности для получения изображения медиобазальных отделов височных долей. В всех случаях были получены диффузионно-тензорные изображения, которые обсчитывались с использованием встроенной постпроцессорной программы (Neuro 3D), которая включала построение карт фракционной анизотропии, измеряемого коэффициента диффузии, диффузионного тензора и реконструкцию проводящих путей в трехмерном режиме (трактографию). Дополнительно рассчитывались значения фракционной анизотропии (ФА), средней диффузионной

способности (СДС) и длины трактов для передних и задних квадрантов аксиального МРТ-изображения. Проводилось сопоставление выявленных изменений с особенностями клинического течения заболевания и данными электроэнцефалографии «Нейрон-Спектр-4/ВМП» (Нейрософт, Россия).

Для статистической обработки использовали алгоритмы программы Statistica 6.0. Для оценки результатов использовали критерий Уилкоксона, качественных параметров – критерий Фишера. Корреляционный анализ проводился с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена.

Результаты и обсуждение. Структурные изменения при МРТ головного мозга у пациентов были выявлены во всех случаях. Неокортикальные поражения выявлены у 26,9%, мезиальный темпоральный склероз – у 34,6%, их сочетание – у 38,5% обследованных.

Были получены следующие значения ФА: для передних отделов мозга – $0,52 (0,5 \div 0,55)$, для задних – $0,53 (0,52 \div 0,54)$. Межполушарная асимметрия по данному параметру выявлена лишь для задних квадрантов, основная область которых представлена височными долями ($Z = -2,4$; $p = 0,015$). Средняя диффузионная способность для передних отделов мозга составила $0,88 (0,86 \div 0,9)$, для задних – $0,89 (0,87 \div 0,91)$ без значимой асимметрии ($p > 0,05$). Длина трактов в передних квадрантах составила $26,1 (23,8 \div 28,7)$ мм, в задних – $44,95 (41,5 \div 50,8)$ мм. При визуальной оценке симметричности трактов выявлено, что уменьшение их представленности на стороне очага характерно для пациентов с кортикальной дисплазией или экстрагиппокампальным расположением визуализируемых очагов поражения. В случае наличия мезиального темпорального склероза имело место «обеднение» трактографической картины в противоположном полушарии, что может объясняться феноменом гиппокампальной деафферентации ($R = 0,66$; $t = 4,07$; $p = 0,0005$). Наличие асимметрии трактов также было взаимосвязано со значениями ФА и СДС – на стороне визуальных нарушений, где количество линий трактов было меньшим, отмечалось снижение фракционной анизотропии и увеличение средней диффузионной способности ($R = 0,99$; $p < 0,05$).

У 91% пациентов было обнаружено расширение субарахноидальных пространств, при этом в 24% случаев имела место их асимметрия с преобладанием патологических изменений на стороне очага. У 74% пациентов наблюдалось расширение боковых желудочков, из них в 80% случаев – расширение височного рога бокового желудочка на стороне очага.

Корреляционный анализ выявил достоверную связь значений ФА, СДС и длины трактов с результатами вентрикулометрии (ЦОБЖ, величина III и IV желудочков и клиническими особенностями течения заболевания (частота приступов в месяц, длительность заболевания) ($p < 0,05$).

Изучение особенностей ЭЭГ-картины и значений ФА показало наличие корреляционной связи между наличием эпилептической активности и снижением ФА ($R = -0,07$; $t = -2,44$; $p = 0,01$). Нормальные значения амплитуды, частоты и индекса альфа-ритма были характерны для пациентов с высокими значениями ФА ($p < 0,05$). Значения ФА снижались в случае наличия инверсии альфа-ритма и повышения индекса тета-ритма ($R = -0,61$; $t = -28$; $p = 0,001$). Следует отметить, что наличие всплеск тета-ритма не имело корреляционной

связи ни с одним из показателей диффузионной тензорной МРТ. Обнаружение положительной корреляции фокусирования тета-ритма и высоких значений ФА ($R = 0,27$; $t = 7,1$; $p = 0,00001$) позволяет предположить, что обнаружение данного ЭЭГ-феномена характерно для относительно сохранной ткани мозга, имеющей потенциальную возможность эффективного включения ингибиторных механизмов.

Закключение. Диффузионная тензорная магнитно-резонансная томография является информативной методикой в определении структурных поражений мозга у пациентов с эпилепсией, позволяющей дать количественную оценку фракционной анизотропии структур белого вещества, вовлекаемого в эпилептический процесс.

Литература:

1. Одинак М.М., Базилевич С.Н., Дыскин Д.Е., Прокудин М.Ю. Возможности и опыт применения функциональных методов нейровизуализации в эпилептологии / Материалы Юбилейного конгресса [Электронный ресурс]: Режим доступа - <http://www.epilepsia.su/article.php?what=89>.
2. Basser P.J., Pajevic S., Pierpaoli C. et al. In vivo fiber tractography using DT-MRI data / Magn. Reson. Med, 2000; 44: 625-632.
3. Commission on neuroimaging of the International League Against Epilepsy Recommendations of patients with epilepsy / Epilepsia, 1997; 38: 1255-1256.

УДК 616.831.319 – 008.6

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И АНАЛИЗ КЛИМАТО-ГЕОГРАФИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ИНСУЛЬТА В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

С.К. Еркебаева¹, Е.С. Нургужаев², Б.Г. Гафуров³, Г.Б. Абасова¹

¹Международный Казахско-Турецкий университет им. Х.А. Ясави, г.Шымкент.

²Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы.

³Ташкентский институт усовершенствования врачей, г. Ташкент.

Оптимизация первичной и вторичной профилактики острых нарушений мозгового кровообращения в Южно-Казахстанской области во многом зависит от региональных особенностей – комплекса природно-климатических, социально-бытовых и этнических факторов.

Ключевые слова: инсульт, профилактика, эпидемиология.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫНДАҒЫ ЦЕРЕБРАЛДЫ ИНСУЛЬТТЫҢ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСЫ ЖӘНЕ КЕЙБІР КЛИМАТ - ГЕОГРАФИЯЛЫҚ ФАКТОРЛАРЫ

С.К. Еркебаева, Е.С. Нургужаев, Б.Г. Гафуров, Г.Б. Абасова.

Оңтүстік Қазақстан облысындағы ми қан айналысының жедел бұзылымдарының алғашқы және екінші профилактикасының ықшамдауы- табиғи-климаттық, әлеуметтік-тұрмыстық және этникалық факторлардың кешені аймақтық ерекшеліктердің көпшілігінде тәуелді болады.

Түйінді сөздер: инсульт, профилактика, эпидемиология.

EPIDEMIOLOGY AND SOME CLIMATE-GEOGRAPHICAL RISK FACTORS OF A CEREBRAL STROKE IN THE SOUTH KAZAKHSTAN AREA

S.K.Erkebaeva, E.S.Nurguzhaev, B.G.Gafurov, G.B.Abasova.

Optimization of primary and secondary preventive maintenance of sharp infringements of brain blood circulation in the South Kazakhstan area in many respects depends on regional features – a complex of natural-climatic, social and ethnic factors.

Keywords: a stroke, preventive maintenance, epidemiology.

В настоящее время церебральный инсульт является наиболее частым жизнеугрожающим неврологическим заболеванием и одной из важнейших причин инвалидизации не только в Казахстане, но и во всем мире. Ежегодно инсульт дебютирует у 5,6-6 млн человек. При отсутствии активных глобальных мер по борьбе с этой эпидемией прогнозируется рост смертности от инсульта до 6,7 млн в 2015 г. и 7,8 млн в 2030 г. [4]. По смертности от сердечно-сосудистых заболеваний среди стран Содружества Независимых Государств Республика Казахстан находится на втором месте после Молдовы. В Казахстане зарегистрировано 2 млн. человек, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, что составляет 12% экономически активного населения страны [1].

Заболеваемость мозговым инсультом в различных регионах Казахстана составляет 2,5-3,7 случаев на 1000 человек в год, смертность – 1,0-1,8 случаев на 1000 человек в год [3]. По мнению ряда ученых, официальные данные статистики не в полной мере отражают состояние проблемы церебрального инсульта в Казахстане вследствие отсутствия репрезентативных популяционных эпидемиологических исследований.

В 2011 г. Регистр инсульта был организован в Южно-Казахстанской области, одном из самых густонаселенных регионов страны, в районе исследования с численностью населения 2,46 млн человек. Представленная ниже информация в значительной степени отражает результаты работы Регистра инсульта в Южно-Казахстанской области в 2011 г.

В 2011 г. в Южно-Казахстанской области было зарегистрировано 4439 случаев церебрального инсульта. В 2387 (53%) случаях острое нарушение мозгового кровообращения было диагностировано у мужчин, в 2052 (47%) случаях – у женщин. Возраст дебюта инсульта у мужчин: до 50 лет – 18%, 50-59 лет – 35%, 60-69 лет – 21%, 70-79 лет – 17%; старше 80 лет – 9%; у женщин: до 50 лет – 22%, 50-59 лет – 21%, 60 – 69 лет – 22%; 70-79 лет – 23%; старше 80 лет – 12%. Таким образом, в трудоспособном возрасте (до 60 лет) дебют инсульта произошел у 53% мужчин и 43% женщин, что отражает тенденцию к “омоложению” инсульта.

Обследование пациентов включало сбор демографических и анамнестических данных, в том числе результатов обследования и лечения, предшествовавших развитию инсульта. На

основании данных клинического обследования и нейровизуализации (компьютерной и/или магнитно-резонансной томографии головного мозга) был уточнен тип острого нарушения мозгового кровообращения – ишемический инсульт (3710 случаев; 84%), внутримозговое кровоизлияние (650 случаев; 15%) и субарахноидальное кровоизлияние (79 случаев; 1%). Такое распределение типов церебрального инсульта по частоте согласуется с результатами большинства аналогичных популяционных исследований и совпадает с общероссийскими и региональными показателями [2,5,6]. По данным Регистра инсульта в Южно-Казахстанской области в 2011 г. среди факторов риска мозгового инсульта преобладала артериальная гипертензия, которая отмечалась у абсолютного большинства (4425; 99,7%) пациентов. Вторым по значимости фактором риска стала кардиальная патология (1344 пациентов; 30,2%), на третьем месте – сахарный диабет II типа (224 пациента; 5%).

Оптимизация первичной и вторичной профилактики острых нарушений мозгового кровообращения в Южно-Казахстанской области во многом зависит от региональных особенностей – комплекса природно-климатических, социально-бытовых и этнических факторов.

Среди природно-климатических факторов главенствующую роль играют метеорологические – резко континентальный климат характеризуется сухостью и обилием тепла, температурные контрасты дня и ночи, зимы и лета. Во все сезоны года характерны быстрые и значительные перепады температуры воздуха, барометрического давления и направления движения воздушных масс. Продолжительность теплого периода со средней суточной температурой воздуха выше 0°C колеблется от 250 дней в северной части области до 320 дней в южной части. Лето повсеместно в области жаркое, длинное и исключительно сухое.

С целью оценки влияния метеорологических факторов на частоту развития церебрального инсульта в Южно-Казахстанской области был проведен статистический анализ ежемесячного количества церебральных инсультов и показателей шестнадцати метеорологических факторов за 2011г. Проведенный корреляционный анализ количества церебральных инсультов выявил средней силы корреляционные связи с показателями температуры воздуха – средней месячной температурой ($-0,66$, $p=0,02$), средней максимальной температурой ($-0,67$, $p=0,018$),

средней минимальной температурой ($-0,67$; $p=0,017$) – и относительной влажности ($0,62$; $p=0,032$), а также сильную обратную корреляционную связь с абсолютной максимальной температурой ($-0,73$; $p=0,007$) и сильную прямую корреляционную связь с количеством дней с влажностью более 80% ($0,72$; $p<0,001$).

Таким образом, проведенный статистический анализ продемонстрировал достоверную связь сезонных различий в частоте церебральных инсультов (410 в январе 2011 г. и 342 в июне 2011 г.) с колебаниями абсолютной максимальной температуры, а также частоты относительной влажности более 80% (рис. 1).

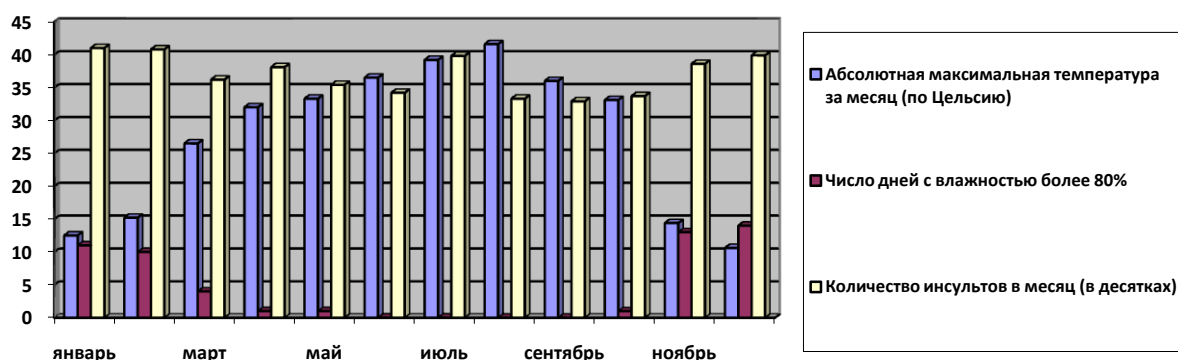


Рис. 1. Сезонные различия частоты церебральных инсультов, абсолютной максимальной температуры, частоты относительной влажности более 80% в Южно-Казакстанской области.

С учетом мирового опыта в Казахстане разработан проект по организации «региональных инсультных центров», который получил одобрение министра здравоохранения Республики Казахстан С.З. Каирбековой и вошел в Государственную программу развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан». Разработка и реализация комплекса мероприятий по предупреждению сосудистых заболеваний и снижению смертности и

инвалидности от инсультов и инфарктов миокарда в Республике Казахстан позволит снизить показатели заболеваемости, смертности и инвалидизации вследствие сосудистой патологии мозга и сердца, улучшить качество жизни больных и существенно уменьшить экономические потери общества.

Литература:

1. Абсеитова С.Р. Современное состояние проблемы сердечно-сосудистых заболеваний в Южно-Казакстанской области // Материалы 111 съезда врачей и провизоров Республики Казахстан. – 2007. – Т. 1, Ч. 1. – С. 21-23.
2. Виленский Б.С. Современная тактика борьбы с инсультом. – СПб.: Фолиант, 2005. – 282 с.
3. Жусупова А.С. Инсульт – глобальная проблема отечественной неврологии // Журн. Человек и Лекарство – Казахстан. – 2011. – Вып. 3, №3. – С. 6-9.
4. Кулебрас А. Инсульт – острое заболевание, которое можно предотвратить // Журн. неврологии и психиатрии. – 2007. – Спец. выпуск. – С. 74-76.
5. Скоромец А.А., Ковальчук В.В. Эпидемиология инсультов, организация медицинской помощи и практические рекомендации по ее совершенствованию // Сосудистая патология нервной системы. – СПб., 1998. – С. 216-218.
6. Хаким А.М. Перемены в системе помощи при инсульте: Канадский опыт // Журн. неврологии и психиатрии. – 2007. – Спец. выпуск. – С. 129-132.

МОРФОМЕТРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПИРАМИДНЫХ НЕЙРОНОВ ГИППОКАМПА В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ

Н.А. Зимушкина, П.В. Косарева, В.А. Черкасова, В.П. Хоринко, Н.В. Карнаухова
Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования
«Пермская государственная медицинская академия имени академика Е.А. Вагнера»
Минздравсоцразвития России, Пермь, Россия

Результаты морфометрического исследования гиппокампа взрослых, погибших от случайных причин, не связанных с повреждениями или патологией головного мозга, свидетельствуют о наличии значительной межполушарной асимметрии размеров тел пирамидных нейронов, особенно в поле CA1 и CA2, а также о статистически значимом уменьшении площади тел пирамидных нейронов с возрастом.

Ключевые слова: гиппокамп, пирамидные нейроны.

ЖАС ШАМАСЫНА БАЙЛАНЫСТЫ ГИППОКАМПАҒЫ ПИРАМИДА НЕЙРОНДАРЫНЫҢ МОРФОМЕТРИЯЛЫҚ ЗЕРТТЕУІ

Н.А. Зимушкина, П.В. Косарева, В.А. Черкасова, В.П. Хоринко, Н.В. Карнаухова
«Академик Е.А.Вагнер атындағы Перм мемлекеттік медициналық академиясы» жоғарғы кәсіби білімінің мемлекеттік бюджеттік білім беретін мекемесі, Ресейдің денсаулық сақтау министрлігінің әлеуметтік дамуы, Пермь, Ресей.

Кездейсоқ апатқа ұшыраған, ми патологиясы немесе зақымданудан байланыссыз жас шамасына байланысты гиппокампың морфометриялық зерттеу нәтижелері пирамида нейрондарындағы дене өлшемдерінің түбегейлі жартылай шарлық асимметриясының бар болуын растайды, сонымен бірге CA1 және CA2 өрісіне әсіресе жас шамасы бар пирамида нейрондарындағы дене ауданының статистикалық мағыналы кішірейтуі туралы куәландырады.

Түйінді сөздер: гиппокамп, пирамида нейрондары.

MORPHOMETRIC RESEARCH OF PYRAMIDAL NEURONS IN THE HIPPOCAMPUS IN THE AGE ASPECT

N.A. Zimushkina, P.V. Kosarev, V.A. Cherkasova, V.P. Horinko, N.V. Karnaukhova
State budget institution of higher education "Perm State Medical Academy named after academician E.A. Wagner's",
The Ministry of Health and Social Development of Russia, Perm, Russia.

The results of morphometric studies of the hippocampus of adults who died from accidental causes, not related to injury or pathology of the brain, indicate a significant interhemispheric asymmetry in the size of bodies of pyramidal neurons, particularly in the CA1 and CA2, as well as a statistically significant decrease in the area of bodies of pyramidal neurons with age.

Keywords: hippocampus, pyramidal neurons.

В изучении возрастных особенностей центральной нервной системы (ЦНС) и динамики дифференцировки нейронов на протяжении постнатального онтогенеза много спорных и слабо освещенных в литературе вопросов; между тем известно, что многие патологические процессы в ЦНС связаны с нарушениями ее морфогенеза [1]. Данные о возрастных и индивидуальных особенностях строения гиппокампа в постнатальном онтогенезе в доступной печати представлены неполно и во многом противоречивы, что и определило актуальность наших исследований.

Цель работы – сравнительный морфометрический анализ размеров пирамидных нейронов гиппокампа в разные возрастные периоды жизни человека.

Материал для исследования получен от 30 трупов обоего пола, в возрасте от 25 до 85 лет, погибших

от случайных причин, не связанных с повреждениями или патологией головного мозга. Согласно возрастной периодизации человека, изучаемый контингент был отнесен к разным возрастным категориям [1,2]: первый зрелый возраст - 22 – 35 лет (6 человек), второй зрелый возраст - 36 – 56 лет (6 человек), пожилой возраст – 56-74 лет (7 человек) и старческий возраст с 75 до 90 лет (10 человек). Образцы ткани мозга (правого и левого гиппокампов) для гистологического исследования брали из симметричных участков полушарий головного мозга согласно citoархитектонической карты, предложенной НИИ мозга РАМН [3]. Аутопсийный материал фиксировали в 10%-ном забуференном по Лилли формалине и подвергали гистологическому исследованию с использованием общепринятых гистологических методик. Измерение гистологических объектов осуществляли при помощи программного пакета BioVision, version 4,0

(Австрия). Захват изображений обеспечивался использованием цифровой камеры для микроскопа CAM V200, Vision (Австрия). Статистический анализ выполнен при помощи программного обеспечения Biostat. Характеризуя выборки, определяли выборочные средние и стандартные ошибки средних величин. Сравнение выборок между собой проводили при помощи непараметрических методов - критерия Манна-Уитни (при сравнении двух выборок) и критерия Крускала-Уоллиса (для оценки различий между несколькими случайными выборками). Критическим уровнем значимости при проверке статистических гипотез считали $p < 0,05$.

При микроскопии препаратов в гиппокампе выделяли 4 области - поля гиппокампа – CA1, CA2, CA3, CA4, ориентированные в медиолатеральном направлении. Согласно Международной терминологии по цитологии и гистологии человека [4], в гиппокампе выделяют 3 слоя, из которых только один (пирамидный) является клеточным: краевой (полиморфный) – Stratum oriens, образованный аксонами пирамидных нейронов и телами корзинчатых нейронов гиппокампа; пирамидный – (Stratum pyramidale, Pyramidal layer), образованный телами пирамидных нейронов; молекулярный слой (Stratum moleculare, Molecular layer), сформированный дендритами пирамидных нейронов. Таким образом, основная клеточная масса находится во втором слое – пирамидном. В этом слое хорошо выявляются при окрашивании гематоксилином и эозином, люксом голубым стойким и нитратом серебра по Футу нервные клетки с телами пирамидной (треугольной) формы с четко визуализируемым ядром и одним ядрышком.

Проведено морфометрическое исследование площади тел пирамидных нейронов в пирамидном

слое гиппокампа у лиц разных возрастных категорий. Установлено наличие значительной межполушарной асимметрии ($p < 0,05$) в отношении размеров тел пирамидных нейронов, особенно в поле CA1 и поле CA2 во всех возрастных группах. Так, у лиц I зрелого возраста средние размеры тел нейронов в поле CA1 правого гиппокампа составили $418,7 \pm 33,9$ мкм², в поле CA1 левого – $211,3 \pm 15,7$ мкм² ($p < 0,001$); у лиц II зрелого возраста средние размеры тел пирамидных нейронов составили в поле CA2 правого гиппокампа $328,2 \pm 25,7$ мкм², левого – $288,1 \pm 17,6$ мкм² ($p < 0,05$). Кроме того, выявлено наличие статистически значимых различий в размерах тел пирамидных нейронов в разных возрастных группах – у лиц I и II зрелого возраста размеры тел нейронов в пирамидном слое гиппокампа статистически значимо превышают размеры пирамидных нейронов в гиппокампах лиц пожилого и старческого возраста ($p < 0,05$).

Согласно литературным данным, результаты морфометрического исследования гиппокампа взрослых демонстрируют значительную межполушарную асимметрию в отношении размеров нейронов в поле CA2 и CA3, также размеры тел нейронов положительно коррелируют с возрастом, и что больший размер тел нейронов поля CA2 связан с развитием памяти [5].

Таким образом, результаты морфометрического исследования гиппокампа взрослых, погибших от случайных причин, не связанных с повреждениями или патологией головного мозга, свидетельствуют о наличии значительной межполушарной асимметрии размеров тел пирамидных нейронов, особенно в поле CA1 и CA2, а также о статистически значимом уменьшении площади тел пирамидных нейронов с возрастом.

Литература:

1. Ахмедов Р.Л. Возрастные, индивидуальные изменения морфологических и морфометрических параметров коры мозжечка у человека // Автореф. дисс... к.м.н. – Санкт-Петербург, 2007. – 20 с.
2. Никитюк Б.А., Чтецов В.П. Морфология человека. М., 1983 – 218 с.
3. «Атлас цитоархитектоники коры большого мозга человека» под редакцией С.А.Саркисова, М., 1955. – 156 с.
4. Terminologia Histologica. Международные термины по цитологии и гистологии человека с официальным списком русских эквивалентов / под ред. Чл.-корр. РАМН В.В. Банина и проф. В.Л. Быкова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 272 с.
5. Zaidel D.W. Quantitative Morphology of Human Hippocampus Early Neuron Development // The Anatomical Record 254:87–91 (1999).

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА «ЗАМОРОЖЕННОГО» ПЛЕЧА В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Т.В.Каймак, И.В.Чарапкина, Е.В.Есикова, Н.Т.Сабырбаева
Кафедра неврологии ГМУ г.Семей, ПСТ №1 г.Семей

Работа посвящена сравнительному анализу применения ацеклорана (ацеклофенака) и диклофенака при синдроме «замороженного плеча» по данным амбулаторного приема в г.Семей. На опыте применения у 50-ти пациентов Ацеклорана выявлена его более высокая эффективность при отсутствии каких-либо побочных эффектов в сравнении с диклофенаком, выраженная в значительном уменьшении всех клинических проявлений синдрома «замороженного плеча», что позволило рекомендовать ацеклоран как препарат выбора при данной патологии.

Ключевые слова: «замороженное плечо», ацеклоран.

АМБУЛАТОРИЯЛЫҚ ҚАБЫЛДАУДА «ҚАТҚАН ИЫҚ» СИНДРОМЫН ЕМДЕУ ТӘЖІРИБЕСІ

Каймак Т.В., Чарапкина И.В., Есикова Е.В., Сабырбаева Н.Т.

Мемлекеттік медициналық университеті Неврология кафедрасы, Семей қаласы

Бұл зерттеу Семей қаласындағы амбулаториялық қабылдауда болған науқастарды «Қатқан иық» синдромын емдеу кезінде қолданылған ацеклофенак пен диклофенак препараттарының айырмашылығына арналған. Ацеклоран препараты қолданған 50 науқаста жоғары емдік нәтиже байқалды. Және диклофенак қолданылған науқастармен салыстырғанда жағымсыз әсері байқалған жоқ. Сондықтан ацеклоранды «Қатқан иық» синдромымен науқастарға тандаулы препарат ретінде ұсынуға болады.

Түйінді сөздер: «Қатқан иық», ацеклоран.

EXPERIENCE IN TREATING THE SYNDROME OF "FROZEN SHOULDER" IN OUTPATIENT PRACTICE

T.V.Kaymak, I.V.Charapkina, E.V.Esikova, N.T.Sabyrbayeva

Semey State Medical University Department of Neurology, Semey

The article is devoted to the comparative analysis of Acecloran (aceclofenac) and Diclofenac's efficiency in case of the "frozen shoulder" syndrome on the data of the polyclinical patients' research in Semey. The clinical experience of use Acecloran at 50 of the patients has revealed its higher efficiency and absence of any side-effects in comparison with diclofenac, expressed in significant reduction of all clinical symptoms of the "frozen shoulder" syndrome, that has allowed to recommend acecloran as a preparation of a choice at the given pathology.

Keywords: "frozen shoulder", Acecloran.

Синдром «замороженного плеча» был введен в практику в 1932 г. Codman, отражает признак «скованности», ограничения движений в плечевом суставе при плечелопаточном периартрозе, адгезивном капсулите (МКБ-10, шифр M75,0), что является частой причиной обращения к врачу в амбулаторной практике – от 7 до 20% случаев в зависимости от возраста и профессии пациента [6, 7, 8]. Выделяют ортопедические и неврологические формы «замороженного плеча» или периартроза [2, 3]. При этом при неврологических формах часто идет поражение нервов, вызванных странгуляцией надлопаточного нерва в вырезке лопатки или компрессией подмышечного нерва в четырехстороннем отверстии. Капсулит может встречаться самостоятельно (первичный) – при остеохондрозе шейного отдела позвоночника - или развиваться на фоне другого заболевания (вторичный), в частности, при сахарном диабете 2 типа, достигая 10–30% случаев [1, 6, 7].

Распространенность заболевания в трудоспособном возрасте 40–65 лет, как правило, с поздней обращаемостью пациентов при уже

возникшей хронизации болевого синдрома, увеличивающей время пребывания пациента на больничном листе делает данную проблему значимой.

Для терапии данной патологии широко применяются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и миорелаксанты. Как правило, у НПВП довольно значительно выражены побочные эффекты, максимально проявляющиеся на уровне ЖКТ [4, 5]. Все это определило выбор наиболее оптимального по силе анальгетического эффекта и безопасности препарата, с относительно коротким периодом его полувыведения – отечественного НПВП с хондропротективным эффектом Ацеклорана (ацеклофенака) производства «ГлобалФарм». Ацеклоран – дериват фенилуксусной кислоты, обладающий коротким периодом полужизни (4 часа) и хорошей эффективностью, со значительным рядом преимуществ перед «стандартными» НПВП, в частности, хондропротекторной активностью [8,9]. Он ингибирует оба изофермента циклооксигеназы с преимущественным угнетением ЦОГ-2,

минимальным угнетением «физиологической» ЦОГ-1 а также подавляет синтез ряда провоспалительных цитокинов. Ацеклофенак всасывается в организме с пиковой концентрацией препарата в крови уже через 1–3 часа после приема, при этом в синовиальной жидкости она составляет около 50% от плазменной. Результаты многих исследований свидетельствуют о способности ацеклофенака оказывать влияние на процессы деградации матрикса хряща за счет ингибирования активности ИЛ-1 β и стимуляции синтеза глюкозаминогликанов (ГАГ) в хряще при остеоартрозе [8, 9]. Назначение его в этих случаях оказывает как симптомо-модифицирующий, так в некоторой степени и патогенетический эффект.

Целью работы явился анализ опыта клинического применения ацеклофенака (ацеклорана) - как наиболее эффективного препарата - при вертебрально обусловленном синдроме замороженного плеча по данным амбулаторного приема МЦ ГМУ и ПСТ №1 г.Семей.

Обследованы и пролечены 50 пациентов, страдающих остеохондрозом шейного уровня, в сочетании с синдромом замороженного плеча - 34 мужчин и 16 женщин в возрасте от 28 до 63 лет (средний возраст 36,5 года) – основная группа, получавшие ацеклоран и 30 пациентов (15 мужчин и 15 женщин, ср.возраст 38,9 лет) – контрольная

группа, получавшие диклофенак. У всех диагнозов был подтвержден рентгенологическими, КТ исследованиями и данными развернутой клинической картины в стадии обострения. Клиническая картина у всех была сопоставима по степени тяжести и включала боли (в области дельтовидной мышцы, под акромионом, около большого бугорка плечевой кости) с незначительной зоной иррадиации в передне-внутреннюю поверхность плеча, преобладание боли при движении, определенное ограничение активного движения плеча и ротации, с фиксацией плеча в состоянии приведения; относительную сохранность объема пассивных движений. Пальпация большого бугорка плечевой кости обнаруживала болезненность, крепитацию при движении, реже - локальную припухлость.

Ацеклоран и диклофенак назначались на фоне вспомогательной терапии в дозе 100 мг 2 раза в день (основная группа) и 50 мг 3 раза в день (контрольная группа) в течение 30 дней. Клинический эффект оценивался по динамике болевого синдрома, изменению объема движений в пораженном двигательном сегменте и «замороженном» суставе, изменению мышечного тонуса, чувствительных нарушений, что отражено в нижеприведенной таблице 1.

Симптомы	Ацеклоран 100мг 2 р/сут, n=50		Диклофенак 50 мг 3 р/сут, n=30	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Боль по ВАШ:				
1. при движении	7,5 балла	3 балла	7,5 балла	3,5 балла
2. в покое	5,5 балла	1,5 балла	5,5 балла	2 балла
Максимальный подъем руки вверх	60 ⁰	130 ⁰	65 ⁰	105 ⁰
Отведение руки	30 ⁰	60 ⁰	20 ⁰	45 ⁰
Наружная ротация	3 балла	4,5 балла	2,5 балла	4 балла
Снижение силы в наружных ротаторах плеча (попытка причесаться)				
Внутренняя ротация (попытка завести руку за спину)	10 ⁰	45 ⁰	15 ⁰	40 ⁰
Болезненны и/или ограничены все движения	n=37	n= 15	n=23	n=14
Снижение лопаточного рефлекса	n=32	n=19	n=23	n=16
Боли в области ЖКТ	n=7	n=7	n=3	n=18

Всеми больными Ацеклоран переносился хорошо, побочных эффектов ни у кого выявлено не было. В первые 2 - 3 дня при выраженном болевом синдроме пациенты отмечали исчезновение боли через 1 ч. на 3-4,5 часа, затем боли медленно

возвращались, но не достигали исходного уровня, а были по ВАШ на 30-40% меньше, при этом выражено нарастал объем движений в пораженном плечевом суставе; в последующие дни после утреннего приема боли исчезали в

течение 40 минут, со значительным нарастанием обезболивающего эффекта по времени в течении дня. После 10 дней приема пациентами отмечался выраженный положительный эффект по всем клиническим параметрам, который, как правило сохранялся стойко до вечернего приема, позволял пациентам работать «замороженным» суставом, что отражалось в значительном увеличении объема движений в нем, в 40% случаев (у 20-ти больных) – до восстановления движений в суставе в полном объеме, - и сохранялось на всем протяжении приема препарата в течении 30 дней.

В контрольной же группе ни у одного пациента не было восстановления движений в суставе до полного объема, при этом у 50% на фоне лечения появились выраженные боли в области ЖКТ, что потребовало дополнительной гастропротекторной терапии. С учетом этих данных применение ацеклорана при плечелопаточном периартрозе является патогенетически наиболее обоснованным, также можно рекомендовать данный НПВП как препарат выбора в комплексной схеме лечения пациентов с синдромом «замороженного плеча» в амбулаторной практике.

Литература:

1. Беленький А. Г. Патология плечевого сустава. Плечелопаточный периартрит. Прощание с термином: от приблизительности – к конкретным нозологическим формам. «Consilium medicum», 2004, т. 6, №2.
2. Берзиньш Ю.Э., Бреманис Э.Б., Ципарсоне Р.Т. Синдром запястного канала. – Рига: Зинатие, 1982. – 142с.
3. Жулев Н.М., Бадзгарадзе Ю.Д., Жулев С.Н. Остеохондроз позвоночника: Руководство для врачей. Серия «Мир медицины». – СПб.: «Лань». – 592с.
4. Камчатнов П. Р. Современные подходы к ведению больных с болью в спине. «Consilium medicum», 2004, т. 6, № 8, с. 557–561.
5. Левин О.С. Диагностика и лечение неврологических проявлений остеохондроза позвоночника. «Consilium medicum», 2004, т. 6, № 8, с. 547-555.
6. Никифоров А. С., Коновалов А. Н. Гусев Е.И. «Клиническая неврология», т. II, М., «Медицина», 2002, стр. 297–312.
7. Никифоров А.С., Мендель О.И.. Плечелопаточный болевой синдром: современные подходы к диагностике и лечению. РМЖ, 2006, том 14, №8, с.621
8. Чичасова Н.В. Место медленнодействующих препаратов в рациональной терапии деформирующего остеоартроза. «Consilium medicum», 2005, т. 7, № 8.
9. Macta Doly, Carolina M. Spenser, Cristoffer G. Dann. – переводное издание - «Ацеклофенак - Действие Ацеклофенака при болях и ревматических заболеваниях» - Общество международной медицинской помощи, Окленд, Новая Зеландия. - 2006г, 48с.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПАРАВЕРТЕБРАЛЬНЫХ БЛОКАД С ПРЕПАРАТОМ КСЕФОКАМ У ПАЦИЕНТОВ С ВЕРТЕБРОГЕННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

*Кайшибаев Н.С., Кудайбергенова А.С., Хасенова Г.П., Кайшибаева Г.С., Ма Н.Ю., Еркебаева А.Е.
Алматинский государственный институт усовершенствования врачей, Кафедра неврологии,
НПЦ «Институт неврологии имени Смагула Кайшибаева», г. Алматы*

Проведенное нами клиническое исследование у 40 пациентов с вертеброгенной патологией показало значительную эффективность применения препарата Ксефокам (сочетания медикаментозных блокад и внутримышечного введения в дозе 8 мг два раза в сутки в течение 5 дней + внутримышечного введения в дозе 8 мг два раза в сутки в течение 5 дней). Такое подбор терапии препаратом Ксефокам способствует выраженному регрессу неврологических симптомов, купированию болевого синдрома и возможности успешного проведения реабилитационных мероприятий с целью расширения двигательной активности, что значительно улучшает качество жизни пациентов.

Ключевые слова: медикаментозная блокада, вертеброгенная патология, ксефокам.

ВЕРТЕБРОГЕНДІ ПАТОЛОГИЯСЫ БАР НАУҚАСТАРҒА КСЕФОКАМ ПРЕПАРАТЫМЕН ПАРАВЕРТЕБРАЛДЫ БЛОКАДТАРДЫ ҚОЛДАНУЫНЫҢ ТӘЖІРИБЕСІ

Қайшыбаев Н.С., Құдайбергенова А.С., Хасенова Г.П., Қайшыбаева Г.С., Ма Н.Ю., Еркебаева А.Е.

Вертеброгенді патологиясы бар 40 емделушілерге біз өткізген клиникалық зерттеуде Ксефокам препараттың (5 күннің ішінде дәрі-дәрмекпен блокадамен тіркес және бұлшық етке егуде тәулігіне 8 мг мөлшерде екі рет + 5 күннің ішінде бұлшық етке егуде тәулігіне тәулігіне 8 мг мөлшерде екі рет) қолдануының түбегейлі тиімділігін көрсетті. Ксефокам препараттың мұндай терапияның таңдап алуы неврологиялық симптомдардың бейнеленген регрессі, қатерлі синдромның жойылуына және емделушілердің тұрмыс сапасын едәуір жақсарту мақсатында қимыл белсенділігінің кеңейтуін оңалту шараларының табысты өткізуіне мүмкіндік туғызады.

Түйінді сөздер: дәрі-дәрмекпен блокада, вертеброгенді патология, ксефокам.

THE EXPERIENCE BY THE USE OF PARAVERTEBRAL BLOCKADE WITH DRUG KSEFOKAM IN PATIENTS WITH VERTEBRAL PATHOLOGY

Kaishibayev N.S., Kudaibergenova A.S., Khassenova G.P., Kaishibayeva G.S., Ma N., Erkebayeva A.E.

We conducted a clinical study in 40 patients with vertebral pathology showed significant efficacy of the drug Ksefokam (a combination of pharmacological blockade and intramuscular injection at a dose of 8 mg twice daily for 5 days + intramuscular injection at a dose of 8 mg twice daily for 5 days). This selection of drug therapy Ksefokam pronounced regression of neurological symptoms, relief of pain and the possibility of the success of the rehabilitation measures in order to increase physical activity, which significantly improves the quality of life for patients.

Keywords: pharmacological blockade, vertebral pathology, ksefokam.

Проблема заболеваний позвоночника привлекает врачей различных специальностей, что обусловлено значительной распространенностью заболевания, поражающего людей в самом работоспособном возрасте, и, главным образом, полиморфизмом синдромов.

Наиболее часто встречающейся тяжелой формой дегенеративно-дистрофического поражения позвоночника является остеохондроз, согласно мультифакториальной природе которого для развития данного заболевания необходима генетическая предрасположенность, конституциональные особенности, аномалии позвоночника, особенности функционирования двигательного аппарата, сопутствующие заболевания позвоночника и других органов, физические, биохимические и инфекционные факторы [1, 2, 3].

Разнообразие клинических проявлений остеохондроза позвоночника зависят от очага поражения в различных структурах позвоночно-двигательного сегмента (ПДС), изменений в самой нервной, мышечной и сосудистой системах (Попелянский Я.Ю., 1989). В зависимости от этого идет формирование различных симптомокомплексов: мышечно-тонических, нейромиеодистрофических, нейрососудистых (Коган О.Г. и др.). Регресс неврологической симптоматики у больных с нейро-мышечным болевым синдромом при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника зависит от комплексной терапии, направленной на все звенья механизма развития заболевания, в сочетании с нейрореабилитационными мероприятиями [4-7].

Более чем 50-ти летний мировой опыт применения локальной инъекционной терапии показал, что целенаправленное введение лечебных препаратов в патологический ПДС у пациентов с вертеброгенной патологией способствует надежному и зачастую на длительное время купированию болезненных проявлений и сохранению трудоспособности миллионам пациентов и с этой точки зрения может рассматриваться как уникальный, незаменимый метод лечения. При помощи блокад разрывается порочный круг "боль - мышечный спазм - боль" [8]. В настоящее время, при выполнении медикаментозных блокад используются кортикостероиды, вызывающие побочные эффекты. Поэтому в нашем исследовании предложен наиболее безопасный препарат Ксефокам для проведения медикаментозных блокад у пациентов с вертеброгенной патологией.

Цели исследования:

1. Оценить эффективность препарата Ксефокам в комплексном лечении пациентов с нейро-мышечным болевым синдромом у пациентов с вертеброгенной патологией.

2. Сравнить результаты терапии в контрольной и основной группах с учетом комплекса медикаментов.

Место проведения исследования:

Исследование проводилось сотрудниками научно-практического центра «Институт неврологии имени Смагула Кайшибаева» на базе санатория «Ак булак» Талгарского района Алматинской области.

Материалы и методы:

В исследование были включены 40 пациентов с нейро-мышечным болевым синдромом при

вертеброгенной патологии, которые были разделены на 2 равновеликие группы. В контрольную группу вошли 20 пациентов, которым проводилось общепринятое медикаментозное лечение (ксефокам 8 мг внутримышечно два 2 раза в сутки в течение 10 дней, миорелаксанты, витаминотерапия), физиолечение, кинезиотерапия, массаж поясницы. В основную группу вошли 20 пациентов, которым наряду с вышеуказанным комплексом терапии проводились медикаментозные блокады с препаратом Ксефокам в дозе 8 мг в утреннее время, в вечернее время - в дозе 8 мг внутримышечно в течение 5 дней, в оставшиеся 5 дней по 8 мг в/м два раза в сутки.

В обеих группах все больные были разделены по возрасту и полу, распределение которых было следующим образом: в контрольной группе – 7 (35%±10,67) женщин, 13 (65%±10,67) мужчин; в основной группе – 9 (45%±11,12) женщин, 11 (55%±11,12) мужчин. В контрольной группе в возрасте от 40 до 50 лет было 8 (40%±10,95) пациентов, среди них 3 (15%±7,98) женщины, 5 (25%±9,68) мужчин; в возрасте от 51 до 60 лет 8 (40%±10,95) пациентов: из них 3 (15%±7,98) женщины, 5 (25%±9,68) мужчин; в возрасте от 61 до 65 лет 4 (20%±8,94) пациента, из них 1 (5%±4,87) женщина, 3 (15%±7,98) мужчин (таблица 1).

Таблица 1 - Распределение пациентов с нейро-мышечным болевым синдромом при вертеброгенной патологии в контрольной группе по возрасту и полу (P±m%)

	40-50 лет	51-60 лет	61-65 лет	Всего
Женщины	3 (15%±7,98)	3 (15%±7,98)	1 (5%±4,87)	7 (35%±10,67)
Мужчины	5 (25%±9,68)	5 (25%±9,68)	3 (15%±7,98)	13 (65%±10,67)
Всего	8 (40%±10,95)	8 (40%±10,95)	4 (20%±8,94)	20 (100%)

В основной группе было: в возрасте от 40 до 50 лет было 9 (45%±11,12) пациентов, среди них 4 (20%±8,94) женщины, 5 (25%±9,68) мужчин; в возрасте от 51 до 60 лет 8 (40%±10,95) пациентов:

из них 4 (20%±8,94) женщины, 4 (20%±8,94) мужчин; в возрасте от 61 до 65 лет всего 3 (15%±7,98) пациента, из них 1 (5%±4,87) женщина и 2 (10%±6,71) мужчин (таблица 2).

Таблица 1 - Распределение пациентов с нейро-мышечным болевым синдромом при вертеброгенной патологии в основной группе по возрасту и полу (P±m%)

	40-50 лет	51-60 лет	61-65 лет	Всего
Женщины	4 (20%±8,94)	4 (20%±8,94)	1 (5%±4,87)	9 (45%±11,12)
Мужчины	5 (25%±9,68)	4 (20%±8,94)	2 (10%±6,71)	11 (55%±11,12)
Всего	9 (45%±11,12)	8 (40%±10,95)	3 (15%±7,98)	20 (100%)

В исследование включались пациенты от 40 до 65 лет с умеренным или выраженным болевым синдромом (оценка по ВАШ не менее 6,5 баллов) с длительностью обострения не менее 2-3 месяцев. Критерии включения: пациенты с грыжами и протрузиями межпозвонковых дисков на различных уровнях позвоночника, остеохондроза шейного и поясничного отделов позвоночника. Критерии исключения: пациенты с последствиями травм и операций на позвоночнике, а также возраст пациентов моложе 40 лет и старше 65 лет. Отбор пациентов осуществлялся на основании представленных медицинских документов и обследований, проведенных по месту жительства

(МРТ (КТ) шейного и поясничного отделов позвоночника и рентгенография шейного и поясничного отделов позвоночника в 2-х проекциях).

В контрольной группе МРТ исследование проведено у 10 (25%±6,85) и КТ – у 6 (15%±5,65) пациентов, рентгенография поясничного отдела позвоночника в 2-х проекциях – у 4 (10%±4,74) пациентов; в основной группе МРТ исследование проведено у 11 (27,5%±7,06) пациентов, КТ исследование – у 5 (12,5%±5,23) пациентов, рентгенография поясничного отдела позвоночника в 2-х проекциях – у 4 (10%±4,74) (таблица 3).

Таблица 3 - Количество МРТ (КТ) и рентгенографических исследований различных отделов позвоночника у пациентов вертеброгенной патологией в контрольной и основной группах ($P \pm m\%$)

	Контрольная группа	Основная группа	Всего
МРТ исследование	10 (25%±6,85)	11 (27,5%±7,06)	21 (52,5%±7,90)
КТ исследование	6 (15%±5,65)	5 (12,5%±5,23)	11 (27,5%±7,06)
Рентгенография	4 (10%±4,74)	4 (10%±4,74)	8 (20%±6,32)
Всего	20 (50%±7,91)	20 (50%±7,91)	40 (100%)

Результаты и обсуждение:

До лечения всем пациентам в обеих группах проводилось неврологическое обследование. Наиболее часто встречающиеся симптомы и

синдромы у пациентов с вертеброгенной патологией в контрольной и основной группах до лечения представлены в таблицах 4 и 5.

Таблица 4 - Клинико-неврологическая характеристика симптомов и синдромов у пациентов с вертеброгенной патологией в контрольной группе до лечения ($P \pm m\%$)

№ п/п	Симптомы, синдромы	Контрольная группа (n=20)
1	Болевой синдром	20 (100%)
2	Дефанс мышц	15 (75%±9,68)
3	Анталгическая поза	4 (20%±8,94)
4	Сколиоз	5 (25%±9,68)
5	Болезненность паравертебральных точек	20 (100%)
6	Иррадиация боли в нижнюю конечность	7 (35%±10,67)
7	Симптомы натяжения нервных стволов	13 (65%±10,67)
8	Снижение или оживление коленных и ахилловых рефлексов	11 (55%±11,12)
9	Чувствительные расстройства	3 (15%±7,98)

Таблица 5 - Клинико-неврологическая характеристика симптомов и синдромов у пациентов с вертеброгенной патологией в основной группе до лечения ($P \pm m\%$)

№ п/п	Симптомы, синдромы	Основная группа (n=30)
1	Болевой синдром	20 (100%)
2	Дефанс мышц	14 (70%±10,25)
3	Анталгическая поза	5 (25%±9,68)
4	Сколиоз	6 (30%±10,25)
5	Болезненность паравертебральных точек	20 (100%)
6	Иррадиация боли в нижнюю конечность	6 (30%±10,25)
7	Симптомы натяжения нервных стволов	12 (60%±10,95)
8	Снижение или оживление коленных и ахилловых рефлексов	10 (50%±11,18)
9	Чувствительные расстройства	2 (10%±6,71)

До лечения клинико-неврологическая характеристика у пациентов с вертеброгенной патологией в контрольной и основной группах была приблизительно одинаковой. Болевой синдром и болезненность паравертебральных точек отмечены у всех пациентов в обеих группах – 40 (100%); дефанс мышц поясницы выявлен у 15 (75%±9,68) пациентов в контрольной группе, у 14 (70%±10,25) – в основной; анталгическая поза в контрольной группе выявлена у 4 (20%±8,94)

пациентов, в основной – у 5 (25%±9,68); со сколиозом в контрольной группе было 5 (25%±9,68) пациентов, в основной – 6 (30%±10,25); 7 (35%±10,67) пациентов в контрольной группе и 6 (30%±10,25) – в основной - жаловались на иррадиацию болей в нижние конечности; симптомы натяжения нервных стволов в контрольной группе отмечены у 13 (65%±10,67) пациентов, в основной – у 12 (60%±10,95); снижение или оживление коленных и ахилловых

рефлексов было у 11 ($55\pm 11,12$) пациентов в контрольной группе и у 10 ($50\pm 11,18$) – в основной; чувствительные расстройства выявлены в обеих группах соответственно – у 3 ($15\pm 7,98$) и 2 ($10\pm 6,71$) пациентов.

В результате лечения регресс клинично-неврологической симптоматики значительно отличался в основной группе по сравнению с контрольной группой (таблицы 6 и 7).

Таблица 6 - Клинико-неврологическая характеристика симптомов и синдромов у пациентов с вертеброгенной патологией в контрольной группе после лечения ($P\pm m\%$)

№ п/п	Симптомы, синдромы	Контрольная группа	
		После лечения	Регресс
1	Болевой синдром	8 ($40\pm 10,95$)	-12 ($60\pm 10,95$)
2	Дефанс мышц	5 ($25\pm 9,68$)	-10 ($50\pm 11,18$)
3	Анталгическая поза	1 ($5\pm 4,87$)	-3 ($15\pm 7,98$)
4	Сколиоз	1 ($5\pm 4,87$)	-4 ($20\pm 8,94$)
5	Болезненность паравerteбральных точек	8 ($40\pm 10,95$)	-12 ($60\pm 10,95$)
6	Иррадиация боли в нижнюю конечность	3 ($15\pm 7,98$)	-4 ($20\pm 8,94$)
7	Симптомы натяжения нервных стволов	4 ($20\pm 8,94$)	-9 ($45\pm 11,12$)
8	Снижение или оживление коленных и ахилловых рефлексов	4 ($20\pm 8,94$)	-7 ($35\pm 10,67$)
9	Чувствительные расстройства	1 ($5\pm 4,87$)	-2 ($10\pm 6,71$)

Таблица 7 - Клинико-неврологическая характеристика симптомов и синдромов у пациентов с вертеброгенной патологией в основной группе после лечения ($P\pm m\%$)

№ п/п	Симптомы, синдромы	Основная группа	
		После лечения	Регресс
1	Болевой синдром	1 ($5\pm 4,87$)	-19 ($95\pm 4,87$)
2	Дефанс мышц	1 ($5\pm 4,87$)	-13 ($65\pm 10,67$)
3	Анталгическая поза	-	-5 ($25\pm 9,68$)
4	Сколиоз	-	-6 ($30\pm 10,25$)
5	Болезненность паравerteбральных точек	1 ($5\pm 4,87$)	-19 ($95\pm 4,87$)
6	Иррадиация боли в нижнюю конечность	-	-6 ($30\pm 10,25$)
7	Симптомы натяжения нервных стволов	1 ($5\pm 4,87$)	-11 ($55\pm 11,12$)
8	Снижение или оживление коленных и ахилловых рефлексов	1 ($5\pm 4,87$)	-9 ($5\pm 4,87$)
9	Чувствительные расстройства	1 ($5\pm 4,87$)	-1 ($5\pm 4,87$)

Согласно данным, представленным в таблицах 6 и 7, у пациентов с вертеброгенной патологией в основной группе отмечался значительный регресс неврологических симптомов и синдромов по сравнению с результатами клинично-неврологического обследования, проведенного в контрольной группе после лечения. После лечения в основной группе полностью отсутствовали жалобы на иррадиацию болей в нижнюю конечность, отмечался полный регресс антalgической позы и сколиоза. У пациентов после лечения в основной группе, у которых наряду с базовой терапией проводилась терапия медикаментозными блокадами с препаратом Ксефокам болевой синдром регрессировал у 19 ($95\pm 4,87$), дефанс мышц у 13 ($65\pm 10,67$), болезненность паравerteбральных точек у 19

($95\pm 4,87$), симптомы натяжения нервных стволов у 11 ($55\pm 11,12$), снижение или оживление коленных и ахилловых рефлексов у 9 ($5\pm 4,87$). Чувствительные расстройства в основной группе сохранились у – 1 ($5\pm 4,87$) пациента.

Для оценки двигательной активности позвоночника и нижних конечностей заполнялся модифицированный вариант шкалы Вадделя, включающий 4-х балльную оценку (от 0 до 3,0 с общей оценкой от 0 до 30 баллов) десяти показателей: угол сгибания и разгибания поясничного отдела, угол бокового наклона вправо и влево, угол подъема выпрямленных правой и левой ног, напряжение паравerteбральных мышц, выраженность сколиоза, способность удерживать на весу обе выпрямленные ноги, усаживание в

постели из положения лёжа (Waddel G.) (таблицы 8 и 9).

Таблица 8 - Шкала оценки двигательной активности позвоночника и нижних конечностей Вадделя (Waddel G.) у пациентов с вертеброгенной патологией в контрольной группе до и после лечения

№ п/п	Показатели двигательной активности	До лечения	После лечения
1	Угол сгибания поясничного отдела	2,33	1,43
2	Угол разгибания поясничного отдела	2,47	1,43
3	Угол бокового наклона вправо	2,67	2,17
4	Угол бокового наклона влево	2,67	2,27
5	Угол подъема выпрямленной правой ноги	2,17	1,47
6	Угол подъема выпрямленной левой ноги	2,17	1,47
7	Напряжение паравертебральных мышц	1,87	1,06
8	Выраженность сколиоза	1,5	0,9
9	Способность удерживать на весу обе выпрямленные ноги	1,3	0,87
10	Усаживание в постели из положения лёжа	1,73	1,13
	Всего	20,91	14,2

Таблица 9 - Шкала оценки двигательной активности позвоночника и нижних конечностей Вадделя (Waddel G.) у пациентов с вертеброгенной патологией в основной группе до и после лечения

№ п/п	Показатели двигательной активности	До лечения	После лечения
1	Угол сгибания поясничного отдела	2,47	1,33
2	Угол разгибания поясничного отдела	2,47	1,33
3	Угол бокового наклона вправо	2,67	2,07
4	Угол бокового наклона влево	2,67	2,07
5	Угол подъема выпрямленной правой ноги	2,17	1,33
6	Угол подъема выпрямленной левой ноги	2,17	1,33
7	Напряжение паравертебральных мышц	1,9	0,93
8	Выраженность сколиоза	1,61	0,67
9	Способность удерживать на весу обе выпрямленные ноги	1,37	0,47
10	Усаживание в постели из положения лёжа	1,73	1
	Всего	21,23	12,53

Согласно данным таблиц 8 и 9 при оценке двигательной активности поясничного отдела позвоночника и нижних конечностей по шкале Вадделя (Waddel G.) у пациентов с нейро-мышечным болевым синдромом при вертеброгенной патологии в основной группе после лечения результаты были выше, чем у пациентов в контрольной группе. Суммарный показатель в контрольной группе до лечения был 20,91 баллов, после лечения - 14,2; в основной группе до лечения был 21,23 баллов, после лечения - 12,53. Если показатель по шкале Вадделя в контрольной группе уменьшился на 6,71 балла, то в основной группе этот показатель уменьшился на 8,7 балла, что свидетельствует о положительном влиянии сочетания медикаментозных блокад в в/м введением препарата Ксефокам в дозе 8 мг 2 раза в сутки в течение 10 дней.

Выводы:

www.kaznmu.kz

Результаты проведенного нами клинического исследования терапевтической эффективности препарата Ксефокам у пациентов с нейро-мышечным болевым синдромом при вертеброгенной патологии указывают на то, что совокупное действие комплексного лечения (НПВС, миорелаксанты, витаминотерапия, кинезиотерапия, массаж поясницы) в сочетании медикаментозных блокад и в/м введения препарата Ксефокам в дозе 8 мг 2 раза в сутки в течение 10 дней способствует выраженному регрессу неврологических симптомов, купированию болевого синдрома и возможности успешного проведения реабилитационных мероприятий с целью расширения двигательной активности, что значительно улучшает качество жизни пациентов.

Литература:

1. Поражения спинного мозга при заболеваниях позвоночника /Под ред. В.В. Михеева, И.М. Иргера, И.П. Коломойцева и др.- М.: Медицина, 1972.- 431с.
2. Епифанов В.А., Епифанов А.В. Восстановительное лечение при заболеваниях и повреждениях позвоночника.- М.: «МЕДпресс-информ», 2008.- 383с.
3. Лобзин В.С. Болевой синдром при заболеваниях нервной системы. /Болевой синдром. Под редакцией В.А. Михайловича, Ю.Д. Игнатова.- Л.: Медицина, 1990.- С.5-10.
4. Гусев Е.И., Бурд Г.С., Никифоров А.С. Неврологические симптомы, синдромы, симптомокомплексы и болезни.- М.: Медицина, 1999г.
5. Белова А.Н., Щепетова О.Н. Руководство по реабилитации больных с двигательными нарушениями.- М.: Антидор, 1999.- 648с.
6. Васильева Л.Ф. Мануальная диагностика и терапия. Клиническая биомеханика и патобиомеханика.- СПб.: Фолиант, 2001.- 399с.
7. Лечение поясничных спондилогенных неврологических синдромов. /Под ред. А.А. Скоромца.- СПб.: Гиппократ, 2001.
8. В.В.Крючков Методическое руководство. «Инфильтрационная терапия остеохондроза позвоночника».- Алматы 2012.-с. 3

КОМПЛЕКСНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ХОНДРОПРОТЕКТОРОВ В ТЕРАПИИ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА.

Каримова А.С.¹, Батырханова П.К.², Сагимбаева С.А.², Есентаева С.Б.¹

¹- *Казахский Национальный Медицинский Университет им. С.Д.Асфендиярова*

²- *Медицинский центр «Сункар»*

Комплексное применение фонофореза с мазью Хондроксид и перорального приема препарата Хондроксид способствует уменьшению болевого синдрома (по данным визуальной аналоговой шкалы), уменьшению мышечного тонуса (по данным индекса мышечного синдрома), а также способствует замедлению прогрессирования дегенеративно-дистрофических процессов в позвоночнике.

Ключевые слова: дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника, хондроитин сульфат, фонофорез.

ОМЫРТҚАНЫҢ ДЕГЕНЕРАТИВТІ-ДИСТРОФИКАЛЫҚ АУРУЛАРДЫҢ ХОНДРОПРОТЕКТИВТІ КЕШЕНДІ ҚОЛДАНЫСЫ ТЕРАПИЯСЫ.

Каримова А.С.¹, Батырханова П.К.², Сагимбаева С.А.², Есентаева С.Б.¹

¹-*С.Д.Аспандияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті*

²-*«Сункар» Медицина орталығы*

Хондроксид сылағының фонофорезбен және хондрокид препаратының пероральды түрінде кешенді қолданысы айрыну синдромының азаюына ықпал етеді (визуальді аналогты шәкілді деректер бойынша), бұлшықет тонусының төмендеуіне (бұлшықет синдромының индексі деректері бойынша), сонымен қатар омыртқадағы денеративті-дистрофикалық үдеу процесінің саябырсынуына ықпал етеді.

Түйінді сөздер: омыртқаның дегенеративті-дистрофикалық аурулар, хондроитин-сульфат, фонофорез.

COMPLEX USE OF CHONDROPROTECTORS IN THERAPY OF DEGENERATIVE DISEASES OF THE SPINE.

Karimova A.S.¹, Batyrkhanova P.K.², Sagimbayeva S. A.², Yesentayeva S.B.¹

¹- *Kazakh National Medical University named after S.D.Asfendiyarov*

²- *Medical Center "Sunkar"*

Complex use of phonophoresis with ointment "Chondroxidum" and oral administration of Chondroxidum reduces pain (according to visual analog scale), reduces muscle tone (according to the index of muscle syndrome), and slows the progression of degenerative processes in the spine.

Keywords: degenerative-dystrophic diseases of the spine, chondroitin sulfate, phonophoresis.

Боли в спине относятся к одним из самых частых жалоб, предъявляемых при обращении к врачу.

При этом наиболее частой причиной, приводящей к возникновению данных жалоб, является остеохондроз позвоночника. Согласно данным

ВОЗ, около 90 % населения планеты, хотя бы раз в жизни испытывали боли в спине. С подобными жалобами обращаются, в-основном, лица трудоспособного возраста, максимально представленные в возрастном диапазоне от 30 до 45 лет [1-3].

Термин «остеохондроз» был предложен Hildebrandt в 1933 году для определения обширного дегенеративного процесса, поражающего не только хрящ, но и субхондральную часть смежных позвонков. Этот термин получил широкое распространение. В настоящее время под термином «остеохондроз позвоночника» понимают первично развивающийся дегенеративный процесс в межпозвонковых дисках, что в свою очередь ведет к вторичному развитию реактивных и компенсаторных изменений в костно-связочном аппарате позвоночника [4].

Пусковым механизмом возникновения дегенеративных изменений в позвоночно-двигательном сегменте является нарушение питания диска. В межпозвонковом диске, испытывающем дефицит питания, запускаются патологические изменения, приводящие в далеко зашедших случаях к необратимым изменениям диска, а позднее и прилегающих связочно-мышечных и костно-суставных структур.

Существует множество факторов риска развития дегенеративных, дистрофических изменений позвоночника: гравитационный – смещение центра тяжести при перераспределении осевой нагрузки на позвоночник (при избыточном весе тела, ношении обуви на каблуках, плоскостопии, искривлениях позвоночника, сидячем образе жизни); динамический – длительное вынужденное положение, подъем тяжестей, вибрация; наследственный – доброкачественная семейная гипермобильность суставов; дисметаболический – аутоиммунные нарушения (хламидиоз, трихомониаз), токсические нарушения [5].

При недостатке питания диска, вызванного вышеперечисленными факторами риска, в хряще межпозвонкового диска нарушается синтез гликозаминогликанов, и как следствие, снижается гидрофильность и тургор диска, что в свою очередь приводит к нарушению подвижности позвоночника, снижению высоты тел межпозвонковых дисков, образованию трещин в фиброзном кольце, пролабации и выходу пульпозного ядра через поврежденное фиброзное кольцо, уплотнению костных пластинок с образованием краевых разрастаний (остеофитов), сдавлению образовавшимися выпячиваниями спинного мозга, корешков спинного мозга, а также находящихся в непосредственной близости

кровеносных сосудов. Дегенеративно-дистрофические процессы развиваются также в фасеточных суставах. Кроме того, под воздействием этих факторов в одном или нескольких позвоночных двигательных сегментах возникает асептическое воспаление, клинически проявляющееся болью и ограничением движений. Развивающиеся патологические изменения в позвоночнике в свою очередь могут привести к другим заболеваниям (за счет уменьшения трофики органов, мышц и др.). К таким заболеваниям, к примеру, относятся развивающиеся при остеохондрозе шейного отдела позвоночника плече-лопаточный периартроз и вертебробазиллярная недостаточность. Матрикс хряща состоит из гликозаминогликанов, воды и электролитов. Хондроитинсульфаты являются важным составным компонентом агрекана – основного протеогликана хрящевого матрикса. В организме человека встречаются 2 вида хондроитинсульфатов: хондроитин-4-сульфат и хондроитин-6-сульфат. Они построены одинаковым образом, отличие касается только положения сульфатной группы в молекуле N-ацетилгалактозамина [6].

Основную массу гликозаминогликанов межпозвонкового диска составляет хондроитин сульфат. Хондроитин сульфат образуется из глюкозамина и представляет собой крупную полианионную молекулу, является важной частью структуры хряща и определяет его физико-химические свойства, а также служит основой для синтеза гиалуроновой кислоты. Благодаря особенностям своей структуры и физико-химическим свойствам, гликозаминогликаны хрящевой ткани выполняют в организме человека следующие функции: специфически взаимодействуя с коллагеном, эластином, фибронектином, ламинином и другими белками межклеточного матрикса, являются структурными компонентами межклеточного матрикса; являясь полианионами, могут присоединять воду (1 молекула хондроитина способна связывать – 500 молекул воды), большие количества катионов (Na^+ , K^+ , Ca^{2+}) и таким образом участвовать в формировании тургора ткани [7].

Благодаря биохимическим особенностям протеогликанов хрящ сохраняет свою гидрофильность и упругость, что дает возможность межпозвонковым дискам выполнять свои функции. Коварность такого, на первый взгляд нетяжелого состояния, как остеохондроз, заключается в том, что заболевание развивается постепенно и незаметно для пациента, а дает о себе знать в осложненных случаях, когда появляются клинические симптомы воспаления, раздражения

или сдавления нервных и сосудистых образований. Арсенал лечебных воздействий (и терапевтических, и хирургических), применяемых в таких случаях, направлен, преимущественно, на купирование симптомов, развившихся к моменту обращения пациента к врачу. Но, необходимо понимать, что основная причина, т.е. дегенеративные изменения в позвоночнике, остаются и продолжают прогрессировать, и рано или поздно возникнут новые осложнения, на том же или уже на другом уровне позвоночника.

Согласно рекомендациям EULAR (Европейской антиревматической лиги) от 2003 года, выделена группа препаратов – SYSADOA – symptomatic slow acting drugs for osteoarthritis (симптоматические препараты замедленного действия для остеоартроза), обладающие симптоматическим действием и способные модифицировать структуру хряща. К ним относятся хондроитин сульфат, глюкозамина сульфат, неомыляемые соединения авокадо/сои, диацереин, гиалуроновая кислота [8, 9].

Рассмотрим действие хондроитин сульфата на хрящевую ткань. Среди фармакологических свойств препаратов хондроитин сульфата можно отметить то, что они имеют тропность к хрящевой ткани, ингибируют процессы хондролитизиса (за счет торможения активности коллагеназ), препятствуют повреждающему действию НПВП на хондроциты и матрикс хряща. Одновременно установлена стимуляция синтеза протеогликанов и коллагена, повышение продукции хондроцитами компонентов внеклеточного матрикса. Наряду с усилением анаболических и ослаблением катаболических процессов, хондроитин сульфат проявляет отчетливое противовоспалительное действие. Следует отметить, что эффект хондропротекторов развивается позднее, чем НПВП, но держится более длительно после прекращения лечения [10]. Дополнительным фактором, объясняющим противовоспалительное действие хондроитин сульфата, может быть его антитромботический эффект. Ввиду структурной близости к гепарину хондроитин сульфат способствует улучшению синовиальной и субхондральной микроциркуляции. Немаловажным преимуществом хондропротекторов является хорошая переносимость и отсутствие токсичности [11].

Из физиотерапевтических методов специфической тропностью воздействия на хрящевую ткань обладает ультразвук. Терапевтический ультразвук низких интенсивностей обеспечивает неповреждающий нагрев тканей и другие тепловые эффекты, а также стимуляцию и ускорение физиологических реакций при

воздействии на поврежденные ткани. Высокий коэффициент поглощения ультразвука в тканях с крупными молекулами обуславливает заметное нагревание коллагеновых структур, увеличивая растяжимость коллагенсодержащих тканей, способствуя восстановлению эластичности фибриллярного коллагена и регрессу контрактур. Ультразвук повышает растяжимость сухожилий, повышает степень эластичности рубцовой ткани. К анатомическим структурам, которые избирательно нагреваются ультразвуком относятся богатые коллагеном поверхностные слои кости, надкостница, суставные мениски, синовиальная жидкость, суставные сумки, внутримышечные рубцы, оболочки сухожилий, крупные нервные стволы [12, 13].

Действие терапевтического ультразвука:

- стимулирует синтез коллагена фибробластами
- способствует упорядочению архитектоники новообразованного коллагена
- корригирует окислительно-восстановительные процессы
- стимулирует процессы грануляции тканей
- способствует уменьшению отеков мягких тканей
- ускоряет процесс формирования костной мозоли после переломов
- повышает подвижность суставов
- способствует уменьшению мышечного спазма
- оказывает местное болеутоляющее действие
- повышает скорость местного кровотока
- расширяет сосуды и увеличивает транспорт кислорода к клетке
- корригирует расстройства микроциркуляции
- повышает проводимость нервно-мышечного аппарата

Таким образом, ультразвук и хондроитин сульфат по отдельности представляют большой интерес в лечении дегенеративно-дистрофических заболеваний. Еще больший интерес представляет сочетание фонофореза с хондроитин сульфатом и пероральный прием хондроитин сульфата у пациентов с различными проявлениями дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника. Известно, что фонофорез лекарственных препаратов усиливает местный кровоток, вызывает проникновение через кожу лекарственных препаратов непосредственно в зону применения, т.е., туда, где это действительно необходимо, не рассеиваясь по всему организму [12, 13]. Имеются работы, в которых показана высокая терапевтическая эффективность воздействия ультрафонофореза с хондроитин сульфатом (мазь Хондроксид) [14].

Среди множества хондропротекторов, представленных на рынке Казахстана, наибольший интерес для нас представил препарат Хондроксид.

Выбор его был обусловлен наличием различных форм выпуска (мазь и таблетки), что позволяет его применить в комбинированной терапии. Кроме того, относительная доступность по цене сыграла свою роль при выборе препарата, что также немаловажно, учитывая длительность применения его у пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями.

Хондроксид представляет собой вытяжку из хрящевой ткани крупного рогатого скота и состоит из хондроитин сульфата. Таким образом, это полностью натуральный препарат, обладающий высокой биодоступностью.

Целью нашего исследования было оценить эффективность комбинированной терапии хондропротекторами пациентов с болевым нейро-мышечным синдромом остеохондроза различных отделов позвоночника.

Материалы и методы исследования. Эффективность сочетанного применения хондроксида нами была оценена в группе пациентов (32 больных) с имеющейся картиной нейро-мышечного синдрома остеохондроза шейного, грудного и поясничного отделов позвоночника, с подтвержденными с помощью визуализационных методов (МРТ, КТ, рентгенография) дегенеративно-дистрофическими изменениями межпозвонковых дисков, фасеточных суставов и тел позвонков.

Пациенты были рандомизированы по возрасту (35-50 лет), полу (18 мужчин, 14 женщин). Среди них 23 пациента с остеохондрозом пояснично-крестцового отдела позвоночника, 6 пациентов – с остеохондрозом шейного отдела позвоночника и 3 пациентов – с остеохондрозом грудного отдела

позвоночника. Критериями исключения было наличие доброкачественных фиброзно-кистозных изменений в ткани молочной железы и миомы у женщин, и наличие доброкачественной гиперплазии предстательной железы у мужчин (противопоказания к назначению терапии ультразвуком) [12, 13].

Действие комбинированной терапии хондроксидом на выраженность болевого синдрома оценивалась с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ). Эффективность выбранной методики на степень выраженности нейро-мышечного синдрома оценивалась с помощью индекса мышечного синдрома (ИМС) [15, 16].

Всем пациентам после установки диагноза, до назначения терапии проводилось исследование ВАШ и ИМС (1 этап). После чего пациентам назначалась сочетанная терапия: фонофорез 5% мази хондроксид по 5 минут ежедневно в течение 10 дней, одновременно – прием хондроксида перорально – по 2 таблетки х 2 р/день в течение 3 мес. Эффект оценивался дважды: по окончании физиотерапевтического курса (2 этап) и по окончании перорального приема (3 этап).

Результаты и обсуждение. При первичном осмотре по данным ВАШ интенсивность болевого синдрома расценивалась пациентами как сильная боль – в 40,63 % случаев, как умеренная боль – в 59,37 % случаев. По данным ИМС – легкая степень в 65,63 % случаев, средняя степень – в 31,25 % случаев, тяжелая степень – в 3,12 % случаев.

Динамика выраженности болевого синдрома по данным ВАШ отражена на диаграмме, представленной на рисунке 1.

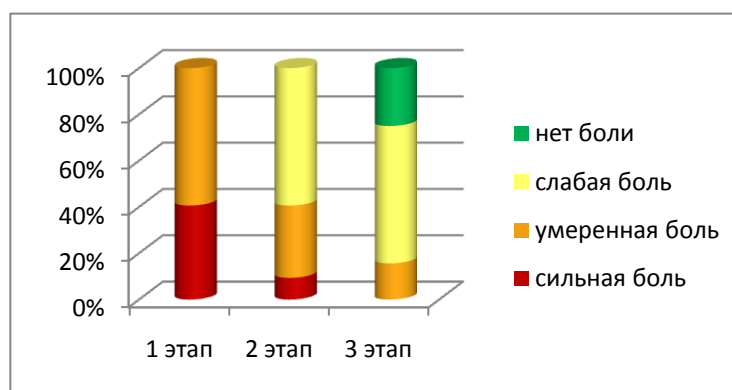


Рисунок 1. Динамика изменения выраженности болевого синдрома под влиянием комбинированной терапии хондроксидом.

Как видно на диаграмме, по окончании курса ультрафонофореза с хондроксидом (2 этап), значительно уменьшилось количество пациентов с сильным болевым синдромом: 9,38 % по

сравнению с исходными 40,63 %; уменьшилось количество пациентов с умеренным болевым синдромом с 59,37 % до 31,25 %, у 59,37 % боли трансформировались в слабовыраженные.

По окончании курса перорального приема хондроксида (3 этап) также уменьшилось количество пациентов с умеренно выраженным болевым синдромом (до 15,63 %). Пациентов, характеризующих боль как сильную, на 3 этапе

осмотра выявлено не было. В 25,00 % случаев отмечено полное исчезновение болевого синдрома.

Изменение интенсивности мышечного синдрома в динамике лечения показано на рисунке 2.

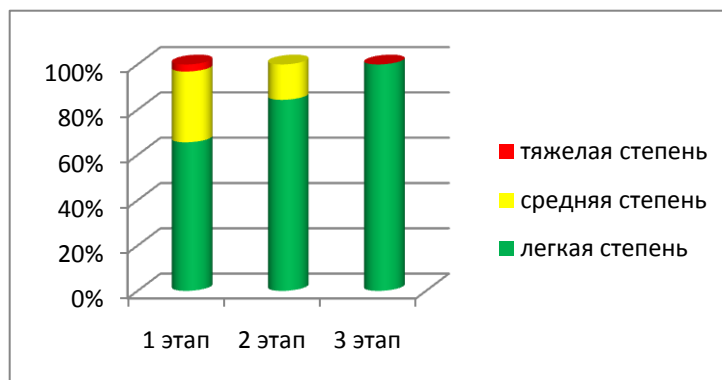


Рисунок 2. Динамика изменения интенсивности мышечного синдрома под влиянием комбинированной терапии хондроксидом.

По данным ИМС, на 2-м и 3-м этапах осмотра тяжелая степень мышечного синдрома не выявлялась. На 2-м этапе осмотра (по окончании курса ультрафонофореза с хондроксидом) средняя степень выраженности мышечного синдрома выявлялась в 15,63 % случаев по сравнению с исходными 31,25 %. По окончании курса перорального приема хондроксида средняя степень выраженности мышечного синдрома не выявлялась, у 100 % пациентов отмечена легкая степень выраженности мышечного синдрома.

Выводы.

1. Комплексное применение хондроксида (фонофорез и пероральное применение) уменьшает выраженность боли по данным визуальной аналоговой шкалы у пациентов с нейро-мышечным болевым синдромом остеохондроза позвоночника.

2. Комплексное применение хондроксида (фонофорез и пероральное применение) уменьшает выраженность мышечного синдрома по данным индекса мышечного синдрома у пациентов с нейро-мышечным болевым синдромом остеохондроза позвоночника.

Хотелось бы отметить, что главной целью лечения остеохондроза позвоночника является замедление структурно-функциональных изменений межпозвонковых дисков и хрящей фасеточных суставов, то есть максимально возможное торможение прогрессирования дегенеративно-дистрофического процесса. Второстепенной целью, хотя и главенствующей для пациента, является уменьшение боли и мышечного напряжения.

Литература:

1. Богачева Л.А., Снеткова Е.П. Боль в спине: клиника, патогенез, принципы ведения (опыт работы амбулаторного отделения боли в спине). Боль, 2005, 4, 26-30.
2. Манвелов Л.С., Тюриков В.М. Поясничные боли (этиология, клиника, диагностика и лечение). // РМЖ. – 2009. – Т. 17. - № 20 «Неврология. Психиатрия» - С.1290-1295.
3. Вознесенская Т.Г. Боли в спине и конечностях. Болевые синдромы в неврологической практике / под ред. А.М.Вейна. Москва: Медпресс, 1999, с. 217-283).
4. В.А.Епифанов, А.В.Епифанов. Остеохондроз позвоночника. Москва. «Медпресс-информ», 2008 г., 271 с.).
5. Ратбиль О.Е. Остеохондроз: современное состояние вопроса).
6. Биохимия: Учебник для ВУЗов. Под ред. Е.С.Северина., Изд. Гэотар-Медиа, 2003, 779 с.).
7. Н. Н. Зайко, Ю. В. Быць, А. В. Атаман. Патологическая физиология соединительной ткани. Патологическая физиология [Учебник для студентов мед. вузов]. Киев. "Логос", 1996).
8. K M Jordan, N K Arden, M Doherty, B Bannwarth, J W J Bijlsma, P Dieppe, K Gunther, H Häuselmann, G Herrero-Beaumont, P Kaklamanis, S Lohmander, B Leeb, M Lequesne, B Mazieres, E Martin-Mola, K Pavelka,

- A Pendleton, L Punzi, U Serni, B Swoboda, G Verbruggen, I Zimmerman-Gorska, and M Dougados. EULAR Recommendations 2003: an evidence based approach to the management of knee osteoarthritis: Report of a Task Force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESCISIT). *Ann Rheum Dis*, Dec 2003; 62: 1145 - 1155.
9. G. M. Papadimitriou. The management of osteoarthritis. Landing on the ground of reality. *Rheumatology* 2005. Vol. 44 No. 1. P. 130-131.
 10. Буйлова Т.В. Использование хондропротекторов в реабилитации пациентов с болью в нижней части спины. *Русский медицинский журнал*. № 12, 2011 г. С. 714-719.
 11. Хондропротекторы – основа конструктивной базисной терапии заболеваний суставов. Профессор, д.м.н. В.Г. Руденко, Одесский государственный медицинский университет.
 12. Физиотерапия: национальное руководство / под ред. Г.Н. Пономаренко. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 864 с.
 13. Пономаренко Г.Н., Турковский И.И. Биофизические основы физиотерапии: Учебное пособие.—М.: «Издательство«Медицина». 2006.— 176 с.
 14. Ультрафонофорез хондроксида — новый способ лечения больных остеоартрозом. Пособие для врачей Екатеринбург, 2004.
 15. Хабиров Ф.А., Хабиров Р.А. Мышечная боль. // Казань: Книжный дом. - 1995. - 205с.
 16. Breivik H., Borchgrevink P.C., Allen S.M., et al. Assessment of pain. // *British Journal of Anaesthesia*. 2008; 101 (1): 17–24.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РИТМИЧЕСКОЙ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МАГНИТНОЙ СТИМУЛЯЦИИ В ТЕРАПИИ ЭПИЛЕПСИИ

О.В. Кистень, В.В. Евстигнеев

Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск, Беларусь

Полученные результаты позволили обоснованно дополнить медикаментозное лечение эпилепсии проведением курса рТМС, добиться оптимального терапевтического результата для каждого пациента, с минимальным риском побочных эффектов, а также улучшить качество его жизни.

Ключевые слова: эпилепсия, качество жизни.

ЭПИЛЕПСИЯ ТЕРАПИЯСЫНДА ЫРҒАҚТЫ ТРАНСКРИНИАЛДЫ МАГНИТТІ СТИМУЛЯЦИЯНЫ ҚОЛДАНУЫНДА КЛИНИКАЛЫҚ МАҚСАТТЫЛЫҚ

О.В. Кистень, В.В. Евстигнеев

Белорус дәрігерлік академиясының дипломнан кейінгі білімі, Минск қаласы, Беларусь

Ырғақты транскраниалды магнитті стимуляция курсы өткізу барысында алған нәтижелер эпилепсияны дәрі-дәрмекпен емдеуін дәлелді толықтырды, әрбір емделушіге қосымша эффектінің ең төменгі тәуекелі үшін ұтымды терапиялық нәтижеге қол жеткізді, сонымен бірге өмір сүру сапасын арттыруға мүмкіндік берді.

Түйінді сөздер: эпилепсия, өмір сүру сапасы.

THE CLINICAL EXPEDIENCY OF RHYTHMIC TRANSCRANIAL MAGNETIC STIMULATION IN THE TREATMENT OF EPILEPSY

O.V. Kisten, V.V. Yevstigneyev

Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education, Minsk, Belarus

Combination of rTMS and low AEP doses allow controlling epilepsy progress and ensuring satisfactory anticonvulsive result. Data of research permit to reasonable addition of rTMS to epilepsy treatment for optimal result for each patient with minimal side effects and with quality of life improvement.

Keywords: epilepsy, quality of life.

Современный подход к проблеме лечения эпилепсии предусматривает решение ряда

вопросов, касающихся не только достижения максимального терапевтического эффекта в купировании приступов, но и адекватного и

www.kaznmu.kz

комфортного функционирования пациентов в обществе, т.е. улучшения качества их жизни. Вместе с тем, достижения фармакотерапии не привели к значительным изменениям в социальном статусе больных эпилепсией. Сегодня стало очевидным, что безвредных противосудорожных препаратов нет, а вероятность и выраженность побочных эффектов пропорциональны дозе принимаемого лекарства. Поэтому становится обоснованным и целесообразным использовать другие технологии, в частности физические факторы, в дополнение к антиэпилептическим препаратам [2]. Это позволит до минимума снизить их дозы и получить достаточный терапевтический эффект.

Результаты проведенных нами экспериментальных исследований показали, что ритмическая транскраниальная магнитная стимуляция (рТМС) с частотой 1 Гц обладает наиболее стабильным антиконвульсивным эффектом на различных моделях – в тесте максимального электрошока, коразоловых и пикротоксиновых судорогах. Полученные данные явились основанием для изучения противосудорожной эффективности рТМС в сочетании с антиконвульсантами, обладающими различными механизмами действия. Нами показано, что аддитивное действие минимально эффективных доз антиконвульсантов с различными механизмами действия и ритмической транскраниальной магнитной стимуляции указывает на универсальный механизм модулирующего влияния рТМС на процессы эпилептогенеза. С практической точки зрения важно, что сочетание рТМС с АЭП имеет более эффективный антиконвульсивный результат, чем монотерапия [1].

Цель исследования. Обосновать целесообразность клинического использования ритмической транскраниальной магнитной стимуляции в сочетанной терапии эпилепсии.

Материал и методы исследования. Изучены результаты клинико-anamnestического, электроэнцефалографического и нейровизуализационного исследований у 36 пациентов с эпилепсией. Из них 17 мужчин и 19 женщин, средний возраст – 28,1±1,2 лет. Обследование включало сбор анамнеза, клинический, неврологический осмотр больного, анализ частоты приступов и побочных эффектов антиконвульсантов, диффузионную тензорную МРТ головного мозга с трактографией, ЭЭГ-картирование, регистрацию когнитивного вызванного потенциала Р300 и мигательного рефлекса (21-канальный энцефалограф «Нейрон-Спектр-4/ВМП»; Нейрософт, Россия), оценку качества жизни с помощью QOLIE-31, оценку

степени тяжести приступов по опроснику SSQ, объективизацию сопутствующих тревожно-депрессивных расстройств с использованием шкалы оценки депрессии Бека и шкалы самооценки тревожности Спилбергера-Ханина.

Критериями включения был достоверный диагноз с определением эпилептического синдрома и типа припадков в соответствии с рекомендациями Международной противозэпилептической Лиги, а также необходимость снижения доз АЭП вследствие их побочных эффектов и отсутствие абсолютных противопоказаний к проведению рТМС (металлические клипсы в тканях мозга, электронный водитель ритма сердца или другие пейсмекеры). Двенадцать пациентов (33,3%) принимали монотерапию (топирамат или вальпроат натрия), двадцать четыре (66,7%) – комбинацию АЭП (вальпроат натрия в сочетании с топираматом, ламотриджином либо карбамазепином). Все пациенты дали письменное информированное согласие, утвержденное комитетом по этике БелМАПО, на проведение курсового лечения с использованием рТМС.

В течение всего времени наблюдения каждый пациент вел специальный календарь, в котором отмечался тип приступа, время его возникновения и длительность.

Для статистической обработки использовали алгоритмы программы Statistica 6.0.

Результаты и обсуждение. Все обследованные нами пациенты имели полиморфные приступы, которые представляли собой сочетание простых, сложных парциальных и генерализованных приступов у 18 (50%), у 8 (22,2%) пациентов имели место простые парциальные и генерализованные приступы, у 10 (27,8%) – сложные парциальные и генерализованные приступы.

Использование методики диффузионной взвешенной МРТ позволило выявить наличие структурных поражений у всех обследованных нами пациентов.

Частота приступов в месяц в группе обследованных пациентов составляла 8,2±1,0 (95% ДИ 6,2 - 10,2). Проведение анализа частоты приступов в месяц показало достоверное ее снижение в течение 3-х месяцев после начала сочетанной терапии с курсом рТМС ($p < 0,05$). Так, к окончанию третьего месяца респондентами с редукцией приступов на 100% приступов, оказались 66,8% пациентов. У 20% обследованных зарегистрировано уменьшение частоты приступов на 75%, у 6,6% - на 50%. Количество припадков сохранялось без изменений у 6,6%, однако степень тяжести их значительно снижалась, что подтверждалось результатами оценки по SSQ.

Согласно результатам электроэнцефалографического исследования до рТМС у 76,9% пациентов регистрировалась эпилептиформная активность. После 10 процедур рТМС количество пациентов с интериктальными эпилептическими ЭЭГ-феноменами достоверно снизилось ($p=0,002$). Повышение индекса тета-ритма на фоновой ЭЭГ более чем на 30% отмечалось на фоновой ЭЭГ у 46,2% пациентов. После проведения курса рТМС ЭЭГ параметры имели тенденцию к нормализации за счет увеличения мощности альфа-ритма с преобладанием средних частот (9-10 Гц), снижения представленности патологической медленно-волновой и высокочастотной активности. Улучшение показателей картирования вызванного потенциала Р300 заключалось в укорочении латентного периода и увеличении амплитуды основного пика N2-P3, а также в уменьшении выраженности межполушарной асимметрии когнитивного ответа. До проведения курса рТМС у всех пациентов регистрировались патологические паттерны мигательного рефлекса (МР) – гипервозбудимый и гиперсинхронный. После 10 процедур магнитной стимуляции только у 10% пациентов сохранялся гипервозбудимый тип МР, у остальных – нормо- или гиповозбудимый. Наличие нормовозбудимого или гиповозбудимого паттернов МР после 10 процедур рТМС коррелировало со снижением частоты приступов ($r=0,7$, $p=0,0027$).

До начала курса рТМС у 42% пациентов была объективизирована депрессия. Антидепрессантный эффект с включением рТМС был получен у 46% пациентов к десятой процедуре магнитной стимуляции ($p=0,00004$). К концу второго месяца

после выписки из стационара депрессивная симптоматика наблюдалась лишь у 9,7% пациентов ($p=0,0037$).

Перед курсом рТМС у 51,6% пациентов была объективизирована высокая степень личностной (ЛТ) и у 32,3% – высокая степень ситуативной тревожности (СТ). После курса магнитной стимуляции у 35,5% пациентов сохранялся высокий уровень ЛТ, а у 16,1% – высокий уровень СТ ($p>0,05$). Спустя 1,5 месяца после окончания курса рТМС высокая ЛТ объективизирована только у 22,6% ($p=0,017$), а высокая ЛТ – у 6,5% пациентов ($p=0,013$).

Анализ параметров опросника QOLIE-31 через 1 и 3 месяца от начала сочетанной терапии показал достоверное увеличение оценки КЖ по следующим показателям: общий балл, общий процент, боязнь приступов, общее качество жизни, энергичность/утомляемость, когнитивное функционирование, медикаментозные эффекты, социальное функционирование ($p<0,05$).

Заключение. Анализ результатов проведенного исследования с использованием рТМС и низких доз АЭП показал, что подобная комбинация фармакологических средств и физических факторов позволяет избежать развития побочных эффектов антиконвульсантов, обеспечивая высокую противосудорожную эффективность. Улучшение КЖ после комбинированной терапии рТМС связано со значимым уменьшением числа приступов, а также с антидепрессантным эффектом магнитной стимуляции.

Таким образом, полученные данные позволяют обоснованно дополнить медикаментозное лечение эпилепсии проведением курса рТМС.

Литература:

1. Кистень, О.В. Экспериментальное обоснование сочетанного применения ритмической транскраниальной магнитной стимуляции и антиконвульсантов / О.В. Кистень, В.В. Евстигнеев, Б.В. Дубовик // Медицинские новости, 2012. - №1. – С. 83-88.
2. Saillet, S. Manipulation the epileptic brain using stimulation: a review of experimental and clinical studies / S. Saillet [et al] // Epileptic Disord. – 2009. – Vol. 11 (2). – P. 100-112.

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С МИГРЕНЬЮ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Кудайбергенова А.С.

НПЦ «Институт неврологии имени Смагула Кайшибаева», г. Алматы

В статье представлен литературный обзор научно-обоснованных рекомендаций по ведению пациентов с мигренью. Рассмотрены вопросы дифференциальной диагностики головной боли. С позиции доказательной медицины представлены основные этапы ступенчатой терапии мигрени. Представлены специфические

препараты лечения приступов мигрени – триптаны, их особенности эффективности и безопасности в зависимости от используемой лекарственной формы.

Ключевые слова: головная боль, мигрень, лечение дифференциальная диагностика, триптан, имигран.

БАС САҚИНАСЫ АУРУЫМЕН НАУҚАС ЕМДЕЛУШІЛЕРДІ ТЕКСЕРІП-ЕМДЕУДІҢ ЖАЛПЫ ҚАҒИДАЛАРЫ

А.С. Құдайбергенова

Мақалада бас сақинасы ауруымен науқас емделушілерді тексеріп, емдеу жөніндегі ғылыми негізделген ұсыныстарға әдеби шолу жасалады. Бас ауруының дифференциал диагностикасы мәселелері қарастырылады. Бас сақинасы ауруын сатылы емдеудің негізгі кезеңдері дәлелді медицина тұрғысынан түсіндіріледі. Бас сақинасы ауруының ұстамаларын емдеуге арналған дәрі-дәрмектер – триптандар, олардың пайдаланылатын дәрі түріне байланысты тиімділігі мен қауіпсіздігі ерекшеліктеріне сипаттама беріледі.

Түйінді сөздер: бас ауыруы, бас сақинасы ауруы, емдеу, дифференциалды диагностика, триптан, имигран.

GENERAL PRINCIPLES OF PATIENTS WITH MIGRAINE TREATMENT

A.S. Kudayberganova

A literature review of evidence-based guidelines for treatment of patients with migraine is presented in the article. The problems of differential diagnosis of headache are considered. The main stages of sequential therapy of migraine are presented considering the perspective evidence-based medicine. Specific medication for treatment of migraine – triptans, their effectiveness and safety features depending on the dosage form are presented.

Keywords: headache, migraine, treatment, differential diagnosis, triptan, imigran.

Мигрень – хроническое заболевание, проявляющееся периодическими приступами пульсирующей головной боли, продолжительностью от 4 до 72 часов, как правило, односторонней локализации в лобно-глазнично-височной области, которая сопровождается повышением чувствительности к свету – фотофобия и к звуку – фонофобия, а также – тошнотой и иногда рвотой [1].

По данным ВОЗ – мигрень в списке 19 заболеваний, максимально нарушающих социальную адаптацию пациентов. Мигрень поражает преимущественно молодых людей трудоспособного возраста, наблюдается в популяции с частотой 10–15% и влияет на самые различные стороны жизни пациента: взаимоотношения в семье, карьерный рост, трудоспособность, может быть причиной

временной нетрудоспособности и т.д. Несмотря на то, что мигрень не является фатальным заболеванием, финансовые затраты, связанные с ее диагностикой и лечением, поистине огромны и приравниваются к таковым при сердечно-сосудистых заболеваниях, что определяет значимость правильных подходов и использование современных эффективных средств для ее лечения [2]. Эффективное лечение мигрени начинается с установления диагноза и проведения дифференциальной диагностики заболевания. В этом смысле неоценимую помощь практическому врачу оказывает международная классификация головной боли (ГБ) и дифференциально-диагностическая таблица ГБ, разработанная Европейской федерацией ГБ совместно с глобальной компанией «Преодоление бремени ГБ» при содействии ВОЗ, Всемирного альянса ГБ и Международного общества ГБ (таблица 1).

Таблица 2 - Дифференциальная диагностика основных типов головной боли

Характеристики	Мигрень	Головная боль напряжения	Кластерная головная боль	Цервикогенная головная боль	Височный артериит	Субарахноидальное кровоизлияние	Абузусная (рикошетная) головная боль
Локализация	 Обычно односторонняя	 Двусторонняя	 Строго односторонняя (периорбитальная, височная)	 Обычно односторонняя (затылочная, иррадиация в теменную, ухо, глазницу)	 Односторонняя височная или затылочная	 Генерализованная или односторонняя	 Различная
Описание боли	Пульсирующая, сжимающая	Давящая (обруч или каска на голове)	Жгучая, сверлящая	Тупая	Жгучая или ноющая	Внезапное начало	Соответствует типу начальной боли

Тяжесть	Среднетяжелая, тяжелая	Легкая, среднетяжелая	Среднетяжелая, тяжелая	Легкая, среднетяжелая	Тяжелая	Тяжелая	Различная
Причина	Нейрососудистые изменения	Неизвестна	Сосудистые изменения	Поражение позвоночника на уровне С1-С3 позвонков	Неизвестна	Субарахноидальное кровоизлияние	Отмена длительного приема анальгетиков
Длительность	4-72 часа	30 минут-7 дней	15-180 минут	1-6 часов	Персистирующая	Различное	Персистирующее
Начало	Постепенное	Постепенное	Быстрое	Быстрое	Быстрое	Внезапное	Постепенное
Время начала	В любое время (чаще при пробуждении)	В любое время	Нередко в одни и те же часы (в основном ночью); до 1-8 атак в сутки	В утренние часы	В любое время	В любое время	После отмены анальгетиков
Продрома	в 20-30%	нет	нет	нет	Нет	изредка	нет
Сопутствующие симптомы	Фонофобия, фотофобия, тошнота, рвота, снижение аппетита, нарастание боли при движениях	Фонофобия, фотофобия, не нарастает при физической нагрузке	Слезотечение, заложенность носа на стороне боли, инъектирование конъюнктивы, ощущение "выдавливания глаза"	Ограничение пассивных движений в шее, напряжение мышц шеи	Уплотнение и болезненность височной артерии, ухудшение зрения, боль в жевательных мышцах	Сонливость или коматозное состояние, ригидность затылочных мышц, фотофобия, очаговая неврологическая симптоматика в 20-30%	Слабость, тошнота, раздражительность, тревожность, снижение настроения
Начало заболевания (возраст)	10-30 лет	Любой	Взрослые	Любой	Старше 50 лет	Чаще в 25-50 лет	Любой
Пол	Преимущественно женщины	Преимущественно женщины	Преимущественно мужчины	Одинаково	Одинаково	Одинаково	Одинаково
Наследственность	Часто	Есть предрасположенность	Нет	Предрасположенность	Предрасположенность	Предрасположенность	Нет
Поведение больного	Стремление к покою, уединению	Различное	Возбуждение, перевязывание головы, осторожность в движениях	Избегает повороты и наклоны головы	Без изменений	Вялость, сонливость, нарушение уровня сознания	Возврат к приему анальгетиков
Провоцирующие факторы	Стресс, менструация, недостаток сна, гипогликемия, интенсивная физическая нагрузка, пищевые факторы)	Стресс	Алкоголь, курение, стресс, прием сосудорасширяющих препаратов	Резкий поворот или длительное неудобное положение головы, хлыстовая травма шеи	Нет	Наличие аневризмы сосудов в подпанцирном пространстве, ЧМТ, гипертоническая болезнь, болезни крови	Отмена анальгетиков

На основании проведенного обзора литературы нам представляется возможным при курации пациентов с мигренью акцентуация на следующих моментах:

1. **Реалистичность ожиданий:** мигрень нельзя излечить, но возможно эффективно контролировать.

2. **Мигрень опустошает жизнь пациента.** Они со страхом ждут следующего приступа, стараясь избегать обычной деятельности, которая,

www.kaznmu.kz

по их мнению, может его спровоцировать. Необходима эмоциональная поддержка и разъяснение сути заболевания: провести информационную беседу, успокоить пациента, разъяснив ему доброкачественную природу заболевания. В то же время, предупредить о существовании риска развития лекарственно-индуцированной (абзусной) головной боли (ЛИГБ) при самолечении.

3. Предупредить приступ мигрени:

избегать приема пищи, провоцирующей приступ мигрени (шоколад, сыр, красное вино, цитрусовые, кофе, глутамат натрия (“синдром китайского ресторана”); недостатка пищи или воды, стресса или следующего за ним расслабления, недосыпания, болезней шеи и челюстей (пониженная подвижность шеи, неправильный прикус), дозировать физическую активность, в том числе секс, избегать некоторых факторов внешней среды (жара, холод, ветер, шум, некоторые запахи), знать о гормональной зависимости приступов мигрени (менструации, оральные контрацептивы) [7,9].

4. Рекомендовать ведение дневника головной боли: поможет выявить провоцирующие факторы, паттерн (течение и характеристики) головной боли и сопутствующих симптомов, употребление или злоупотребление обезболивающими препаратами, эффективность лечения.

5. Динамическое наблюдение врача для контроля оптимальности терапии.

6. Лечение приступа мигрени (абортивная терапия): устранить головную боль (ГБ) и сопутствующие симптомы, восстановить прежнюю дееспособность пациента. С данной целью используются как препараты с неспецифическим, так и специфическим механизмом действия. Препараты с неспецифическим механизмом действия способны уменьшать болевой синдром и сопутствующие симптомы не только при мигрени, но и при других болевых синдромах. Препараты со специфическим механизмом – производные эрготамина и триптаны эффективны только при мигренозной головной боли. Наряду с этим используются комбинированные препараты, содержащие как анальгетики неспецифического действия, кофеин, так и специфического действия (эрготамин), а также противорвотные вспомогательные средства. Правильный выбор препарата для лечения приступа является сложной задачей и зависит от интенсивности и длительности самого приступа, сопровождающих симптомов, сопутствующих заболеваний, прошлого опыта применения препаратов, наконец, их стоимости.

Европейская федерация головной боли рекомендует использовать ступенчатый подход.

Первый этап - симптоматическая терапия: простой анальгетик (АСК, парацетамол, НПВС) плюс, при необходимости, противорвотное средство (долмперидон 20 мг или метоклопрамид 10 мг). Лучше использовать растворимые формы или рассасываемые таблетки, при наличии рвоты - ректальные свечи. **Второй этап - специфическая**

терапия. Алкалоиды спорыньи: есть всего лишь несколько рандомизированных плацебо-контролируемых исследований об эффективности алкалоидов спорыньи при лечении острых приступов мигрени [3]. Препараты эрготаминового ряда имеют очень низкую и непредсказуемую биодоступность, что нарушает их эффективность, а также характеризуются сложной фармакодинамикой, фармакокинетикой и длительным действием, что приводит к плохой переносимости. Основные побочные эффекты: тошнота, рвота, парестезии, и эрготизм (яркие галлюцинации стойкий спазм сосудов конечностей и повреждение их эндотелия, что может привести к гангрене). Противопоказаниями являются кардиоваскулярные и цереброваскулярные заболевания, гипертоническая болезнь, заболевание Рейнольда, почечная недостаточность, беременность и лактации [4]. В сравнительных исследованиях, триптан показал лучшую эффективность, чем алкалоиды спорыньи [3]. Триптан обладает сродством к рецептору - 5-HT_{1B/1D}. Действие селективных агонистов 5-HT_{1b} и 5HT_{1d}-рецепторов триптанов основано как на нейрогенном, так и сосудистом действии. Триптаны подавляют выход из периферических окончаний тройничного нерва вазоактивных веществ, вызывающих вазодилатацию, и стимуляцию болевых рецепторов нервных окончаний тройничного нерва, а также вызывают сокращение расширенных во время приступа сосудов, что препятствует экссудации и раздражению болевых рецепторов альгогенными веществами, проникающими из плазмы крови в периваскулярное пространство. Триптаны, являются лекарственными средствами для лечения мигрени и не должны применяться при других жалобах на головную боль, за исключением кластерной головной боли. Эффективность всех триптанов была доказана в крупных плацебо-контролируемых исследованиях мета-анализы которых были опубликованы [5,6]. Европейская федерация неврологических сообществ (EFNS) рекомендует для лечения мигрени применять триптаны, эффективность которых неоднократно доказана в рандомизированных двойных слепых, плацебо-контролируемых исследованиях - это суматриптан, золмитриптан, наратриптан, ризатриптан, алмотриптан, элетриптан, фроватриптан. Незначительные различия существуют между триптанами. Наратриптан и фроватриптан (2,5 мг), являются менее эффективными, чем суматриптан, но имеют меньше побочных эффектов. Продолжительности до наступления терапевтического эффекта дольше у этих двух триптанов по сравнению с другими.

Пероральное применение золмитриптана 2,5 или 5 мг, алмотриптана 12,5 мг и елетриптана 40 мг свидетельствуют об аналогичной эффективности и тех же побочных эффектах [3]. Не существует никаких доказательств, что различные пероральные формы, такие, как быстрорастворимые таблетки, вафельные формы, или быстровысвобождающиеся формы [3,5] действуют быстрее, чем другие.

В нашей стране широко используется суматриптан. Оригинальный суматриптан от компании ГлаксоСмитКляйн в мире имеет 4 разные формы: таблетированную, инъекционную, в виде назального спрея и ректальных свечей. У нас в Казахстане продается только назальный спрей

оригинального суматриптана – имигран, но есть генерические таблетированные формы.

Наиболее быстрый эффект обеспечивает подкожное введение суматриптана - через 10 мин начинается эффект, а наибольшую безопасность демонстрирует назальная форма [3,5]. Суматриптан назальный спрей 20 мг имеет абсолютно схожую эффективность с пероральным суматриптаном в дозах 50 мг и 100 мг, но при этом, имея дозы в 2,5 и 5 раз меньше, назальный спрей обеспечивает наступление облегчения симптомов мигрени 2 раза быстрее и имеет меньшие побочные эффекты по частоте и выраженности [5,7] (таблица 2).

Таблица 2 - Скорость наступления облегчения симптомов мигрени в зависимости от используемой лекарственной формы суматриптана

Формы суматриптана	Время наступления облегчения с момента использования суматриптана
Инъекционная форма (в РК нет)	Через 10 минут
Назальный спрей	Через 15 минут
Таблетки 50 мг	Через 30 минут
Таблетки 100 мг	Через 30 минут
Другие таблетированные триптан	Через 30-60 минут

С целью определения безопасности и эффективности назального спрея суматриптана было проведено пять рандомизированных двойных слепых плацебо-контролируемых исследований с участием 3237 больных с мигренью [10-14]. Исследования свидетельствуют, что через 2 часа после применения 20 мг назального спрея имигран приблизительно у двух третей больных купируется головная боль, а также связанная с мигренью симптоматика: тошнота, фотофобия и фонофобия. Снижение интенсивности головной боли начинается уже через 15 минут после первоначального впрыскивания имиграна в носовой проход. При этом, на эффективность имиграна не влияет наличие ауры, длительность головной боли до начала лечения, пол, возраст или вес больного, сопутствующее применение типичных препаратов для профилактики мигрени (например, бета-блокаторы, блокаторы кальциевых каналов, трициклические антидепрессанты). Имигран, в отличие от таблеток, имеет биодоступность, не зависящую от функционального состояния печени, и может эффективно использоваться у больных с нарушением функции печени, а также у пациентов, принимающих другие лекарства, так как данная лекарственная форма не подвергается метаболизму при «первом проходе». В

контролируемых клинических исследованиях у пациентов, которые один или два раза применяли назальный спрей имигран, наиболее распространенным нежелательным явлением были неприятный (необычный) вкус и раздражение слизистой носа и глотки. Эти симптомы были временными, и приблизительно в 60% случаев купировались менее чем за 2 часа. При правильном использовании спрея данные эффекты встречаются реже. У больных, многократно применявших назальный спрей имигран на протяжении до одного года, повышение частоты местного раздражения не отмечено. «Интраназальная форма суматриптана может особенно хорошо подходить больным, которые хотят быстро купировать приступ, не прибегая к инъекционным лекарственным формам, или у больных, у которых связанная с мигренью рвота не позволяет применять пероральные лекарственные формы. Применение интраназальной формы может быть особенно удобным дома, на работе и в путешествии» [15].

Суматриптан в свечах имеет приблизительно такую же эффективность, как пероральный суматриптан 50 или 100 мг и рекомендован пациентам с рвотой [3]. Основные побочные эффекты для всех триптанов: дискомфорт в груди, тошнота, истальные парестезии, усталость. Общие

противопоказания: артериальная гипертензия (без лечения), ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярные болезни, болезнь Рейнауда, беременность и кормление грудью, возраст до 18 (за исключением суматриптана в форме назального спрея), возраст старше 65 лет, тяжелые заболевания печени или почек, развитие головной боли при передозировке возможно для всех триптанов [3,6].

У больных, получавших суматриптан перорально или подкожно, были зафиксированы случаи кровоизлияния в головной мозг, инсульта и других явлений со стороны сосудов головного мозга, некоторые из них привели к смертельному исходу. Неизвестно, являлся ли суматриптан причиной этих явлений, или у больных уже было тяжелое неврологическое состояние. При этом, и сама мигрень может быть причиной повышенного риска цереброваскулярных состояний у больных. Однако ни одного случая инсульта не было зафиксировано при использовании назального спрея суматриптана.

Из-за аспектов безопасности, таблетированные триптаны не следует принимать во время ауры, хотя никаких конкретных сведений о тяжелых побочных реакциях не поступало. Лучшее время для применения этого препарата - в самом начале развития приступа головной боли. Кроме того, триптаны не эффективны при манифесте предвестника приступа головной боли [3,7]. Суммируя вышеизложенную информацию о специфическом лечении мигрени, и памятуя о частом наличии коморбидных мигрени состояний, напрашивается вывод о необходимости применения препаратов как эффективных, так и безопасных. Мета-анализы крупных плацебо-контролируемых исследований указывают на суматриптан в форме назального спрея 20 мг (Имигран), эффективность которого сопоставима с таблетированной формой суматриптана в дозе 100 мг. При использовании Имигран эффект наступает быстрее, при той же эффективности имея в пять раз меньшую дозу, соответственно – безопаснее.

7. Неотложные состояния. Пациенты с тяжелыми приступами мигрени в неотложных состояниях часто уже пытались принимать пероральные препараты без какого-либо успеха. Лечение выбора в этой ситуации – 6 мг подкожно суматриптана, однако он не зарегистрирован в Казахстане. Для лечения мигренозного статуса рекомендуется, по мнению экспертов, 50-100 мг преднизолона или 10 мг дексаметазона. Однако при плацебо-контролируемых исследованиях не была доказана эффективность этой процедуры в лечении острых приступов мигрени [3], или при профилактике рецидивов [3]. Кроме того, по

мнению экспертов, при поддержке открытых исследований дигидроэрготамина 2 мг (назальный спрей или свечи), он рекомендуется для купирования тяжелых приступов мигрени [3]. Внутривенное применение метамизола значительно превосходило по эффективности плацебо, но может вызвать выраженную артериальную гипотензию и аллергические реакции [3]. Внутривенное применение парацетамола не было эффективным в плацебо-контролируемом исследовании при острых приступах мигрени [3].

8. Мигрень во время беременности. Нет никаких конкретных клинических исследований для оценки лекарственного лечения мигрени во время беременности. Большинство препаратов против мигрени противопоказаны во время беременности. Если мигрень возникает во время беременности, только парацетамол разрешен в течение всего периода. НПВС могут быть назначены во втором триместре беременности. Эти рекомендации основаны на совете регуляторных органов большинства европейских стран. Триптан и алкалоиды спорыньи противопоказаны. В большинстве зарегистрированных случаев приема суматриптана во время беременности не было установлено никаких сообщений о неблагоприятных событиях или осложнениях, которые могут быть отнесены суматриптану [3,6]. Аналогичные результаты были опубликованы для ризатриптана [6]. На основании опубликованных данных, применение триптана в первом триместре беременности рекомендуется советом экспертов если ребенок подвергается большему риску при сильных приступах рвоты, чем потенциальному воздействию триптана. Для профилактики мигрени, только магний и метопролол рекомендуется во время беременности (уровень В рекомендации) [3].

9. Мигрень и половые гормоны. Менструальной мигренью, начинающейся за два дня до менструации, страдают 8-10% женщин. Из них у 75% могут развиваться приступы мигрени и в другое время. Менструальную мигрень связывают с падением уровня эстрогенов в конце менструального цикла. Можно предотвратить или облегчить приступ, используя пластырь, выделяющий трансдермально 100 мг эстрогенов, в течение 7 дней, начиная за три дня до начала менструации. Точно так же трансдермальные эстрогены (с прогестероном для женщин с сохранной маткой) могут помочь женщинам в менопаузе, страдающим от мигрени [9].

10. Гормональная контрацепция, заместительная гормональная терапия (ЗГТ) и мигрень. Как мигрень с аурой, так и

этинилэстрадиол (компонент комбинированных оральных контрацептивов) являются независимыми факторами риска развития инсульта у молодых женщин. ЗГТ не противопоказана и решение о назначении ЗГТ должно приниматься с учетом общепринятых критериев. Рекомендуются контрацептивы, содержащие исключительно прогестерон. При

наличии мигрени с аурой и дополнительных факторов риска инсульта (например, курение) показаны альтернативные методы контрацепции [3].

Целью данной статьи было проведение обзора научно-обоснованных рекомендаций по ведению пациентов с мигренью.

Литература:

1. Амелин А.В. с соавт. Мигрень (патогенез, клиника и лечение) Санкт-Петербург, 2001, с.199.
2. Филатова Е.Г. Современные подходы к лечению мигрени. РМЖ -2009 г, № 4 с.1.
3. Руководство Европейской федерации неврологических сообществ (EFNS) по медикаментозной терапии мигрени - уточненный пересмотренный доклад рабочей группы EFNS. S. Evers et al. European Journal of Neurology 2009,16: 968-981.
4. Т.Дж. Стайнер, К. Пемелера и др. Европейские принципы ведения пациентов с наиболее распространенными формами головной боли в общей практике.- Москва 2010.с.55.
5. Lipton R. B., Stewart W. F. The epidemiology of migraine // Eur Neurol, 1994; 34: (Suppl. 2) 6-11.
6. Bates D., Bradbury P., Capideo R. et al. Migraine Management guidelines. A strategy for the Modern Management of Migraine. London: Synergy Medical Education, 1997.
7. The Oral Sumatriptan and Aspirin plus Metoclopramide Comparative Study Group. A study to compare oral sumatriptan with oral aspirin plus oral metoclopramide in the acute treatment of migraine // Eur Neurol, 1992; 32: 177-184.
8. Gruffydd-Jones K., Hood C. A., Price D. B. A within-patient comparison of subcutaneous and oral sumatriptan in the acute treatment of migraine in general practice. Cephalalgia, 1997; 17: 31-36.
9. [Gruffydd-Jones K.](#) Effective treatments for migraine. The [Practitioner](#). 1997 Sep;241(1578):501-4, 506, 508-9.
10. Ashford E, Salonen R, Saiers J et al. Consistency of response to sumatriptan nasal spray across patient subgroups and migraine types. *Cephalalgia*. 1998;18:273-7.
11. Derman HS, Derman BR, Hasson RN et al. Use of both oral and nasal sumatriptan (IMITREX) during a 24 hour period for migraine [abstract]. *Headache*. 1999;39(5):349.
12. Diamond S, Elkind A, Jackson T, et al. Multiple attack efficacy and tolerability of sumatriptan nasal spray in the treatment of migraine. *Arch Fam Med*. 1998;7:234-240.
13. Salonen R, Ashford E, Dahlof C, et al. Intranasal sumatriptan for the acute treatment of migraine. *J Neurol*. 1994;241:463-469.
14. Winner P, Saper J, Nett R, et al. Sumatriptan nasal spray in the acute treatment of migraine in adolescent migraineurs. *Headache*. 1999;39(5):386.
15. Ryan R, Elkind A, Baker CC, et al. Sumatriptan nasal spray for the acute treatment of migraine: Results of two clinical studies. *Neurology*. 1997;49:1225-30.

ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ МИНИМАЛЬНЫХ МОЗГОВЫХ ДИСФУНКЦИЙ

Мухамбетова Г.А.

Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова,
Кафедра нервных болезней, г. Алматы

Проведено изучение эффективности комплексного лечения детей школьного возраста с ММД с учетом типа вегетативного обеспечения. По редукции ведущих неврологических синдромов, шкале общего клинического впечатления показана эффективность предложенного комплексного лечения детей ($P < 0,05$).

Ключевые слова: ММД, синдром вегетативной дисфункции, школьный возраст.

МИНИМАЛЬДІ БАС МИ БҰЗЫЛЫСТАРЫН ЕМДЕУ МҮМКІНШІЛІГІ

Мухамбетова Г.А.

С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медициналық университеті,
жүйке аурулары кафедрасы, Алматы қ.

Минимальді бас ми бұзылыстары мен вегетативті өзгерістерінің мектеп жасындағы балаларда кешенді ем тиімділігі зерттелді. Жетекші неврологиялық синдромдардың жалпы клиникалық белгілер шкаласының редукциясы балалардағы кешенді ем тиімділігі көрсетілген ($P < 0,05$).

Түйінді сөздер: Минимальді бас ми бұзылыстары, вегетативті бұзылыстар синдромы, мектеп жасындағы балалар.

TREATMENT OPTIONS MINIMAL BRAIN DYSFUNCTION

Mukhambetova G.A.

Kazakh National Medical University n. a. S. Asfendiyarov, Department of Nervous Diseases, Kazakhstan, Almaty

The study of the effectiveness of integrated treatment of school age children with MMD with the type of vegetative support. By reduction of the leading neurological syndromes, Clinical Global Impression, the effectiveness of the proposed integrated treatment of children ($P < 0.05$).

Keywords: MMD, autonomic dysfunction syndrome, school age.

Минимальные мозговые дисфункции (ММД) являются последствием пре- и перинатальной патологии нервной системы у детей, характеризуются нарушением развития когнитивных, статико-локомоторных функций и деятельности вегетативной нервной системы [1,2,3]. Актуальность обусловлена не только высокой распространенностью заболевания, но и разнообразием клинических синдромов, низкой эффективностью лечения [4,5,6].

Целью исследования явилось изучение эффективности комплексного лечения детей школьного возраста с ММД.

Материал и методы: Исследования проводились в психо-неврологическом отделении Республиканской детской клинической больницы (РДКБ) «Ақсай» города Алматы. Объектом исследования явились 227 детей в возрасте 7-15 лет с перинатально-обусловленной ММД. Критерий исключения составили дети с ПО ММД, перенесшие в постнатальном периоде черепно-мозговые травмы, инфекционные, токсические и аноксические заболевания нервной системы.

Для сравнительной оценки эффективности лечения ММД, обследуемые дети были выделены в основную группу и группу сравнения. Основную группу составили 115 детей с ММД, по возрастной категории они распределились на три группы: 7-9 лет (19 детей- 16,52%), 10-12 лет (41 -35,65%), 13-15 лет (55 - 47,83%). Группу сравнения составили 112 детей с ММД, представленных по возрастной категории: 7-9 лет (17 детей- 15,18%), 10-12 лет (40 - 35,71%), 13-15 лет (55 - 49,11%).

Анализ выраженности жалоб детей проведен с оценкой каждой жалобы по вербальной ранговой шкале по системе: 1 балл – редкая встречаемость; 2 балла – незначительная степень; 3 балла – умеренная степень; 4 балла – выраженная степень.

Исследование неврологического статуса проводилось по общепринятой методике с учетом возрастного аспекта, органических и функциональных нарушений. На основании данных обследования вегетативного статуса [7], выделены группы детей с синдромом вегетососудистой дистонии (ВСД) и без синдрома ВСД.

Дети группы сравнения получали традиционное лечение согласно протокола (№ 01 - 015ж, 31764), где медикаментозная терапия представлена препаратами сосудистого, седативного, ноотропного и нейропротективного действия, витамины группы В. Из немедикаментозных методов применялись процедуры физиолечения, массажа, лечебной физкультуры.

Комплекс лечения для детей основной группы подбирали с учетом полученных данных комплексного клинко-инструментального обследования и нейровегетативного статуса. Дети основной группы получали следующие лечебные процедуры: 1) массаж; 2) лечебная физкультура; 3) физиолечение; 4) занятия у психолога; 5) медикаментозная терапия; 6) лечение положением. Особенности проведения методов лечебного воздействия и зоны приложения следующие: 1. Массаж шейно-воротниковой зоны, гармонизирующим методом, № 10; для достижения нормализации тонуса мышц шеи и спины, достижения седативного эффекта, улучшения венозного оттока, мозгового кровообращения; 2. Лечебная физкультура для детей основной группы состояла из групповых занятий - от 25-30 минут с элементами дыхательной гимнастики. Для 16 детей (13,91%) проведены индивидуальные занятия, направленные на улучшение статических функций, повышения мышечной силы; 3. Физиолечение

предусматривало применение электрофореза с эуфиллином на шейный отдел позвоночника по поперечной методике, № 10; 4. Дети с выраженными эмоционально-волевыми и тревожно-фобическими нарушениями посещали индивидуальные занятия психолога.

Подбор сосудистого препарата проведен с учетом вегетативного обеспечения: дети с синдромом ВСД по гипертоническому типу получали препарат кавинтон (5 мг/сут дети до 9 лет; 7,5 мг/сут в остальных возрастных группах); дети без синдрома ВСД и с ВСД по ваготоническому типу получали танакан (40 мг/сут дети 7-9 лет и 60 мг/сут остальных возрастных группах). В комплексное лечение включено применение нейротропного препарата (актовегин по 2,0 внутримышечно, № 10), витамины группы В (витамина В1, В6 по 1,0 мл, чередуя через день, до 10 инъекций) и ноотропные препараты (пирацетам по 600-800 мг в сутки). При эмоциональной лабильности, невротических расстройствах применяли препараты седативного действия — ноофен либо адаптол в возрастной дозировке (ноофен 500-750мг/сут.; адаптол 300-900 мг/сут.).

6. Лечение «положением» предусматривало применение мягкого воротника Шанца, который подбирали индивидуально по размеру для каждого ребенка. Пациенты носили их после процедуры массажа в течение 4 часов в стационаре, а затем и в амбулаторных условиях до 3-6 месяцев.

Оценка эффективности лечения проведена по клинко-неврологическим данным (шкала оценки клинического впечатления, неврологическому статусу, анкетам оценки вегетативных расстройств). По клиническим показателям (а также, по полу, возрасту), частоте неврологических синдромов основная и группа сравнения больных были сопоставимы или различия были не существенными ($p>0,05$).

Результаты исследования: В качестве индикаторов были выбраны основные клинко-неврологические симптомы и синдромы: головная боль, астенический, вегетососудистой дистонии, когнитивных и статико-локомоторных нарушений. По редукции основных клинко-неврологических синдромов перед выпиской у детей основной группы отмечалось значительное улучшение состояния в 26,96% (в группе сравнения - 10,28% детей), большое улучшение в 54,78% (в группе сравнения - 37,38% детей), небольшое улучшение в 18,26% (в группе сравнения - 52,34% детей) по шкале общего клинического впечатления. Выраженность головной боли у детей основной группы на момент первичного осмотра соответствовала $2,73\pm 0,04$ баллов и к 16 дню

терапии составила $1,04\pm 0,04$ баллов. В основной группе и группе сравнения установлена статистически достоверная положительная динамика с купированием, уменьшением выраженности головной боли после лечения ($P<0,001$).

Исследование неврологического статуса детей 7-9 лет перед выпиской из стационара выявило улучшение статических функций в 2,14 раза (с 78,95% до 36,84% детей основной группы) и выполнение динамических проб в 2,67 раза (с 42,11% до 15,78% детей основной группы). В группе сравнения отмечено улучшение статических функций в 1,86 раза (с 76,47% до 41,18% детей), динамических функций в 1,50 (с 35,29% до 23,53%). Отмечена редукция мышечно-тонического синдрома шейно-воротниковой зоны до 19,13% (снижение числа случаев в 2,2 раза) в основной группе, снижение числа детей в 1,68 раза в группе сравнения.

В основной группе детей 10-12 лет отмечено улучшение функций экстрапирамидной системы в 2,50 раза (с 60,98% снижение числа детей до 24,39%), статических функций в два раза (с 53,664% до 26,82% детей), внимания в 2,42 раза (с 70,73% до 29,27%), уменьшение числа детей с утомляемостью в 1,83 раза (с 80,49% до 43,90%). В группе сравнения отмечено улучшение функций экстрапирамидной системы в 1,53% раза (с 58,97% снижение числа детей до 38,46%), статических функций в 1,50% раза (с 53,85% до 35,90% детей), внимания в 1,62 раза (с 66,67% до 41,03%), уменьшение числа детей с утомляемостью в 1,63 раза (82,05% до 51,28%).

В основной группе детей 13-15 лет выявлено улучшение статических функций в 2,25 раза (с 49,09% до 21,82% случаев), удержания активного внимания в 2,18 раза (с 43,64% до 20,00% случаев), сегментарной вегетативной иннервации в 1,56 раза (с 45,45% до 29,09% случаев). В группе сравнения отмечено улучшение статических функций в 1,56 раза (с 49,02% до 31,37% детей), удержания активного внимания в 1,47 раза (с 43,14% до 29,41% детей), сегментарной вегетативной иннервации в 1,35 раза (с 45,10% до 33,33% случаев). Релаксация мышц шейно-воротниковой зоны выявлена у 27,27% детей основной группы, в группе сравнения — у 19,61%.

Следовательно, сравнительный анализ данных клинко-неврологических критериев до лечения и перед выпиской показал высокую эффективность ($P<0,05$) разработанного комплексного лечения у детей основной группы с ММД по шкале общего клинического впечатления, по редукции ведущих неврологических синдромов.

Исследование показало эффективность разработанного лечения детей с ММД, хороший профиль переносимости комплекса методов воздействия медикаментозной и немедикаментозной терапии. Всего в основной группе нежелательные побочные эффекты отмечены в 6,07% случаев: в 2,61% -нарушение сна, 3,48% - сонливость в дневное время. В связи с нарушением сна, вечерний прием сосудистых препаратов заменен на более раннее время (17.00), в других случаях проведено снижение суточной дозы ноофена. В группе сравнения нежелательные побочные эффекты наблюдались в 14,95% случаев и проявлялись снижением артериального давления (9,35% детей), нарушением сна (3,74%), усилением головной боли с головокружением (1,87%). В лечении указанных

симптомов у детей проведена коррекция сосудистой, дегидратирующей, седативной терапии и способов массажа.

ММД в детском возрасте клинически проявляются разнообразными синдромами и при подборе комплексного лечения необходимо учитывать особенности вегетативного обеспечения для улучшения системной гемодинамики, уменьшения выраженности астенических и невротических проявлений. Препараты сосудистого действия необходимо подбирать с учетом типа синдрома ВСД: при ваготонической направленности реакций рекомендуем танакан, при гипертонической – кавинтон. Данный подбор способствовал не только улучшению в клинко-неврологическом статусе, но и позволил избежать нежелательных побочных эффектов терапии.

Литература:

1. Ефимов О.И. Школьные проблемы. - СПб.: «Издательство «ДИЛЯ», 2004.-288 с.
2. Петрухин А.С. Неврология детского возраста: Учебник.-М.: Медицина, 2004.-784 с.
3. Синельщиков А.В., Павлов В.А. Минимальная мозговая дисфункция в структуре неврологической патологии детей дошкольного возраста //X Всероссийский съезд неврологов с международным участием (Материалы съезда), Нижний Новгород, 2012 г.-С. 564-565
4. Симмерницкая Э.Г. «Об особенностях проявления очаговых нарушений высших психических функций в детском возрасте» /Сборник Трудов Ленинградского НИ психоневрологического института, 1984, Т.97, с.86-89.
5. Заирова М.А. Клинико-функциональные особенности адаптации к школе детей, перенесших перинатальное поражение ЦНС //Автореф. дис... канд.мед. наук, 2006 г.- 26 с.
6. Ахутина Т. В. Коррекция функций управления, регуляции и контроля деятельности у детей с когнитивными нарушениями: нейропсихологический подход Выготского-Лурии /В кн.: Альманах «Новые исследования». - М.: Вердана, 2006. - С. 149-159.
7. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике. (Практическое руководство)-М.: Апрель-Пресс, издательство Института Психотерапии, 2004.-224 с.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ НА ФОНЕ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ И ИХ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ

Мырзабаева Н.А., Каирбеков А.К., Калиева М.М., Байханова Б.К.

Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова, г. Алматы

В статье приведены данные, свидетельствующие о позитивном влиянии и клинической эффективности рефлексотерапии вегетативных дисфункций у больных с функциональными заболеваниями органов пищеварения на фоне избыточной массы тела и ожирения.

Ключевые слова: Вегетативные дисфункции, функциональные заболевания органов пищеварения, избыточная масса тела, ожирение, рефлексотерапия.

АСКОРТУ ҚЫЗЫМЕТІНІҢ БҰЗЫЛУЫ АРТЫҚ САЛМАҚТЫЛЫҚ ЖӘНЕ СЕМІЗДІК ВЕГЕТАТИВТІ ДИСФУНКЦИЯЛЫ КЛИНИКАЛЫҚ СИПАТТАМАСЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ БАР АУРУЛАРДЫҢ ДӘРІЛІК ЕМЕС ТҮЗЕТУ

Н.А.Мырзабаева, А. Қ. Қаирбеков, М.М. Калиева, Б.К. Байханова

Ж.Д. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті, Алматы қ.

Ас қорту, артық салмақтық және семіздік вегетативті дисфункциялы ауруларына рефлексотерапия емінің оң нәтижелелі болуын дәлелдейді.

Түйінді сөздер: вегетативті дисфункциясы, асқорту қызметінің бұзылуы аурулары, артық салмақ, семіздік, рефлексотерапия.

AUTONOMIC DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH FUNCTIONAL DIGESTIVE DISEASES IN A OVERWEIGHT AND OBESITY AND THEIR CORRECTION REFLEXOTHERAPY

N. A. Myrzabayeva, A.K. Kairbekov, M.M. Kaliyeva, A.K. Baihanova

Kazakh National Medical University of name S.D. Asfendiyarov, Almaty

The results of treatment showed positive effects and clinical effective of acupuncture in patients with autonomic dysfunction in patients with functional disorders of the digestive system against overweight and obesity.

Key words: Autonomic dysfunction, functional diseases of the digestive system, overweight, obesity, reflexology.

Актуальность.

Функциональные заболевания органов пищеварения (ФЗОП) по-прежнему актуальны и привлекают внимание клиницистов уже много лет. Значимость ее определяется широкой распространенностью. ФЗОП сопровождаются нарушением моторной функции пищеварительного тракта, а именно нарушением скорости опорожнения желудка, постпрандиальной релаксацией, повышением висцеральной чувствительности [1,2]. Иногда довольно сложно выявить эти заболевания во время инструментальных методов исследования и назначить адекватную терапию ввиду того, что ФЗОП отличает многообразие клинических проявлений у разных пациентов, особенности течения и различные патологические нарушения, вопреки тому, что у этих пациентов отсутствуют структурные изменения в органах пищеварения.

Дисфункция вегетативного отдела нервной системы рассматривается как важный патогенетический фактор некоторых заболеваний органов пищеварения. Определение вегетативной дисфункции (ВД) предложено «Международной классификацией болезней» X пересмотра и распределено в следующих рубриках: F 453 Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы; G 90 Расстройства вегетативной нервной системы; G 90.9 Расстройства вегетативной нервной системы неуточненные.

Увеличение удельного веса вегетативных дисфункций при ФЗОП, как правило, утяжеляет и удлинняет течение таких расстройств, затрудняет определение нозологической сущности заболевания. Необходимо отметить, что даже при отсутствии очевидных указаний на аффективное состояние пациентов отмечаются, как правило, вегетативные знаки (понижение температуры тела, дистальных отделов конечностей, лабильность артериального давления и пульса, вегетативная неустойчивость, дыхательная аритмия). У пациентов с лабильной нервной регуляцией с

нервными постоянными перегрузками обнаруживаются нарушения секреторной и моторно-эвакуаторной функций желудочно-кишечного тракта. Своевременное выявление этих особенностей является немаловажным в отношении назначения дифференцированного лечения.

В последнее время внимание клиницистов привлекает исследование избыточной массы тела (ИМТ) и ожирения, и их роли в возникновении и прогрессировании некоторых функциональных заболеваний органов пищеварения [3,4]. Известно, что пищеварительная система играет значительную роль в регуляции массы тела и энергетического баланса, а ИМТ и ожирение способствуют существенным нарушениям в функционировании пищеварительного тракта. Также установлено, что употребление избыточных калорий приводит к повышению тонуса как парасимпатической, так и симпатической вегетативной нервной системы. Поэтому при ФЗОП на фоне избыточной массы тела и ожирения особое значение имеет своевременная диагностика и лечение вегетативной дисфункции.

Несмотря на то, что имеется такое многообразие медикаментозных средств и современных методов терапии, эффективность общепринятых методов лечения на сегодняшний день недостаточна. Рефлексотерапия наряду со специфическим воздействием на отдельные функции и системы оказывает положительное неспецифическое влияние, мобилизующее компенсаторные возможности организма [5]. Поэтому в настоящем исследовании мы попытались использовать методы рефлексотерапии, действие которых реализуется через вегетативную нервную систему у пациентов с ФЗОП на фоне избыточной массы тела и ожирения.

Материал и методы исследования.

В данном исследовании принимали участие 116 пациентов с ФЗОП на фоне избыточной массы тела и ожирения в возрасте от 16 до 45 лет (лиц мужского пола - 41, женского - 75). Всем пациентам проведен анализ анамнестических,

клинических, вегетативных и психоэмоциональных особенностей. Диагноз устанавливали на основании Международного консенсуса по функциональным заболеваниям. Всем пациентам помимо общеклинических и лабораторных исследований были проведены инструментальные методы исследования, включающие эндоскопические, рентгенологические, электрогастрографию, рН-метрию, УЗИ органов брюшной полости, кардиоинтервалографию, а также параметрические исследования и акупунктурную диагностику по электрокожному сопротивлению (ЭКС) (метод Риодораку). Вегетативный статус оценивали в баллах по специальным анкетам, содержащим вопросы для выявления признаков вегетативных нарушений. Также определяли качество жизни (КЖ) с помощью опросника SF-36 (The MOS-SF36-Item Short Form Health Survey), дополнительно использовали специальный гастроэнтерологический опросник - Gastrointestinal Symptom Rating Scale (GSRS) и визуально-аналоговую шкалу боли (VASP).

Для контроля динамики клинических проявлений заболевания в исследовании были использованы специальные опросники, с помощью которых пациенты оценивали интенсивность каждого симптома до и после лечения. При лечении ВД при ФЗОП на фоне ИМТ и ожирения важно проведение мероприятий, направленных в первую очередь на ликвидацию ведущего синдрома. В своей работе мы использовали как иглорефлексотерапию (ИРТ) стимуляцию средней степени (II вариант тормозной методики) с оставлением игл на 15-20 мин, так и КВЧ-пунктуру (электромагнитное излучение (ЭМИ) миллиметрового диапазона крайне высокой частоты) на точки акупунктуры (ТА) и терапию сканирующим лазерным лучом на рефлексогенные зоны. Количество используемых точек зависело от общего состояния больного, возраста и других факторов, но не более 3-4 ТА на одну процедуру. Выбор необходимых ТА определялся индивидуально и зависел от ведущего синдрома, а также использовали ТА общеукрепляющего действия, симптоматические ТА в зависимости от преобладания тех или иных жалоб пациента.

При лечении ВД у больных с ФЗОП на фоне ИМТ и ожирения мы учитывали основной синдром. Так, при ВД в случаях с нарушением функции сердца (тахикардия, кардиалгия, лабильность пульса и артериального давления и др.) мы использовали ТА на меридианах сердца и перикарда. Например, применяли ТА: С₅, С₇ с двух сторон, V₁₅₍₂₎ и T₁₃; MC₇₍₂₎ или MC₆₍₂₎ с одновременным включением I₁₄ или I₁₅. В рецептуру включали также ТА общего (седативного) действия, например такие как: GI₄,

GI₁₁, E₃₆, RP₆, RP₉, F₂, F₃, а также ТА шейногрудного отдела и симптоматические ТА. Мы отметили, что повышенное артериальное давление нормализовалось при ИРТ в ТА MC₆₍₂₎, C₇₍₂₎ и P₉. При пониженном артериальном давлении было эффективным использование ТА: TR₅, T₂₀, T₄, T₂₆, V₂₂, V₂₃ и др. Дополнительно при нарушениях функции пищеварительного канала в рецептуру включали ТА, расположенные на меридианах желудка, селезенки-поджелудочной железы, толстой кишки, а также ТА переднего срединного меридиана и сочувственные точки. Например, эффективными были такие ТА: GI₄₍₂₎, GI₁₁₍₂₎, E₃₆₍₂₎, E₂₅₍₂₎, GI₁₀₍₂₎, I₁₂, E₄₅₍₂₎, RP₄₍₂₎. Количество одновременно используемых ТА подбирали индивидуально. При нарушении терморегуляции применяли такие ТА: T₂₀, T₄, VB₂₀, VB₂₁, TR₂₀, TR₅, TR₄, GI₄, GI₁₀, GI₁₁, IG₃, E₂₅, E₃₆, E₄₄, MC₅, MC₆, MC₇, RP₉, C₅, RP₆, RP₉, RP₁₀, R₃, R₆, R₇, F₂, F₃, I₁₄, I₁₅ и др. На один сеанс использовали 3-4 ТА. При чувстве страха использовали ТА: VB₂₀₍₂₎, RP₆₍₂₎, E₃₆₍₂₎, T₁₃, V₁₅₍₂₎, C₅₍₂₎. При нарушениях сна - MC₆, RP₆, E₃₆, R₆, T₁₄, T₂₀, F₂, F₃ и др. При снижении работоспособности - E₃₆, GI₁₀, GI₁₁, T₁₄, T₄ и др. При головокружении - VB₂₀, GI₄, GI₁₁, TR₅, P₇ и др. При головной боли подбирали ТА, соответствующие локализации головной боли, и отдельные ТА: боли, преимущественно в лобной области - E₃₆, GI₁₄, T₂₃; боли, преимущественно в теменной области - T₂₀, F₂, V₇; боли, преимущественно в затылочной области - IG₃, V₆₀, T₁₄; боли, преимущественно в височной области - TR₅, VB₁₁, E₈. При подавленном настроении, тревоге, раздражительности - C₃, C₉, C₇, GI₁₁, E₃₆, MC₆, T₂₀ и др. При проведении первого курса РТ использовали в основном ТА общего действия, такие как: E₃₆, MC₆, T₂₀, GI₄, VB₃₄, TR₅, RP₆. И дополнительно осуществляли терапию сканирующим лазерным лучом при каждом функциональном заболевании индивидуальные: При ГЭРБ: на проекцию солнечного сплетения воздействовали сканирующим лазерным лучом - 4 мин, ширина сканирования 4×4 см, на паравертебральную зону Th5-Th8, ширина сканирования 6 см, на болевую точку пятном 1×1 см - 2 мин. При функциональной диспепсии: на проекцию солнечного сплетения воздействовали сканирующим лазерным лучом - 4 мин, ширина сканирования 4×4 см, на паравертебральную зону Th5-Th8 - 7 мин, ширина сканирования 6 см. При дисфункции желчного пузыря: на проекцию желчного пузыря воздействовали сканирующим лазерным лучом - 4 мин, ширина сканирования 4×4 см, на паравертебральную зону Th10-Th12 - 7 мин, ширина сканирования 6 см, на болевую точку пятном 1×1 см - 4 мин. При синдроме раздраженного кишечника: на проекцию толстой кишки воздействовали сканирующим лазерным

лучом - 4 мин, ширина сканирования 3×8 см, на паравертебральную зону L1-L3, ширина сканирования 8 см, продолжительностью 7 мин, на область 1/3 от пупка до мечевидного отростка пятном 1×1 см – 4 мин. Положение сканера – 50-80 см над областью воздействия. Доза облучения за одну процедуру составляла не более 1,4 - 3,0 Дж. при мощности оптического потока 15 мВт, частота лазерного потока 1-10 Гц. Курс лечения обычно включал 10-12 процедур. Использовалась лазерная сканирующая физиотерапевтическая установка «АФДЛ-1» на основе лазерного потока красного диапазона. Длина волны облучения 0,63 мкм. Мощность излучения на выходе манипулятора - не менее 20 мВт; на выходе сканера - не менее 15 мВт. Технические возможности этого лазера позволяют осуществлять облучение на теле пациента. Излучение от лазера к объекту подводилось с помощью сканера. Фигуры при сканировании – динамические. Заданную экспозицию облучения обеспечивало реле времени. Для наведения на объект предусмотрено дискретное ослабление выходной мощности лазерного луча. Мощность излучения контролировалась при помощи измерителя ИМ - 2. Во время процедуры, проводимой ежедневно, больной находился в удобном для него положении.

Результаты и их обсуждение.

В наших исследованиях вместе со свойственной симптоматикой функциональных расстройств имели место признаки эмоционального напряжения: преневротические (52,6%) - эмоциональная лабильность, нарушения сна, раздражительность, беспокойство, чувство страха, навязчивости, нетерпеливость, нарушение когнитивных функций, вегетодистонические (27,6%) - учащенное сердцебиение, головокружение несистемного характера, тремор, повышенная потливость, немотивированная слабость, ощущение скованности и напряженности, неустойчивость пульса и артериального давления, алгические ощущения, эпизодический кожный зуд и др. У некоторых пациентов (19,8%) отмечалось чувство тревоги, которое внешне проявлялось в виде чувства нехватки воздуха, потливости, сухости во рту, нарушениями сна, холодных и влажных ладоней, вазомоторных реакций. У некоторых лиц женского пола отмечалось усиление признаков предменструального синдрома (8,6%). У всех пациентов наблюдалась астеническая симптоматика: снижение работоспособности, головные боли, внутреннее напряжение, расстройство сна и выраженные вегетативные нарушения в виде лабильности пульса и артериального давления и др.

Объективно у обследованных пациентов имелись проявления вегетативных нарушений в виде пятнистой гиперемии на лице, шее и груди при внешнем осмотре, красный стойкий (более 10 мин) дермографизм, выраженная влажность ладоней, стоп и подмышечных впадин. Симптом Хвостека, отражающий повышенную нервно-мышечную возбудимость, отмечался у 4,3 % наблюдаемых пациентов. Анализ анкет и тестов, заполненных самими пациентами, показал, что у них имеет место выраженный синдром вегетативной дисфункции, снижение качества ночного сна, лёгкая степень выраженности тревоги и депрессии со снижением физического и психического компонентов качества жизни.

При кардиоинтервалографии было обнаружено превалирование тонуса парасимпатической вегетативной нервной системы в 48,3% наблюдениях, симпатической - в 33,6%, а нормальный гомеостаз отмечен только в 18,1% случаев.

Проведенное наблюдение за пациентами показало, что у всех больных на фоне рефлексотерапии довольно быстро наступала клиническая динамика. Наиболее существенное влияние терапии отмечено на купирование болевого синдрома (у 92,2% пациентов). У 7,8% значительно снижена ее интенсивность. Диспепсические симптомы устранены к концу курса лечения. Также к концу курса РТ все исследуемые пациенты отметили значительное субъективное улучшение общего самочувствия (по VASP до лечения 7,5 балла, после – 4,4 балла), заметное уменьшение степени выраженности нейровегетативных нарушений, наблюдалось исчезновение эмоциональной лабильности, беспокойства, немотивированной тревоги, улучшение настроения, нормализация сна и аппетита (то есть достоверное уменьшение проявлений вегетативной дисфункции), вместе с тем отмечалось еще и снижение массы тела.

Результаты инструментальных исследований также демонстрировали положительные результаты. Данные кардиоинтервалографии убедительно свидетельствовали о нормализации уровня пара- и симпатической активации у данной категории пациентов. При оценке КЖ была заметна определенная тенденция к увеличению показателей КЖ, более всего это касалось таких показателей как ролевое эмоциональное функционирование, социальное функционирование, психическое здоровье. Возросли как физическая, так и психологическая составляющие КЖ. Показатели ЭКС в репрезентативных ТА по 24 каналам практически

нормализовались. Все пациенты отметили хорошую переносимость терапии.

Результаты лечения свидетельствуют о позитивном влиянии и клинической эффективности

рефлексотерапии вегетативных дисфункций у больных с болезнями функциональными заболеваниями органов пищеварения на фоне избыточной массы тела и ожирения.

Литература:

1. Drossman DA. The functional Gastrointestinal Disorders and the Rome III //Process. Gastroenterology 2006. – Vol. 130, N5. – P. 1377–1390.
2. Римські критерії III. Functional gastroduodenal disorders / J. Tack, N.J. Talley, M. Camilleri, G. Holtmann et al. // Сучасна гастроентерологія. – 2006. – № 6. – С. 73-81.
3. Talley N.J., Camilleri M et al. Functional gastroduodenal disorders. Gastroenterology 2006; 130 (5): 1466–1479.
4. Wu J., Mui L., Cheung C. Obesity is associated with increased transient lower esophageal sphincter relaxation. Gastroenterology, 2007; 132: 883-889.
5. Мачерет Є.Л., Коркушко О.О. Основи традиційної китайської медицини в рефлексотерапії. – К.: ДІА, 2005. – 400 с.

ОСОБЕННОСТИ ЭФФЕКТИВНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЕВЫХ КОРЕШКОВЫХ СИНДРОМОВ ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА

*Нургужаев Е.С., Избасарова А.Ш., Митрохин Д.А., Нурлыбаева Г.А., Турсынова А.Т., Есентаева С.Б.
Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова, г. Алматы*

Подходя к вопросу лечения болевого корешкового синдрома поясничного остеохондроза, мы изучили эффективность препарата «мелофлам» в сочетании с подводным вытяжением у пациентов основной группы. По нашим клиническим наблюдениям удалось получить хорошие результаты у 39 пациентов, что составило эффективность терапии на 87 %.

Ключевые слова: корешковый синдром, поясничный остеохондроз.

ОМЫРТҚА ОСТЕОХОНДРОЗЫ АУЫРСЫНУ СИНДРОМЫ ЭФФЕКТИВТІ ТЕРАПИЯСЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

*Е.С.Нургужаев, А.Ш.Избасарова, Г.А.Нурлыбаева, А.Т.Турсынова, С.Б.Есентаева
С.Ж.Асфендияров атындағы ҚазҰМУ, Алматы қ.*

Омыртқа остеохондрозы ауырсыну синдромын емдеу мәселесіне келгенде біз «мелофлам» препаратының эффективтілігін науқастардың негізгі тобынан байқадық. Біздің клиникалық байқауымыздан жақсы нәтижеге 39 науқас, 87 % эффективті терапия нәтижесін көрсетті.

Түйінді сөздер: омыртқа остеохондрозы; бел ауырсыну синдромы.

FEATURES OF EFFECTIVE THERAPY OF PAIN RADICULAR SYNDROME IN LUMBAR OSTEOCHONDROSIS

*Nurguzhayev E.S., Izbassarova A.Sh., Mitrokhin D.A., Nurlybayeva G.A., Tursynova A.T., Yesentayeva S.B.
Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov, Almaty*

In approaching the issue of treatment of pain radicular syndrome in lumbar osteochondrosis, we learned the effectiveness of the drug "Meloflam" in conjunction with underwater traction in the main group. According to our clinical observations we managed to get good results in 39 patients, that is 87 % effectiveness of therapy.

Keywords: radicular syndrome, lumbar osteochondrosis.

Актуальность.

Остеохондроз является самой распространенной формой дегенеративно-дистрофических процессов в позвоночнике, развивающийся в более молодом возрасте. В патогенезе остеохондроза определенная роль принадлежит травмам поясничного отдела позвоночника, сколиоз, большие и длительные нагрузки на поясничный

отдел и т.д. [1,2]. Вопросы лечения болевых корешковых синдромов поясничного остеохондроза остаются всегда в центре внимания клинической неврологии [3,4]. Мы хотели бы остановиться на одном из видов медикаментозного лечения, применяемого в нашей клинике.

Цель. Изучить эффективность применения препарата «мелофлам» в сочетании с подводным

вытяжением у пациентов с болевым корешковым синдромом поясничного остеохондроза.

Материалы исследования.

Для достижения цели мы выбрали группы пациентов с болевым корешковым синдромом для выбора рационального метода лечения.

В наших наблюдениях были представлены 2 группы: 1 группа – пациентам основной группы к медикаментозному лечению присоединили подводное вытяжение в сочетании с препаратом «мелофлам», а пациентам 2 группы (контрольная группа) в качестве лечения применили патогенетическую медикаментозную терапию согласно протоколу лечения.

Под нашим наблюдением находилось 45 пациентов с болевым корешковым синдромом

поясничного остеохондроза; из них – 32 (71%) мужчин, 13 (29%) женщин. Средний возраст составил 40 лет. Контрольная группа представлена 10 пациентами, из них – 6 (60%) мужчин, 4 (40%) женщины.

После клинико-неврологического обследования с диагностической целью пациентам проводилось МРТ исследование поясничного отдела позвоночника и консультация нейрохирурга.

Среди наших пациентов были люди различного возраста, специальностей, образования. Давность заболевания колебалась в пределах от 1 года до 7 лет (средний показатель – $4 \pm 2,6$ года).

Данные, характеризующие возраст и пол пациентов, представлены в табл.1.

Таблица 1 - Распределение пациентов по полу и возрасту

Возраст пациентов, в годах	1 группа (основная)		2 группа (контрольная)	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
20-30	9	2	1	-
30-40	11	5	2	2
40-50	7	3	3	1
50-60	5	3	-	1
Всего пациентов	32	13	6	4

Как видно из таблицы 1, в основном мужчины с болевым корешковым синдромом болеют в возрасте до 50 лет (средний возраст мужчин – $35 \pm 1,67$ лет), а женщины – до 40 лет (средний возраст женщин составил $30 \pm 0,78$ лет).

Учитывая противовоспалительное и анальгезирующее фармакологическое действие мелофлама, мы пациентам рекомендовали его прием за час до подводного вытяжения в таблетированном виде в дозе 7,5 мг во время еды на протяжении 8 дней.

Пациентам 1 группы проводилось подводное вытяжение поясничного отдела в бассейне в вертикальном положении при помощи матерчатого корсета на протяжении двух недель (10 сеансов). В первый день все пациенты начинали лечение, применяя подводное вытяжение без груза (собственным весом) на

протяжении 20 минут. Последующие 5 сеансов время пребывания в бассейне увеличивалось от 30 минут до 45 минут, а вес груза со второго сеанса увеличивался с 5 кг до 25 кг (вес груза увеличивали на 5 кг по два дня каждый последующий сеанс). Таким образом, пациенты получали лечение подводным вытяжением в сочетании мелофлама. Пациенты 2 группы получали только патогенетическую медикаментозную терапию согласно протоколу лечения.

Пациенты первой группы – это были лица с рецидивирующим течением заболевания, частыми обострениями. В неврологической картине отмечались стойкие симптомы выпадения чувствительной и двигательной функции: гипотония мышц, выпадение или снижение ахилловых рефлексов, снижение чувствительности по периферическому типу (корешковый синдром).

Таблица 2 - Распределение клинических симптомов у пациентов с болевым корешковым синдромом

Клинические симптомы пациентов	Показатели симптомов	
	1 группа (основная)	2 группа (контрольная)
Боль в позвоночнике	$83,6 \pm 8,2$	$87,55 \pm 0,53$
Симптомы натяжения	$53,6 \pm 9,2$	$58,24 \pm 0,38$
Дефанс мышц	$23,5 \pm 8,7$	$28,8 \pm 2,5$
Анталгическая поза	$18,7 \pm 8,0$	$15,8 \pm 3,1$

Снижение тонуса мышц	69,7±8,0	51,6±0,82
Понижение ахиллова рефлекса	60,3±10,0	69, 63±0,61
Отсутствие ахиллова рефлекса	38,2±5,6	40,3±8,5
Чувствительные расстройства	35,3±9,2	39,8±2,5
Ограничение объема активных движений	53,4±7,4	57,94±0,58

Результаты.

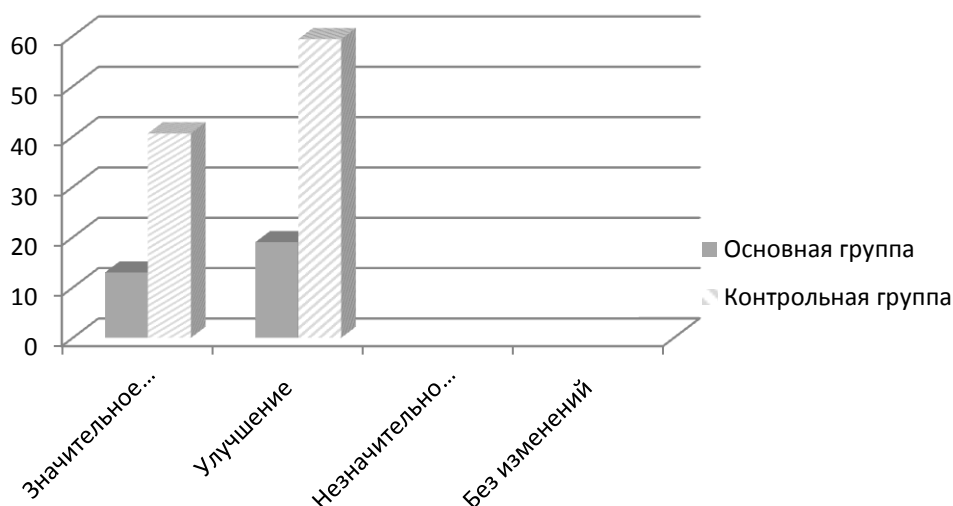
Пациенты 1 группы (45 человек), которым назначалось на фоне медикаментозной терапии подводное вытяжение в сочетании с препаратом «мелофлам», хорошо переносили лечение и отмечали несомненный эффект в 81% на пятый день.

Пациенты 2 группы (10 человек), получавшие патогенетическое лечение на пятый день отмечали положительную динамику в 77% случаев.

После проведенного курса лечения при повторном обследовании на стороне болевого синдрома у 23 (49%) пациентов появилась положительная динамика неврологических симптомов, т.е. улучшился тонус мышц, восстановился ахиллов

рефлекс, отсутствовали чувствительные расстройства. В неврологическом статусе 18 пациентов (38%) достигли позитивных результатов в виде улучшения тонуса, отсутствия корешкового синдрома, но полного восстановления ахиллова рефлекса не наблюдали. У 4 (13,3%) пациентов отмечалась незначительная симптоматика в виде купирования болевого синдрома.

45 пациентов, закончившие лечение с положительным результатом разделили на 3 группы: 1 группа – значительное улучшение; 2 группа – улучшение; 3 группа – незначительное улучшение. Это отображено нами в диаграмме.



Вывод.

По клиническим наблюдениям уменьшение болевого синдрома на уровне поясничного отдела позвоночника сопровождалось увеличением объема движений, уменьшением дефанса мышц спины и симптомов натяжения.

Улучшение клинического состояния наших пациентов объясняется тем, что мелофлам, являясь производным энолиевой кислоты до подводного вытяжения с грузом, оказывает анальгезирующий

эффект, а само подводное вытяжение воздействует как функциональный компонент на поясничный отдел позвоночника, снимая напряжение мышц спины и связочного аппарата.

Таким образом, среди анализируемой 1 группы мы получили хорошие результаты у 39 пациентов, что составляет эффективность терапии на 87 %. Во 2 группе положительные результаты медикаментозного лечения получили у 7 пациентов, и это составило 70%.

Литература:

1. Федин А.И., Путилина М.В. Дорсопатия. Диагностика и лечение. Методическое пособие. Москва 2011. – 100 с.
2. Бубличенко М.М. Энциклопедия остеохондроза. – Ростов-на-Дону: Феникс. 2004.- 352 с.
3. Попелянский Я.Ю. Ортопедическая неврология: вертебрология. М.: Медпресс-информ. 2003.

4. Лечение поясничных спондилогенных неврологических синдромов /Под ред. А.А.Скоромца. – СПб.: Гиппократ, 2001. – 160 с.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ МИГРЕНИ И ИНСУЛЬТА

К.А. Садоха, А.М. Головки

Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск, Беларусь

В статье сделан обзор литературы по такой проблеме, как мигрень и инсульт. Эта статья актуальна и практически значима.

МИГРЕНЬ ЖӘНЕ ИНСУЛЬТ АРАСЫНДА АРАҚАТЫНАСТАРДЫҢ КЕЙБІР ТҰРҒЫЛАРЫ

К.А. Садоха, А.М. Головки

Белорус дәрігерлік академиясының дипломнан кейінгі білімі, Минск қаласы Беларусь.

Мақалада мигрень және инсульт мәселелері бойынша әдебиетке шолу жасалынды. Бұл мақала іс жүзінде мағыналы және өзекті.

SOME ASPECTS OF THE RELATIONSHIPS OF MIGRAINE AND STROKE.

K.A. Sadokha, A.M. Golovko

Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education, Minsk, Belarus.

In the article of is overviewed the literature on such medical issue, as migraine and stroke. This article is relevant and practically significant.

В аналитическом обзоре, посвященном ассоциации между мигренью и цереброваскулярными поражениями, выделяются следующие варианты их соотношений: 1) инсульт вследствие других причин, сопутствующих мигрени; 2) инсульт с симптомами мигрени с аурой, обусловленный другими причинами; 3) инфаркт мозга развивается во время типичного приступа мигрени с аурой (мигренозный инсульт). Повышение риска развития ишемического инсульта для женщин, страдающих мигренью с аурой (моложе 45 лет), доказано разными исследователями [3, 5-7]. В исследовании, проведенном в европейских странах, в котором участвовали женщины в возрасте 20-44 лет, было установлено, что наличие мигрени повышало риск инфаркта мозга в 3,5 раза (доверительный интервал 95%), но не влияло на риск возникновения геморрагического инсульта. В этом же исследовании было обнаружено, что сочетание мигрени с приемом пероральных контрацептивов, повышенным артериальным давлением и курением приводит к многократному возрастанию риска возникновения инфаркта мозга. Установлено, что от 20 до 40% инсультов у женщин, страдающих мигренью, совпадает с приступом, в 67-73% случаев приступ предшествует развитию инсульта в течение 3-х дней. В британском исследовании по изучению влияния длительности, частоты приступов и давности мигрени на риск развития инфаркта мозга было выявлено

повышение такого риска при частоте приступов более 12 в год (в 2,6 раза) [3,5]. Неожиданным открытием исследований является то, что семейно-наследственный анамнез мигрени также приводит к повышению риска развития как ишемического, так и геморрагического инсульта [3]. В наблюдениях A.Cole и M.Aube (1990) у 3-х женщин приступы дебютировали в зрелом возрасте – за 4-20 лет до развития инсульта (у 2-х мигрень без ауры, у 1-й – с аурой). Кровоизлиянию в полушарие мозга у каждой пациентки предшествовал тяжелый и продолжительный приступ головной боли. При гистологическом исследовании в 2-х случаях с удалением гематом выявлены признаки некроза сосудистой стенки в сочетании с подострым воспалительным процессом. Mark C. Kruit с коллегами провели популяционное нейровизуализационное исследование трех групп пациентов (мигрень с аурой, мигрень без ауры и здоровые лица) в возрасте 30-60 лет, рандомизированных по полу и возрасту [2, 4]. Анализ подгрупп, выделенных по принципу локализации нейровизуализационных изменений, показал, что пациенты с мигренью имели более высокую частоту «немых» инфарктов в заднем сосудистом бассейне (5,4% и 0,7%). Частота инфарктов этой локализации была еще выше (в 13,7 раз) при мигрени с аурой по сравнению с лицами без мигрени. У пациентов с мигренью при частоте приступов 1 и более раз в месяц этот показатель был выше в 9,3 раза. Наиболее

высоким риск ишемического инсульта был при мигрени с аурой и частоте приступов 1и более раз в месяц (в 15,8 раз) по сравнению с лицами контрольной группы [4]. Показана более высокая распространенность инфарктов мозжечка по отношению к другим локализациям ишемических очагов при мигрени. В другом исследовании сравнивали 386 женщин в возрасте 15-49 лет с первым ишемическим инсультом с 614 лицами контрольной группы соответствующего возраста [2, 6]. Больных разделили на три группы: без головной боли, имеющие возможную мигрень со зрительными расстройствами и без них. В сравнении с женщинами без головной боли у пациенток с мигренью и зрительными нарушениями обнаружено увеличение риска инфаркта мозга в 1,5раза, снижение его после контроля традиционных факторов риска инсульта. Риск увеличивался (ОР=2,3) для женщин, у которых отмечалась частота приступов не менее 12 в год и у больных с коротким анамнезом мигрени (ОР=6,7). У женщин с возможной мигренью без зрительных расстройств не увеличивался риск инсульта [6]. После обобщения приведенных в обзоре материалов сделано заключение, что у пациентов с мигренью к развитию инсульта предрасполагают сами приступы, особенно тяжелые, которые часто повторяются с аурой при длительном течении заболевания [2-7]. Мигренозный инсульт определяется в Международной классификации головной боли следующим образом: «сочетание одного или более симптомов ауры с ишемическим повреждением мозга, подтвержденным адекватными методами нейровизуализации» [8]. Разработаны диагностические критерии мигренозного инсульта: 1) настоящий приступ у пациента с 1.2. Мигренью с аурой является типичным и отличается от предыдущих только тем, что один или несколько симптомов ауры имеют продолжительность более 60 минут; 2) нейровизуализационные методы исследования выявляют инфаркт мозга в зоне, соответствующей клиническим симптомам ауры; 3) нет связи с другими причинами [2, 8]. Эти критерии не позволяют диагностировать мигренозный инсульт у пациентов с мигренью без ауры. Восполнить этот пробел некоторые авторы предлагают дополнительными следующими признаками: возраст моложе 45лет, активная мигрень, медленное развитие головной боли в строгой временной связи с ишемическим событием [2,7]. Для более точной верификации мигренозного инфаркта необходимо, чтобы инсульт отвечал данным критериям: а) неврологический дефект должен точно воспроизводить симптомы предшествующих атак мигрени; б) развитие

инсульта должно происходить в течение типичной для пациента мигренозной атаки; в) другие причины инфаркта мозга должны быть исключены, хотя все возможные факторы риска инсульта необходимо учитывать [7]. В лечении приступа мигрени во многих странах используются средства, которые в медицинской литературе получили название «триптаны», поскольку все они – производные серотонина (5-гидрокситриптамина, 5-НТ). Первый препарат этой группы – суматриптан, препятствует выделению вазоактивных нейропептидов, асептическому воспалению в стенке сосуда, снижает активность болевой системы. Благодаря многочисленным экспериментальным и клиническим исследованиям суматриптан – самый изученный среди агонистов 5-НТ_{1B1D}-рецепторов (приняли участие более 8млн. пациентов, проведен анализ 300млн. приступов) и в настоящее время служит препаратом сравнения в исследованиях новых противомигренозных средств [1]. В аптечной сети широко представлен сумамигрен (суматриптан). Разовая доза – 50-100 мг. При повторении приступов или недостаточном эффекте начальной дозы препарат принимают повторно через 2-4 ч. Максимальная доза – 300 мг/сутки. Эффективность суматриптана (сумамигрена) – 74-83%. Накапливается опыт применения и новейших триптанов. Большинство из них все еще на стадии изучения [1, 2, 7]. При тяжелых формах мигрени с длительностью приступа более 24-х часов применяются дегидратирующие средства, например, диакарб (250мг) – 3-4 дня, который снижает чрезмерные пароксизмальные заряды нейронов, уменьшает продукцию цереброспинальной жидкости, оказывает противоотечный эффект. Эффективность в профилактике приступов надежно подтверждена в отношении ацетилсалициловой кислоты. Предпочитается препарат с минимальными побочными эффектами из этой группы – «Тромбопол». Благодаря истинной кишечнорастворимой оболочке и стабилизирующей субстанции уменьшается раздражающее влияние действующего вещества. Применяется 75-150 мг/сутки – 3-6 мес. Практические наблюдения показывают, что даже низкие дозы тромбопола (1 мг/ кг/сутки) могут снизить частоту атак. Способность антиагрегантов влиять на функцию тромбоцитов послужила основанием для их назначения при мигрени с целью профилактики приступов и инсульта [1, 2, 7]. Многочисленные плацебоконтролируемые исследования показали также, что применение «Винпосана» (винпоцетина) в возможно более ранние сроки от начала заболевания может

предотвратить инсульт. Первоначальная суточная доза – 20 мг в 500 мл раствора для инфузий, внутривенно (80 капель в минуту). При хорошей переносимости дозу в течение 3-4-х дней повышают до максимальной – 1 мг/кг, через 10 дней – 5-10 мг (1-2 табл.) 3 раза в день (2 мес.) с постепенным уменьшением дозы перед отменой. Винпосан достоверно уменьшает патологические вегетативные реакции, улучшает скорость мозгового кровотока, реологические свойства крови, метаболизм нейронов, хорошо переносится, эффективен в профилактике мигренозного инсульта. В лечении мигрени используют также специфические вертиголитики (беттагистины), в частности, «Полвертик». Препарат имеет структурное сходство с гистатамином. Вследствие блокады H₃-рецепторов полвертик улучшает кровоснабжение лабиринта, ствола, полушарий мозга уже в первые минуты после приема, при

этом отсутствует влияние на системные показатели, снижается активность вестибулярных ядер и патологическая импульсация с ампулярных рецепторов (Botta et al., 1998). Особенно удобно для практического применения наличие форм выпуска с разными дозировками: 8, 16 и 24 мг. Оптимальная схема применения – 48 мг/сутки (16 мг 3 раза или 24 мг 2 раза в сутки). Курс терапии подбирается индивидуально, но не менее 4-х недель (1-2 месяца). Препарат практически не вызывает побочных реакций, не обладает седативным эффектом. Опыт применения полвертика показал что это эффективное средство профилактики инсульта, мигрени и головокружения разного генеза. Таким образом, – это серьезный фактор риска инфаркта мозга. Своевременная адекватная терапия существенно снизит этот риск, улучшит качество жизни данных пациентов [1-7].

Литература:

1. А.В.Амелин Мигрень (патогенез, клиника, лечение) /А.В.Амелин, Ю.Д. Игнатов, А.А. Скоромец. – СПб., 2001. – 240 с.
2. Г.Р.Табеева Мигрень /Г.Р.Табеева, Н.Н.Яхно. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 624с.
3. C.L. Chang Duration, frequency, recency and type of migraine and the risk of ischaemic stroke in women of childbearing age /C.L. Chang, M. Donaghy, N. Poulter //J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. – 2002. – Vol. 73. – P. 747-750.
4. M.C. Kruit Migraine as a risk factor for subclinical brain lesions /M.C. Kruit, van M.A. Buchen, P.A.M. Hoffman et al. //JAMA. – 2004; 291: 427-434.
5. M.D. Laurie Barclay Migraine May Increase Stroke risk in Some Patients /M.D. Laurie Barclay //JAMA. – 2004. – Vol. 291. – P. 427-434, 493-494.
6. L.R. MacClellan Probable migraine with visual aura and risk of ischemic stroke: The Stroke Prevention in Young Women Study /L.R. Mac Clellan. W.H. Giles, J. Co- le //Stroke, 2007; 38: 2438-2445.
7. D. Milhaud Ischemic stroke and active migraine /D. Milhaud, J. Bogousslavsky, van G. Melle et al. // Neurology, 2001; 57: 1805-1811.
8. The International classification of headache disorders, 2-nd edition // Cephalalgia. – 2003. – Vol. 24. – Suppl.1. – P.1-160.

МИГРЕНЬ И ЭПИЛЕПСИЯ

В.В. Евстигнеев, К.А. Садоха, О.В. Кистень

Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск, Беларусь

В статье рассматривается взаимосвязь двух сложных в плане диагностики и лечения заболеваний – мигрени и эпилепсии.

МИГРЕНЬ ЖӘНЕ ЭПИЛЕПСИЯ

В.В. Евстигнеев, К.А. Садоха, О.В. Кистень

Белорус дәрігерлік академиясының дипломнан кейінгі білімі, Минск қаласы, Беларусь.

Мақалада өте күрделі ауруларды емдеу мен диагностикасында жоспарында мигрень және эпилепсия арасында өзара байланысы қаралады.

MIGRAINE AND EPILEPSY

V.V. Yevstigneyev, K.A. Sadokha, O.V. Kisten

Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education, Minsk, Belarus.

The interrelation of two difficult on treatment and diagnostics diseases – migraine and epilepsy is considered.

Мигрень нередко сочетается с эпилепсией и целым рядом заболеваний, которые имеют с ней тесную патогенетическую (коморбидную) связь. Эпидемиологические исследования подтверждают взаимосвязь указанных заболеваний. Так, распространенность головных болей (ГБ) среди пациентов с эпилепсией составляет 59%, причем наиболее часто они проявляются мигренозными или мигренеподобными ГБ. Частота мигрени у пациентов с эпилепсией – 24%, а у их ближайших родственников, страдающих и эпилепсией, – 26%. Эпилепсия повышает риск развития мигрени в 2,4 раза, мигрень повышает риск развития эпилепсии в 4,1 раза [1-4]. Мигрень и эпилепсия имеют ряд общих признаков: пароксизмальность возникновения приступов, нормальный неврологический статус в межприступном периоде, положительный ответ на прием антиконвульсантов. Этим двум заболеваниям присущи общие факторы риска: менструация, употребление алкогольных напитков, изменение погоды, депрессия и нарушения сна [3]. Коморбидность мигрени и эпилепсии значительно утяжеляет течение обоих заболеваний. У пациентов с эпилепсией и мигренозными пароксизмами прослеживаются более короткие межприступные периоды, отмечена более частая встречаемость резистентных случаев, при которых положительного эффекта можно добиться лишь после применения комбинированного лечения. Мигрень, которая сочетается с эпилепсией, характеризуется более высокой интенсивностью болевого синдрома во время криза, большим влиянием боли на повседневную активность, чаще встречаются и более значимы сопутствующие симптомы (тошнота, рвота, свето- и звукобоязнь, снижение повседневной активности) [1-3]. Механизм коморбидности до конца не изучен: полагают, что генетические маркеры и факторы окружающей среды могут повышать нейрональную возбудимость и уменьшать порог возникновения обоих типов атак. Концепция пароксизмального мозга, выдвинутая А.М. Вейном в 1999г., подчеркивает общие патогенетические механизмы пароксизмальных состояний эпилептического и неэпилептического генеза [2]. Помимо специфических механизмов, тип пароксизма определяется степенью нарушения баланса активирующих и синхронизирующих систем мозга, при этом тип приступа коррелирует с выраженностью синхронизации на

электроэнцефалограмме (ЭЭГ), которая существенно выше у пациентов с эпилептическими приступами. Применение транскраниальной магнитной стимуляции, использование спектрального анализа ЭЭГ и вызванных зрительных потенциалов подтверждают наличие синхронизирующих сдвигов, которые при мигрени приводят к гипервозбудимости зрительной коры, активирующей системы, лимбических отделов, ретикулярной формации среднего мозга, приводящих высвобождению возбуждающих аминокислот – глутамата, аспартата и снижению активности тормозного медиатора ГАМК [1-5]. Существует множество вариантов взаимоотношений между мигренью и эпилепсией. Наряду с крайне редким совпадением мигренозных и эпилептических пароксизмов, эпилептический припадок может следовать непосредственно за приступом мигрени [1-4]. Эти случаи принято обозначать термином «припадок, вызванный мигренью» (синонимы – мигрень-эпилепсия, мигрелепсия) [4, 6]. Наличие взаимного влияния этих двух заболеваний нашло отображение в таком состоянии, как мигрень-триггер эпилептического приступа согласно Международной классификации ГБ [6]. Разработаны диагностические критерии припадка, вызванного мигренью: 1) мигрень, отвечающая критериям 1.1. Мигрень с аурой; 2) припадок, отвечающий диагностическим критериям одного из эпилептических приступов и возникающий во время или в течение 1-го часа после мигренозной ауры [4, 6]. Мигрень встречается чаще у пациентов с парциальными и генерализованными приступами, особенно при посттравматической эпилепсии. Могут сочетаться генерализованные тонико-клонические приступы с абсансами и миоклониями или простыми парциальными пароксизмами [3]. Особая форма ассоциации двух заболеваний характерна для доброкачественной затылочной эпилепсии – формы идиопатической фокальной эпилепсии детского возраста. Для нее характерны простые парциальные приступы со зрительными расстройствами, мигренеподобными симптомами, наличием на ЭЭГ специфической пиково-волновой активности в затылочных отведениях. Отягощенный семейный анамнез по эпилепсии отмечается в 36,6 % случаев. Приступы эпилепсии, как правило, дебютируют в возрасте 7-8 лет, а мигрень – после 20 [4]. Патологические изменения на ЭЭГ в межприступном периоде обнаруживаются у 71% больных мигрелепсией и представлены

комплексами «спайк-волна» преимущественно в левых височных отведениях (у пациентов с комплексными височными парциальными пароксизмами), генерализованными билатерально-синхронными острыми волнами (у больных с генерализованными тонико-клоническими приступами), а также генерализованными симметричными комплексами «спайк-волна» или наличием острых волн в затылочных отведениях при закрывании глаз [3]. Для купирования приступа мигрени во многих странах используются триптаны, которые являются производными серотонина (5-гидрокситриптамина, 5-HT). Один из препаратов данной группы – суматриптан, препятствующий выделению вазоактивных нейропептидов, асептическому воспалению в стенке сосуда, обеспечивающий снижение активности болевой системы. Благодаря многочисленным экспериментальным и клиническим исследованиям суматриптан является самым изученным (приняли участие более 8 млн. пациентов) среди агонистов 5-HT_{1B/D}-рецепторов и служит препаратом сравнения в исследованиях новых противомигренозных средств [1, 4]. Разовая доза суматриптана («Сумамигрэн») – 50-100 мг. При повторении приступов или недостаточном эффекте начальной дозы препарат принимают повторно через 2-4 ч. Максимальная суточная доза – 300 мг, эффективность суматриптана («Сумамигрэн») – 74-83%. Накапливается опыт применения и новейших триптанов. Большинство из них все еще находятся на стадии изучения [1, 3, 4]. При тяжелых формах мигрени с длительностью приступа более 24-х часов применяются дегидратирующие средства, например, диакарб (250 мг) в течение 3-4-х суток. Это диуретик с уникальными свойствами, уменьшающий продукцию цереброспинальной жидкости, оказывающий противоотечный эффект, снижая внутричерепное давление. Диакарб блокирует активность карбоангидразы, подавляет чрезмерные пароксизмальные разряды нейронов, потенцируя действие антиконвульсантов. Идея использовать антиконвульсанты в профилактике мигрени имеет как клинические, так и нейрофизиологические предпосылки. Любопытно заметить, что в XIX веке мигрень рассматривалась как вариант эпилепсии [1, 4, 5]. Из группы антиконвульсантов только вальпроаты и топирамат рекомендованы для профилактического лечения мигрени на основании результатов плацебо-контролируемых исследований. Полезность других антиэпилептических средств в терапии мигрени находится на стадии клинического изучения [1, 3-5]. Большинство авторов показана рефрактерность мигрелепсии к лечению только

антиконвульсантами, поэтому нередко необходима другая или комбинированная терапия. В связи с этим в лечении мигрени часто используют специфические вертиголитики (бетагистины), в частности, «Полвертик». Препарат имеет структурное сходство с гистамином, усиливает влияние тормозных медиаторов (ГАМК), что немаловажно при мигрени. Вследствие блокады H₃-рецепторов Полвертик улучшает кровоснабжение лабиринта, ствола и больших полушарий мозга уже в первые минуты после приема, при этом отсутствует влияние на системные показатели, снижается активность вестибулярных ядер и патологическая импульсация с ампулярных рецепторов (Botta et al., 1998). Особенно удобно для практического применения наличие нескольких форм препарата с разными дозировками: 8, 16 и 24 мг. Оптимальная схема применения – 48 мг/сутки (16 мг 3 раза или 24 мг 2 раза в сутки). Курс терапии подбирается индивидуально, но не менее 4-х недель (1-2 месяца). Препарат не обладает седативным эффектом. Опыт применения Полвертика показал его эффективность в лечении мигрелепсии, головокружения любого генеза. Определенный эффект в профилактике приступов мигрени надежно подтвержден в отношении ацетилсалициловой кислоты. Предпочитается безопасный препарат из этой группы – «Тромбопол». Благодаря истинной кишечнорастворимой оболочке и стабилизирующей субстанции уменьшается раздражающее влияние действующего вещества на желудочно-кишечный тракт. Применяется 75-150 мг 1 раз в сутки на протяжении 3-6 мес. Практические наблюдения показывают, что традиционно используемые ежедневно даже низкие дозы Тромбопола (1 мг/кг/сутки) могут снизить частоту атак. Способность антиагрегантов улучшать функцию тромбоцитов и послужила основанием для их назначения при мигрени с целью профилактики приступов и инсульта [1, 4]. Многочисленные плацебо-контролируемые исследования показали, что применение препарата «Винпосан» (винпоцетин) внутрь (5-10 мг 3 раза/сутки в течение 2-х месяцев с постепенным уменьшением дозы перед отменой) может предотвратить приступ. Винпосан достоверно уменьшает патологические вегетативные реакции, улучшает скорость мозгового кровотока, реологические свойства крови, метаболизм нейронов, хорошо переносится, эффективен в профилактике мигренозного инсульта. Распространенность мигрени, высокий уровень ее коморбидности с эпилепсией и другими заболеваниями имеют очевидные последствия для

качества жизни, социальных и семейных взаимоотношений, определяют актуальность и практическое значение данной проблемы [1-5].

Литература:

1. А.В. Амелин Мигрень (патогенез, клиника, лечение) /А.В. Амелин, Ю.Д. Игнатов, А.А. Скоромец. – СПб., 2001. – 240 с.
2. А.М. Вейн Универсальные церебральные механизмы в патогенезе пароксизмальных состояний («пароксизмальный мозг») /А.М. Вейн, О.В. Воробьева //Журн. неврол. и психиатр.–1999.–Том 99, №12.–С.8-12.
3. О.Г. Морозова Мигрень: современные представления о диагностике и терапии /О.Г. Морозова //Новости медицины и фармации (тематический журнал «Неврология».–2012,№405–http: //novosti. mif-ua.com /archive /issue-27829 /article-27847/).
4. Г.Р.Табеева Мигрень /Г.Р. Табеева, Н.Н. Яхно.–М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 624с.
5. Е.Г. Филатова Антиконвульсанты в профилактической терапии мигрени /Е.Г. Филатова, М.В. Климов //Журн. неврол. и психиатр. – 2003, №10. – С. 65-67.
6. The International classification of headache disorders, 2-nd edition // Cephalalgia. – 2003. – Vol. 24. – Suppl.1. – P.1-160.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НЕТРАВМАТИЧЕСКИХ СУБАРАХНОИДАЛЬНЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ

*Сулейманова С.Ю., Кабдрахманова Г.Б., Бирючков М.Ю., Ермагамбетова А.П.
Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова,
г. Актобе*

169 больных, поступивших в стационар на протяжении первых 6-24 часов, погибли 36 (21,3%) человек. У всех этих пострадавших имела место кома, III-IV и проведение детальных исследований не представлялось возможным. Из 133 (78,7%) при поступлении были у всех проведены общеклинические и неврологические исследования, осмотр глазного дна у 84 (63,16%) было проведено только через 18-36 часов, ЭхоЭГ через 24-48 часов у 112 (84,2%), что следует отнести к недостаткам обследования у экстренных больных. В результате задержки с изучением состояния глазного дна и проведения ЭхоЭГ соответственно у 112 (84,2%) из 133 задерживались и наиболее достоверные диагностические информативные признаки кровотечения, зависящие от результатов люмбальной пункции.

ЖАРАҚАТҚА БАЙЛАНЫССЫЗ СУБАРАХНОИДАЛЬДЫ ҚАН ҚҰЙЫЛУДЫҢ ДИАГНОСТИКАСЫ ЖӘНЕ ЕМІ

С.Ю.Сулейманова, Г.Б.Кабдрахманова, М.Ю.Бирючков, А.П.Ермагамбетова

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті, Ақтөбе қаласы

Жарақатқа байланыссыз субарахноидальды қан құйылуы бар 169 науқастың диагностикасы мен емінің нәтижелері зерттелген. Олардың ішінде 36 (21,3) науқастар патология дамуынан 6-24 сағат соң комадан шықпай қайтыс болған. 133 науқаста (78,7) комплексті диагностикалық шаралар жүргізген кезде компьютерлік томография және диагностикалық люмбальдық пункция нәтижелері ең ақпаратты болды.

Қан құйылу ауырлығы Кравчук бойынша бағаланған. Қарқынды ем әдістері, соның ішінде нимотопты қолдану арқылы емге екшеуленген кірістер қаралды. Қан құйылу ауыртпалығы және ем шараларының көлемін ескере отырып, диагностикаға тиімді кірісуге ақыл кеңестер берілді.

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF UNTRAUMATIC SUBARACHNOID HEMORRHAGES

S.Yu. Suleimanova, G.B. Kabdrachmanova, M.Y. Biruchkov, A.P. Ermagambetova

West Kazakhstan state medical university named Marat Ospanov, Aktobe

The results of diagnosis and treatment were studied in 169 patients with the subarachnoid untraumatic hemorrhages. From them during 6-24 hours after the development of pathologi 36 (21,3%) patients died in comatose condition. During the carrying out of complex diagnostic examinations the results of diagnostic lumbar punctures and KT were more informative in 133 (78,7%) patients. Kravchuku heavy estimation of hemorrhages was used, differential methods of approach to the treatment with the use of intensive methods including Nimotop. The recommendations in method of approach to the diagnosis were given taking into account the heaviness of hemmorrhages and the volume of medical examinations.

Актуальность изучения проблемы спонтанных субарахноидальных кровоизлияний обусловлена высокой смертностью при этой патологии и значительной ее частотой. Так, по данным многих исследований, среди острых расстройств кровообращения эта патология составляет 8% [1, 2, 3]. По материалам R. Fogelholm [4], среди каждых 100.000 человек у 10-12 возникают нетравматические субарахноидальные кровоизлияния. При этом причиной их у 50-60% чаще всего служат ангиомы или аневризмы [4, 6]. Клиническая проблема, в том числе при разрывах аневризм субарахноидальных кровоизлияний проявляется чаще в возрасте 35- реже 40-65 лет [5, 6].

Б.С.Виленский [2] считал, что на эти причины приходится даже 75-90% субарахноидальных кровоизлияний. Кроме этой, основной причины, к нетравматическим субарахноидальным кровоизлияниям приводит в 5-10% случаев заболевания крови, артерииты, инфекционно-токсические и другие патологические состояния.

Диагностика, даже при использовании современных дополнительных исследований, не дает возможности установить причину субарахноидального кровотечения у 10-20% больных [2]. До 50% больных с субарахноидальным кровоизлиянием умерли, при этом до 60% погибают вне стационара, а 40% в неврологических или нейрохирургических отделениях, из них до 20% в первые часы после госпитализации [7]. Учитывая это положение можно считать, что показатели летальности по стационарам отражают лишь половину объективной действительности, по исходам у данного контингента больных.

Все изложенное дает основание для утверждения о необходимости дальнейшего изучения проблемы, определенных рациональных подходов к диагностике и лечению этой сложной и большой группы больных.

Цель нашего исследования – анализ недостатков диагностики и лечения, определение оптимальных объемов для улучшения исходов.

В задачи по достижению цели вошли:

- анализ причин несвоевременной и недостаточной диагностики;
- определение оптимальных и наиболее рациональных комплексов диагностики;
- анализ причин и недостатков в проведении лечебных мероприятий
- определение тактики врача и разработка рекомендаций для лечения больных с нетравматическими субарахноидальными кровоизлияниями.

Объектом исследования служили 169 больных с нетравматическими субарахноидальными

кровоизлияниями, лечившихся в наших клиниках в период с 2008 по 2012 годы. Методы исследования клинические, неврологические, лабораторные, осмотр глазного дна, ЭхоЭГ, люмбальные пункции, ангиография, КТ.

Результаты исследования:

169 больных, поступивших в стационар на протяжении первых 6-24 часов, погибли 36 (21,3%) человек. У всех этих пострадавших имела место кома, III-IV и проведение детальных исследований не представлялось возможным.

Из 133 (78,7%) при поступлении были у всех проведены общеклинические и неврологические исследования, осмотр глазного дна у 84 (63,16%) было проведено только через 18-36 часов, ЭхоЭГ через 24-48 часов у 112 (84,2%), что следует отнести к недостаткам обследования у экстренных больных. В результате задержки с изучением состояния глазного дна и проведения ЭхоЭГ соответственно у 112 (84,2%) из 133 задерживались и наиболее достоверные диагностические информативные признаки кровотечения, зависящие от результатов люмбальной пункции. Ангиография была проведена у 21 (15,8%) из 133 больных. Из них у 18 (13,5%) обнаружены артериальные аневризмы.

КТ проводилось у 58 (43,6%) из 133 больных. При этом у 36 (62%) из них было отмечено повышение плотности в ед. Н – Hounsfield показателей в субарахноидальных пространствах, Sylvian бороздах и базальных цистернах от +30 до +60Н.

Этот факт указывает на уже довольно высокую концентрацию крови в составе ликвора. При более поздних исследованиях у 41 (70,6%) из этой группы (58 человек) больных были установлены признаки, указывающие на гидроцефальность. Люмбальные диагностические и лечебные пункции в динамике проводились у 112 человек.

Исходя из анализа результатов исследований проведенных у изученной нами группы больных, можно утверждать, что наиболее достоверным и, главное, абсолютно доступным в любой клинике исследованием является люмбальная пункция и результаты лабораторных исследований ликвора. Следует подчеркнуть, что в зависимости от массивности кровоизлияния ценность результатов при проведении диагностической люмбальной пункции будет различна. Уже визуально при взятии ликвора при наличии в 1мкг не менее 500-700 эритроцитов отмечается его розовая окраска [5].

Мы с целью детализации тяжести кровотечения и определения дальнейшей тактики лечения пользовались критериями трех степеней оценки. К группе больных с I-легкой степенью выраженности субарахноидального кровоизлияния – относили больных, у которых в ликворе содержалось до

$1,9 \times 10^9$ /л эритроцит, сюда отнесены 47 (42%) из 112 (100%) больных. Ко II – средней степени кровоизлияния отнесены 39 (34,8%) пациентов с содержанием в ликворе эритроцитов от $1,0 \times 10^{10}$ /л до $10,0 \times 10^{10}$ /л. В III группу с тяжелой степенью вошли 26 (23,2%) больных у них имели место массивных кровоизлияний, превышающие показатель $10,0 \times 10^{10}$ /л.

Данное исследование позволяет оценить тяжесть кровоизлияния и в динамике наблюдать степень санирования ликвора под влиянием проводимой терапии.

Безусловно, эти критерии не вскрывают причины субарахноидального кровоизлияния и не позволяют проводить долгосрочного прогноза, не исключают возможности развития столь опасных повторных кровоизлияний.

Причина и то не всегда может быть вскрыта и ангиографическим исследованием [7], в нашем материале возможность такой диагностики не превышает 85,7% (у 18 из 21 больных).

КТ исследования, проводимые без усилия, по нашим данным давали информацию о субарахноидальных кровотечениях только в 62% случаев. Это исследование так же позволило судить об отеке мозга ($H=+18+25$ ед.), и следовательно, определить степень и интенсивность проведения дегидратационной терапии.

Лечебная тактика в целом зависела от степени кровотечения, тяжести пострадавшего и динамической оценки лабораторных показателей и данных дополнительных исследований.

В группе больных с легкой степенью кровоизлияния лечение проводилось с проведением 2-3 люмбальных лечебно-диагностических пункций, больные получали в растворе внутривенно хлорид кальция, проводилась симптоматическая терапия.

Больные со средней степенью кровоизлияния получали под контролем состояния свертывающей системы в вену эпислон-аминокапроновую кислоту в течении 4-5 суток, дицинон, хлорид кальция, церебролизин до 40 мг на курс лечения (по 5 мг ежедневно внутривенно), нимодипин и у части больных проводилась интенсивная санация ликвора, противоотечная и антиспазматическая терапия.

При тяжелых кровоизлияниях назначались – в отделении интенсивной терапии реанимационные мероприятия, после выхода из тяжелого состояния назначалась та же терапия, что и во второй группе. У 18 больных второй группы мы применяли интенсивное лечение с промыванием субарахноидальных пространств.

В последние 3 года мы с успехом для лечения больных с субарахноидальными нетравматическими кровоизлияниями применяли ниматоп. По предварительным данным, этот препарат позволяет значительно улучшить качественные критерии исходов лечения. Так как этот раздел не предусмотрен задачами данного сообщения мы здесь детально не останавливаемся на анализе данных по использованию ниматопа.

В заключение следует отметить, что анализируемые результаты диагностики, по нашим данным позволяют в условиях стационаров Западного Казахстана рекомендовать диагностические люмбальные пункции при лечении больных с субарахноидальными спонтанными кровоизлияниями.

При подозрении на аневризму – в обязательном порядке прибегать к ангиографии и передавать этих больных для лечения нейрохирургам. Достоверность ангиографических результатов исследования, по нашим данным, может достигать 85,7%.

КТ исследования, по нашим данным, дают достоверные результаты только у 62%. Эти данные в значительной степени отличаются от данных K.Siegel (8), который считал, что КТ позволяет диагностировать субарахноидальные кровоизлияния в течении первых суток у 95%, а на третий день у 74% больных.

Выводы:

1. Основными причинами недостаточной и ошибочной диагностики являются не всегда своевременный, нерациональный и правильный объем проводимых исследований.

2. Оптимальным диагностическим комплексом для невропатологии следует считать проведение в экстренном порядке, а затем в динамике осмотра глазного дна, ЭхоЭГ, люмбальной пункции, КТ. Для нейрохирургов, кроме этого в обязательном порядке – проведение ангиографии или МРТ с усилением.

3. Основными причинами недостаточной эффективности в неврологических стационарах следует считать игнорирование динамической оценки тяжести кровоизлияния по методике Кравчука, нечеткость представления о сосудистом спазме и недостаточно активное использование методов интенсивной санации ликвора.

4. Наиболее рационально при лечении больных с нетравматическими субарахноидальными кровоизлияниями в неврологических стационарах проводить, по показаниям, интенсивное лечение, включая в его комплекс проточную контролируемую санацию ликвора и широкое применение ниматопа. При наличии аневризм – лечение данного контингента

больных необходимо проводить в нейрохирургическом стационаре.

Литература:

1. Ballander H.J., Konrtopoulos H., Liliequist B. et al. Retrospective analysis of 165 consecutive cases of ruptures intracranial aneurysms // *Acta neurochir.* 1984. – V.70, 1-2 – p. 31-41.
2. Г.А.Акимов, М.М.Одинак. Дифференциальная диагностика нервных болезней. – М. «Гиппократ», 2000 – С. 421-422.
3. Виленский Б.С. Инсульт: профилактика, диагностика и лечение. – С.Петербург «Искусство России», 1999. – С. 138-142, 300-314.
4. Hypertensive intracerebral hemorrhage. Sids. M.Mizukami et al. New York-Raven press, 1983 – 260 p.
5. Кравчук А.Д. Субарахноидальное травматическое кровоизлияние // *Нейротравматология* ред. А.Н.Коновин и др. – М. «Вазарферро», 1994. – С. 170-172.
6. М.Самуэльс. Неврология. – М. Практика, 1997. – С. 56, 309-315.
7. Лебедев Л.Д., Быков. Руководство по неотложной нейрохирургии. – М. Медицина, 1987. – С. 233.
8. А.Н.Коновалов. Черепно-мозговая травма. Клиническое руководство и др. – М. «Антидар», 1998. – С. 328-329, 421-424, 473-476, 510-532.

ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ И ПУТИ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ (ОБЗОР ПРОБЛЕМЫ)

Г. Е. Толебаева

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент

Проведен анализ литературы по причинам развития резистентности при эпилепсии. Приведены данные по различным видам резистентности. Обращено внимание на возможности преодоления резистентности при эпилепсии.

ЭПИЛЕПСИЯ КЕЗІНДЕ ТӨЗІМДІЛІКТІ САҚТАП ҚАЛУ ЖОЛЫ ЖӘНЕ ДАМУ СЕБЕПТЕРІ (МӘСЕЛЕГЕ ШОЛУ)

Толебаева Г.Е.

Оңтүстік Қазақстандағы мемлекеттік фармацевтік академиясы, Шымкент қаласы

Эпилепсия кезінде төзімділіктің дамуы себебі бойынша әдебиеттерде талдау жүргізілді. Төзімділіктің түрлі түрлері бойынша мәліметтер келтірілген. Бұл мақалада эпилепсия кезіндегі төзімділікті жеңу мүмкіндіктеріне көңіл аударылды.

THE CAUSES AND WAYS TO PREVENT THE DEVELOPMENT OF RESISTANCE IN EPILEPSY (REVIEW OF THE PROBLEM).

G.E. Tolebayeva

South Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Shymkent

The analysis of the literature on the causes of resistance in epilepsy. The data on the different types of resistance. Attention is drawn to the possibility of overcoming resistance in epilepsy.

Эпилепсия — одно из наиболее распространенных заболеваний центральной нервной системы [13]. Социальная значимость проблемы определяется распространенностью эпилепсии [1], возможностью развития у 1/3 больных при недостаточном лечении изменений личности, психики, необходимостью длительного приема антиэпилептических препаратов, необходимостью решения социально-правовых вопросов. На современном этапе в целом прогноз эпилепсии относительно благоприятный. В 50-60% случаев 20 лет спустя после первого приступа при

адекватном лечении имеет место ремиссий [20], около 50% из этих лиц не принимают противосудорожные препараты [4,8,6]. Резистентной, или некурабельной, называют эпилепсию, при которой тяжесть и частота припадков, неврологические и психические нарушения или побочные действия антиэпилептических препаратов (АЭП) [2,4,18] не поддаются удовлетворительной коррекции и не приемлемы для больного. В развитии резистентности эпилепсии существуют определенные возрастные зависимости, причем один пик приходится на младенчество и раннее

детство, второй — на подростковый и юношеский возраст. Поэтому какой-либо препарат, неэффективный в раннем возрасте, может оказаться эффективным в более старшем. Кроме того, когнитивные дефекты, обусловленные эпилепсией, зависят от зрелости и степени формирования тех или иных систем в мозге [2].

Надо отметить, что основную часть некурабельных эпилепсий составляют формы, резистентные к определенному препарату, или стратегии лечения. В наиболее общем плане понятие «резистентности» следует относить к конкретному препарату или конкретной стратегии лечения [15]. Резистентность может быть относительной, условной и абсолютной. Под относительной понимают резистентность, связанную с неудачным подбором препарата, нарушением режима лечения, воздействием неблагоприятных факторов [4,7,12,19]. Чем длительнее пациент получает нерациональную фармакотерапию, тем большая вероятность и степень развития у него реальной фармакорезистентности вследствие ятрогенных изменений чувствительности нейротрансмиттерных рецепторов. Об условной резистентности говорят, когда применение двух основных препаратов первого выбора для данной формы эпилепсии в моно- или комбинированной терапии неэффективно. Условной границей некурабельности чаще всего принимают 4 и более обременительных для больного припадков в месяц. В такой ситуации адекватным является назначение новейших препаратов или дополнительной терапии.

Абсолютная резистентность предполагает неэффективность любых комбинаций препаратов, включая «новые», в максимальных дозировках (подтвержденных исследованием плазмоконцентрации). Около 30% из неподдающихся лечению эпилепсий резистентны к любым медикаментам. Следует остановиться на наиболее часто допускаемых терапевтических ошибках, которых можно избежать [5]. К ним относятся: неправильная оценка типа приступов (по данным британских экспертов, до 35% высококвалифицированных специалистов расходятся во мнениях при оценке типа приступа); переоценка результатов инструментального обследования без учета клинических данных и назначение АЭП в целях так называемой «профилактики эпилепсии», т.е. при отсутствии эпилептических приступов; комбинация нескольких лекарственных препаратов без предварительной оптимально дозированной монотерапии или начало лечения с препаратов второй очереди; сохранение высокой суточной дозы АЭП при отсутствии клинического эффекта; лечение

низкими дозами АЭП; применение препаратов, активирующих эпилептогенез; неоправданно быстрая отмена АЭП после достижения ремиссии. Вопрос о скорости отмены лечения зависит от формы эпилепсии и особенностей конкретного АЭП. Очень высок риск рецидива (до 85%) [17], при юношеской эпилепсии пробуждения с большими тонико-клоническими приступами, также при симптоматических эпилепсиях с комплексными парциальными припадками. Предиктором высокого риска являются миоклонические, тонические и атонические пароксизмы. Нельзя отменять лечение в период гормональной перестройки (пубертатный возраст). С целью преодоления медикаментозной резистентности, в первую очередь, необходимо уточнить диагноз, так как приблизительно 20% больных, получающих противоэпилептическую терапию, страдают неэпилептическими припадками. Необходимо провести детальное исследование, включающее клинические, электроэнцефалографические и нейровизуализационные методы. При подтверждении эпилептического генеза приступов исследуется возможность наличия актуальной церебральной патологии (опухоль, энцефалит, генетическое заболевание, метаболические нарушения) и проводится ее дифференцированное патогенетическое лечение. Если речь идет о резистентной эпилепсии на фоне резидуальной мозговой патологии, то уточняется форма заболевания и пересматривается терапевтическая тактика. Резистентность к монотерапии является показанием для комбинации АЭП. Не следует забывать, что политерапия в результате фармакокинетического взаимодействия может приводить к снижению терапевтического эффекта и развитию симптомов острой интоксикации на один из препаратов, который ранее хорошо переносился. Как следующий этап преодоления фармакорезистентности эпилепсии можно рассматривать немедикаментозные методы лечения, среди которых психотерапия, иглорефлексотерапия, кетогенная диета, стимуляция блуждающего нерва, нейротрансплантация фетальных тканей и оперативное лечение.

К сожалению, и в настоящее время лечение эпилепсии остается достаточно сложной проблемой. Врачи имеют широкий выбор препаратов и методов для лечения эпилепсии, достаточно успешно борются с припадками. Однако никакие из инноваций последнего столетия не достигли окончательной цели — излечения эпилепсии как болезни. Только долгосрочная комплексная лечебная программа с учетом не

только медицинских, но и социально-правовых аспектов эпилепсии может быть перспективной.

Литература:

1. Влияние противоэпилептических препаратов на когнитивные функции и поведение при эпилепсии. Эпилептология в медицине XXI века под. Ред. Е.И. Гусева, А.Б. Гехт. Москва 2009, 199-204с.
2. Карлов В.А. Эпилепсия М.: Медицина, 1990, 336с.
3. Карлов В.А. Эпилепсия у детей и взрослых женщин и мужчин: руководство для врачей.— М.: Медицина, 2010.— 717с.
4. Котов А.С., Рудакова И.Г., Котов С.В. Роль провоцирующих факторов в развитии эпилептических приступов. Эпилептология в медицине XXI века под. Ред. Е.И Гусева, А.Б., Гехт. Москва 2009, 89-103с.
5. Перукка Э. Современная стратегия фармакотерапии эпилепсии. Эпилептология в медицине XXI века под. Ред. Е.И Гусева, А.Б., Гехт. Москва 2009, 359-381с.
6. Теплышева А.М. Клинико-нейрофизиологический анализ медикаментозно-резистентной парциальной эпилепсии: Дис.канд. мед.наук. М 2004.
7. Хабибова А.О. Качество жизни взрослых больных парциальной эпилепсией: Дис.канд.мед.наук. М 1998.
8. Berg AT, Shinnar S. Relapse following discontinuation of antiepileptic drugs: a meta-analysis. Neurology 1994; 44: 601–608.
9. Fisher RS, van Emde Boas W, Blume W, Elger C, Genton P, et al. Epileptic seizures and epilepsy: definitions proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE). Epilepsia. 2005;46:470
10. Holmes L.B., Harvey E.A., Coull B.A. et al. The teratogenicity of anticonvulsant drugs. N Engl J Med 2001; 344: 1132-1138
11. Hitiris N, Mohanraj R, Norrie J, Sills GJ, Brodie MJ. Predictors of pharmaco-resistant epilepsy. Epilepsy Res. 2007;75:192–196.
12. Jallon P. Epidemiology of epilepsies In Panayiotopoulos C.P., ed. V. 1: A practical guide to childhood epilepsies. Oxford: Medicinæ: 2006. 17-20.
13. Kwan, P, Sander, J W. The natural history of epilepsy: an epidemiological view. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry 2004; 75: 1376-1381
14. Kwan P, Brodie MJ. Early identification of refractory epilepsy. N Engl J Med 2000;342:314–319.
15. Yerby M S. Teratogenicity and antiepileptic drugs: potential mechanisms. Int Rev Neurobiol. 2008;83:181-204
16. Nicoletti A, Sofia V, Vitale G, Bonelli SI, Bejarano V, Bartalesi F, Tran DS, Preux PM, Zappia m, Bartoloni A. The Natural History of Epilepsy: Spontaneous Remission and mortality Epilepsia 2009;50(10):2199–2206
17. Perucca, P., Carter, J., Vahle, V., Gilliam, F. G. Adverse antiepileptic drug effects: Toward a clinically and neurobiologically relevant taxonomy. Neurology 2009; 72: 1223-1229
18. Schmidt D, Löscher W. Uncontrolled epilepsy following discontinuation of antiepileptic drugs in seizure-free patients: a review of current clinical experience. Acta Neurol Scand 2005; 111: 291–300.
19. Schiller Y. Seizure relapse and development of drug resistance following longterm seizure remission. Arch Neurol. 2009 66(10):1233-9.
20. Sillanpää M, Schmidt D. Natural history of treated childhood-onset epilepsy: prospective, long-term population-based study. Brain 2006;129:617–24

ГЕМОМРАГИЧЕСКИЙ ЭНЦЕФАЛИТ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

*С.Т.Турусбекова, Д.А.Митрохин, А.А.Оспанов¹, А.О.Омаров¹
Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова,
Городская клиническая больница №1¹, г. Алматы*

В приведенном клиническом наблюдении описаны нейровизуализационные изменения головного мозга у больной 22 лет с геморрагическим энцефалитом, проявлявшимся полиморфной неврологической

симптоматикой. Показано, что данные МРТ головного мозга свидетельствуют о поражении структур экстрапирамидной системы, а также белого вещества.

Ключевые слова: геморрагический энцефалит, магнитно-резонансная томография, диагностика, нейровизуализационные проявления

ГЕМОМРАГИЯЛЫҚ ЭНЦЕФАЛИТ: КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙ

Туруспекова С.Т., Митрохин Д.А., Оспанов¹ А.А., Омаров¹ А.О.

С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медициналық университет,

Қалалық клиникалық аурухана №1¹, Алматы қаласы

Келтірілген клиникалық бақылауда ауруда полиморфты неврологиялық симптоматикамен айқындалған геморрагиялық энцефалит бар 22 жастағы науқаста бас миында нейровизуалдық өзгерістері сипатталған. Көрсетілгендей, бас миының МРТ мәліметтерінде экстрапирамидтік жүйедегі құрылымның, ақ заттың зақымдалғаны көрсетілген.

Түйінді сөздер: геморрагиялық энцефалит, магнитті - резонанстық томография, диагностика, нейровизуалды көріністер.

HEMORRHAGIC ENCEPHALITIS: CASE REPORT

S.T.Turuspekova, D.A.Mitrohin, A.A.Ospanov¹, A.O.Omarov¹

Kazakh National Medical University of S.D.Asfendiyarov,

City Clinical Hospital № 1¹, Almaty

In the clinical follow-up are described neuroimaging changes in the brain in a patient 22 years with hemorrhagic encephalitis, evident polymorphic neurological symptoms. Shown that these brain MRI showed lesions of the structures of the extrapyramidal system, as well as the white matter.

Key words: hemorrhagic encephalitis, magnetic resonance imaging, diagnosis, neuroimaging manifestations

Энцефалиты – это группа заболеваний, характеризующихся воспалением головного мозга. Наиболее рациональным принципом классификации инфекционных заболеваний является классификация по их этиологии. Но так как причину энцефалитов установить удается не всегда, то при классификации подобных заболеваний головного мозга используют еще и особенности протекания воспалительного процесса. Исходя из этих принципов - очень редкая форма острого поражения нервной системы с образованием множественных мелкоочечных кровоизлияний принято называть геморрагическим энцефалитом. Это заболевание было впервые описано Штрюмпелем и Лейхтенштерном в 1891г., которые этиологически связывают его с гриппом. В настоящее время допускают существование первичного вирусного геморрагического очагового энцефалита наряду с существованием подобных форм, сопутствующих ряду общих инфекций (грипп, корь, сыпной тиф и др.). Значительная роль принадлежит гиперергическим реакциям нервной системы на различные аллергены. Заболевание возникает остро и чаще поражает молодых людей. Иногда ему предшествует банальная респираторная инфекция. Патоморфологические изменения заболевания связаны с поражением сосудов мозга. Наблюдаются растянутость и стаз мелких сосудов и капилляров. Небольшие кровоизлияния местами, особенно в белом

веществе, приобретают сливной характер. Преимущественно поражается белое вещество полушарий и ствола головного мозга, в меньшей мере серое вещество. Преобладают лимфоидная инфильтрация и мезенхимно-микроглиозная реакция. В связи с редкими случаями геморрагического энцефалита в практике врачей-неврологов – мы решили привести наше наблюдение.

В клинику нервных болезней поступила пациентка А-ва Ф.Д., 22 лет, с жалобами на головную боль давящего характера, головокружение, неустойчивость при ходьбе, онемение и слабость в конечностях, общую слабость, быструю утомляемость, снижение памяти и внимания, плохой сон. Из анамнеза известно: заболела остро в марте во время пребывания в Объединенных Арабских Эмиратах, появилась лихорадка с повышением температуры до 39-40°C, общая слабость, головная боль, головокружение, рвота на высоте головной боли, слабость в левых конечностях, судорожные подергивания в левых конечностях. В феврале 2012 года отмечает укусы летающих насекомых (каких - точно не знает (москиты, комары?)), после которых наблюдались зуд, припухание и покраснение на коже. Также пациентка вспомнила, что у неё отмечались высыпания на лице, но когда и какие – не помнит. В остром периоде была госпитализирована, 07.03.12 г. в ОАЭ проведена МРТ, КТ головного мозга с контрастированием.

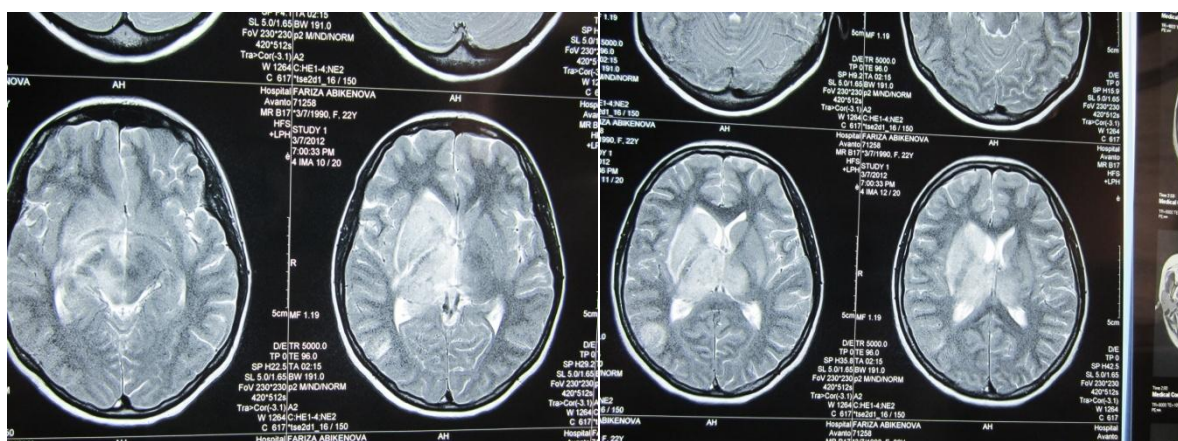


Рисунок 1. МРТ больной А-вой Ф.Д. от 07.03.12

На серии снимков отмечены сливные гиподенсивные и гиперденсивные очаги в подкорковых зонах мозга справа, расширение желудочковой системы, что было расценено как признаки первичной лимфомы ЦНС (рис. 1). Согласно сведениям из выписки, больная получала противовирусную и гормональную терапию, на фоне которой отмечалось улучшение самочувствия. По приезду в Алматы беспокоили общемозговые и астенические симптомы, слабость в конечностях, в связи с чем госпитализирована для восстановительного лечения. История жизни не имеет никаких отягощающих особенностей. В неврологическом статусе выявлены общемозговой синдром - головная боль, головокружение, равномерное снижение фотореакций зрачков, слабость конвергенции с двух сторон, установочный нистагм с двух

сторон. Мышечный тонус повышен во всех конечностях преимущественно по экстрапирамидному типу. Сила мышц в конечностях равномерно снижена до 4,0-4,5 баллов. Сухожильные рефлексы оживлены, анизорефлексия с акцентом справа, патологические симптомы Бабинского, Россолимо с обеих сторон. Координаторные пробы выполняет неуверенно. В позе Ромберга пошатывание. Умеренные когнитивные нарушения, эмоциональная лабильность. Параклиническое обследование: общие анализы крови и мочи, биохимический анализ крови патологии не выявил. ЭЭГ – патологическая ЭЭГ, билатеральная альфа-тетадизритмия, эпилептической активности не регистрируется. Спустя 1,5 месяца проведена МРТ повторно.

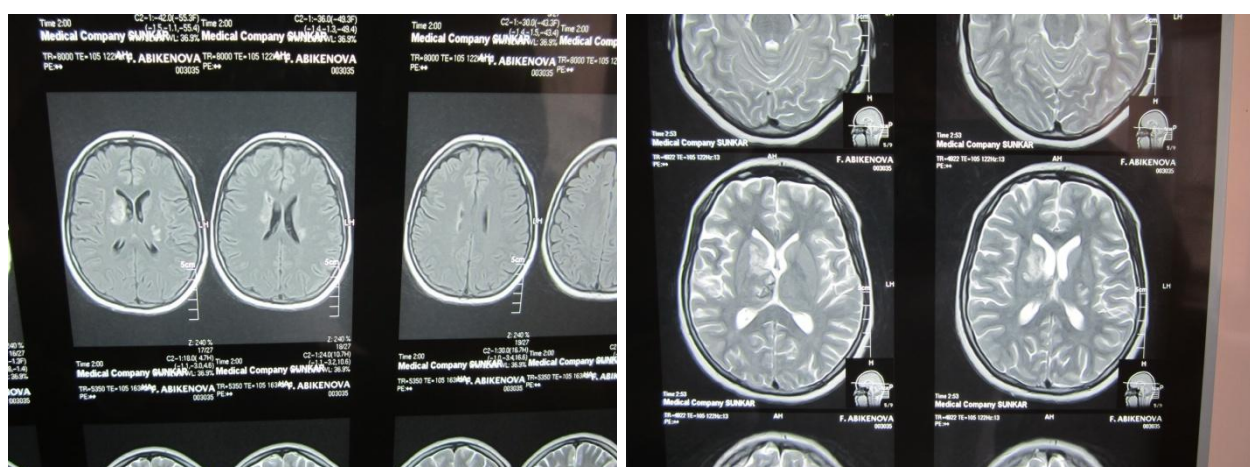


Рисунок 2. МРТ больной А-вой Ф.Д. в динамике

На снимках выявлены мелкоочаговые зоны подострых кровоизлияний в толще правого зрительного бугра, в смежных отделах скорлупы, передней ножки внутренней капсулы, головки хвостатого ядра справа (рис. 2), что свидетельствует о положительной динамике в виде уменьшения размеров подкорковых очагов и согласуется с данными клинической картины.

Таким образом, учитывая данные анамнеза, неврологического статуса, серии томограмм, а также, приняв во внимание положительную динамику заболевания на фоне

противовоспалительной терапии, в частности гормональной, противовирусной, подтвержденной как субъективно, так и объективно, было сделано заключение, что у пациентки имеет место геморрагический энцефалит с гипертензионным синдромом, тетрапарезом с акцентом справа, умеренными когнитивными нарушениями. Мы надеемся, что описанный нами клинический случай геморрагического энцефалита с нейровизуализационными данными пополнит наши знания об этом не часто встречающемся воспалительном заболевании головного мозга.

ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ИНСУЛЬТ В РЕГИОНЕ ГОРОДА СЕМЕЙ ВОСТОЧНОГО КАЗАХСТАНА В 2000-2011 гг.

Хайбуллин Т.Н.

Государственный медицинский университет города Семей, г. Семей

Представлен анализ историй болезни пациентов с мозговым инсультом, госпитализированных в БСМП г. Семей Восточного Казахстана за 12-летний период (2000-2011гг.). Всего госпитализировано 9849 больных. Из них больные ишемическим инсультом составили 76,9%, внутримозговым кровоизлиянием – 18,5%, субарахноидальным кровоизлиянием – 4,6%. Общая летальность составила 16,4%, летальность при ишемическом инсульте – 8,5%, внутримозговом кровоизлиянии – 43,4%, субарахноидальном кровоизлиянии – 36,8%. Отмечается тенденция к существенному росту госпитализированных больных за счет увеличения числа больных ишемическим инсультом. Отмечен рост летальности при всех типах инсульта.

ШЫҒЫС ҚАЗАҚСТАН СЕМЕЙ ҚАЛАСЫ АЙМАҒЫНЫҢ 2000-2011 Ж.Ж. АРАЛЫҒЫНДА МИ ИНСУЛЬТЫ

Хайбуллин Т.Н.

Семей қаласының Мемлекеттік медициналық университеті, Алматы қ.

Ұсынылды Шығыс Қазақстан Семей қаласының ЖМЖА 12-жазғы кезең бойынша (2000-2011ж.ж.) жатқызылған ми инсультымен науқастардың ауру тарихының сараптамасы Барлығы ауруханаға жатқызылған науқастардың саны 9849. Олардың ішінде ишемиялық инсультпен 76,9%, ми ішілік қан құйылулармен – 18,5%, субарахноидальды қанқұйылулармен – 4,6%. Жалпы леталділік 16,4%, ишемиялық инсультпен леталділік – 8,5%, ми ішілік қанқұйылулармен – 43,4%, субарахноидальды қанқұйылулармен – 36,8%. Ишемиялық инсультпен науқастардың санының көбеюімен ауруханаға жатқызылатын науқастардың саны өсе түсуде. Сонымен қатар инсульттардың барлық түрлері бойынша летальділік өсе түсуде.

CEREBRAL STROKE IN THE REGION OF SEMEY IN 2000 TO 2011

Khaibullin T.N.

State Medical University of Semey, Semey

The analysis of records of patients with Stroke admitted to the Emergency hospital of Semey city of Eastern Kazakhstan over a 12-year period (2000 to 2011). Total 9849 hospitalized patients. Of those patients with Ischemic Stroke were 76.9%, intracerebral hemorrhage – 18.5%, subarachnoid hemorrhage – 4.6%. Overall mortality was 16.4%, mortality in Ischemic Stroke – 8.5%, intracerebral hemorrhage – 43.4%, subarachnoid hemorrhage – 36.8%. There is a trend to a significant increase of hospitalized patients by increasing the number of patients with Ischemic stroke. It was marked increase of mortality in all types of Stroke.

Актуальность обусловлена высоким уровнем летальности и инвалидизации населения при мозговом инсульте [1,2].

Цель исследования – изучить распространенность мозгового инсульта и летальность при различных его типах в регионе г. Семей Восточного Казахстана.

Материалы и методы. Проведен анализ историй болезни пациентов, госпитализированных в БСМП г. Семей с инсультом в 2000-2011гг.

Результаты. За 12-летний период было госпитализировано 9849 больных. Из них больных

ишемическим инсультом (ИИ) – 7572, внутримозговым кровоизлиянием (ВМК) – 1826, субарахноидальным кровоизлиянием (САК) – 451.

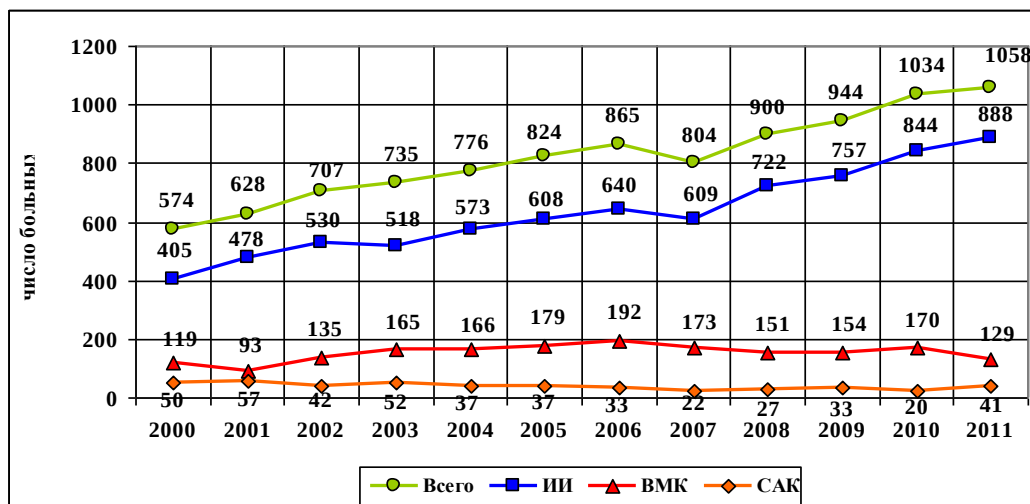


Рисунок 1. Характеристика госпитализированных больных в БСМП г. Семей в 2000-2011гг.

Количество госпитализированных больных в 2011г. (рис.1) при сравнении с 2000г. увеличилось почти в 2 раза (1058 и 574 соответственно). Причем этот рост в указанном временном интервале обусловлен увеличением количества больных ишемическим инсультом более чем в 2 раза (888 и 405 соответственно). В отношении геморрагических инсультов тенденции к росту или к снижению госпитализированных больных не выявлено. Ежегодно в среднем при ВМК госпитализировалось 152, а при САК – 37 больных. Минимальное количество больных с ВМК оказалось в 2001г., а максимальное – в 2006г. (93 и 192 соответственно), а при САК минимальное количество госпитализировано в 2010г., максимальное – в 2006г (20 и 57 соответственно). Тенденция в доминировании роста больных ИИ прослеживается также по индексу отношения количества ишемических инсультов к геморрагическим, который существенно увеличился – от 2,4 в 2000г.

до 5,2 в 2011г., составив за 12-летний период в среднем 3,4 (рис.2).

Общая летальность за 12-летний период составила 16,4% (рис.3), увеличившись с 12,9% в 2000г. до 16,3% в 2011г. За данный период минимальное показатель летальности составил 12,4% в 2002г., а максимальный – 19,1% в 2004г. Как следует из рис. 4, среднее значение летальности при ИИ составило 8,5%, ВМК – 43,4%, САК – 36,8%. Летальность при ИИ с 2000г., при сравнении с 2011г., выросла почти в 2 раза (4,4 и 9,8% соответственно). Именно, в 2000г. отмечено минимальное значение летальности при указанном типе инсульта. Максимальная летальность при ИИ, составившая 12,2%, отмечена в 2004г. Летальность при ВМК также выросла с 33,6% в 2000г. до 50,4% в 2011г. При САК летальность колебалась в разные годы от 21,1% (2001г.) до 75,0% (2010г.). При данном типе инсульта также отмечается тенденция к росту летальности.

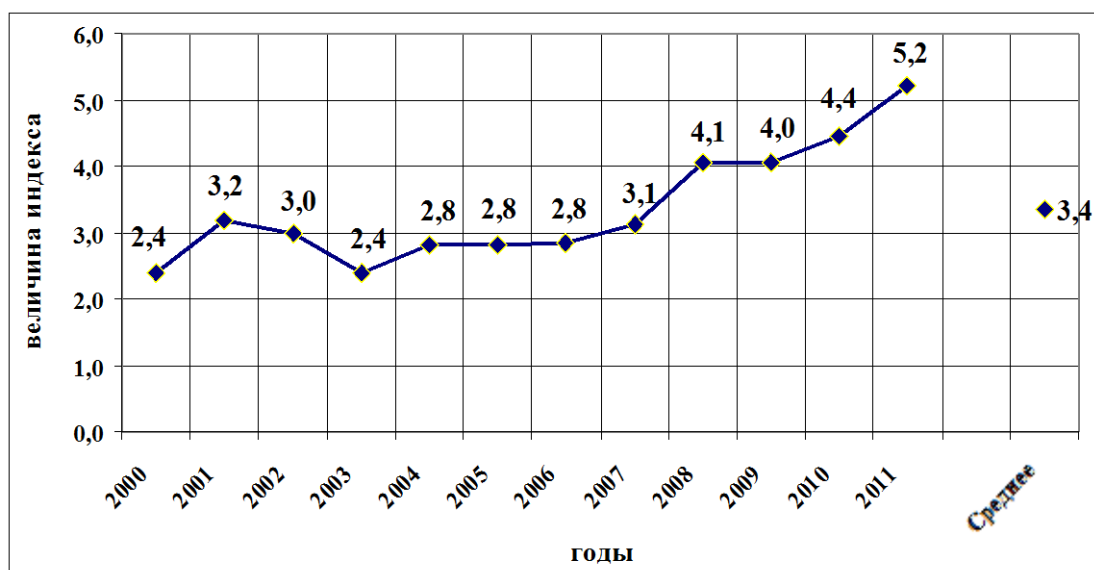


Рисунок 2. Индекс соотношения числа больных с ишемическим инсультом к числу больных геморрагическим инсультом по данным БСМП г. Семей в 2000-2011гг.

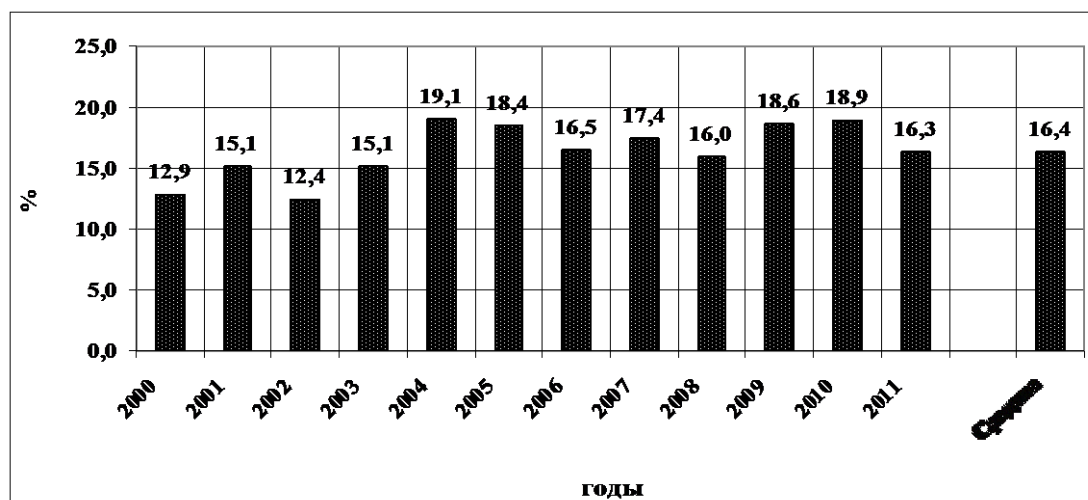


Рисунок 3. Характеристика общей летальности при мозговом инсульте в БСМП г. Семей в 2000-2011гг.

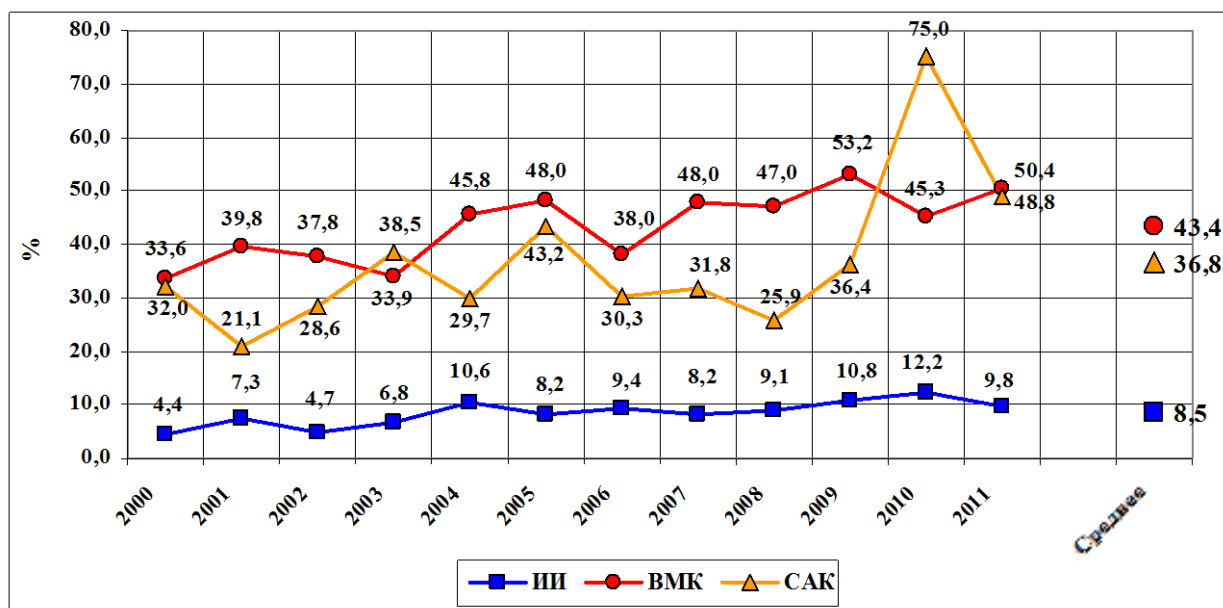


Рисунок 4. Характеристика летальности при отдельных типах мозгового инсульта в БСМП г. Семей в 2000-2011гг.

Заключение. Увеличение количества больных может быть обусловлено не только ростом заболеваемости, но и изменением тактики врачей «скорой» помощи, направленной, прежде всего на госпитализацию, а также улучшением качества диагностического процесса. Создание регистра инсульта позволит ответить на этот вопрос, отражающий заболеваемость в целом, включая больных, остающихся дома, с учетом фатальных и благоприятных исходов заболевания. Тенденция к увеличению индекса отношения ишемических инсультов к геморрагическим может быть связана с

улучшением профилактики и лечения артериальной гипертензии. Тенденция к росту летальности при всех типах мозгового инсульта, скорее всего, связана с увеличением госпитализации тяжелых больных, которые в первые годы 21 века оставались на дому. Высокая летальность при геморрагических инсультах требует внедрения современных методов диагностики и лечения данного типа ОНМК. Также требуется использование современных технологий в диагностике и терапии больных ишемическим инсультом.

Литература:

1. Яхно Н.Н., Виленский Б.С. Инсульт как медико-социальная проблема // Русский медицинский журнал. – 2005 – Том 13. – № 12. – С.807– 815.
2. Инсульт: диагностика, лечение, профилактика / Под ред. З.А. Суслиной, М.А. Пирадова. – М.: МЕДпресс, 2008. – 288с.

РАЗДЕЛ 2

ХРОНИЧЕСКАЯ ИШЕМИЯ МОЗГА. СОВРЕМЕННЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ТЕРАПИИ

2 ТАРАУ

МИДЫҢ СОЗЫЛМАЛЫ ИШЕМИЯСЫ. ЗАМАНАУИ ЕМДЕУ БАҒЫТТАРЫ

CHAPTER 2

CHRONIC CEREBRAL ISCHEMIA. MODERN DIRECTIONS OF THERAPY

ТАМЫРЛЫ ДЕМЕНЦИЯНЫҢ ДИАГНОСТИКАСЫ МЕН ПРОФИЛАКТИКАСЫ

Г.А. Дуцанова., Ж.Е. Куттыгулова, Г.У. Туксанбаева

Оңтүстік Қазақстан Мемлекеттік Фармацевтикалық академиясы, Шымкент қаласы

Тамырлы деменция дамуының қауіп факторлары (шылым шегу, семіздік, гипертония, қант диабеті) олар когнитивті функцияның төмендеуі бойынша ауруханаға жатқытудағы қауіп ретінде тығыз байланысты; тамырлы деменцияның үдеуін алдын алу үшін профилактикалық шаралар тиімді болып саналады.

Түйінді сөздер: Тамырлы деменция, когнитивті функция, профилактикалық шаралар.

ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИИ

Дуцанова Г.А., Куттыгулова Ж.Е., Туксанбаева Г.У.

Южно-Казахстанская Государственная Фармацевтическая Академия, г. Шымкент

Факторы риска развития сосудистой деменции (курение, ожирение, гипертония и сахарный диабет) тесно связаны с последующим риском госпитализации по поводу когнитивного снижения; профилактические мероприятия эффективны для предупреждения прогрессирования сосудистой деменции.

Ключевые слова: сосудистая деменция, когнитивные функции, профилактические мероприятия.

DIAGNOSIS AND PREVENTION OF VASCULAR DEMENTIA

Duschanova G.A., Kuttygulova Zh.E., Tuksanbayeva H.U.

South-Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Shymkent

Risk factors for vascular dementia (smoking, obesity, hypertension and diabetes), they were closely associated with subsequent risk of hospitalization for cognitive decline, preventive measures for the prevention of progression of vascular dementia.

Keywords: vascular dementia, cognitive decline, preventive measures.

Созылмалы бас миының ишемиялық ауруы – егде жастағы адамдар арасында деменцияны тудыратын бірден – бір себеп (20%) болып табылады. Европалық зерттеулердің ішінде

Көбіне созылмалы бас миының ишемиялық ауруы артериальды гипертензия және бас миы тамырларының атеросклеротикалық зақымдану фонында дамиды. Созылмалы бас миының ишемиялық ауруы және тамырлы деменция дамуының қауіп факторларына қант диабеті, артериальды гипертензия, шылым шегу және т.б. жатады [2,3]. Бұл тамырлы қауіп факторлары қан айналым тамырлары және тамырлы функциясына тікелей әсер етеді. Тамырлы деменция дамуының

www.kaznmu.kz

тамырлы деменцияның таралуы 65 жастағы адамдардың ішінде шамамен 1,6% құраған [1]. Сондықтанда тамырлы деменцияның таралуы және ауырлығы жасқа байланысты өсу тұрақтылығының тенденциясына әкеледі.

қауіп факторларын игеру, кейбір зерттеулерде (шылым шегу, гипертония, қант диабеті) олардағы когнитивті функцияның төмендеуі бойынша ауруханаға жатқытудағы қауіп ретінде тығыз байланысты; әсіресе орта жастағы науқастар арасында да байқалған [3]. Ұсақ тамырлардың зақымдануы (көбіне капиллярлар) деменция патогенезінде үлкен маңызға ие. Түрлі авторлардың мәліметтері бойынша, осы мәліметтер Альцгеймер ауруымен ірі қан

тамырларының атеросклерозы зақымдануында жиі кездеседі. Нейровизуализация кезінде мидың ақ затында гиперинтенсивті аймақтар және бас миының лакунарлы инфарктылары анықталады. Көбіне осы аталған патологиядан қан тамырларының қауіп факторларын анықтауға болады: анамнезінде инсульт алған, қант диабеті, қауіп фактор ретінде саналатын қанның құрамындағы глюкоза деңгейінің көтерілуі – нейровизуализация кезінде мидың ақ затында анықталған гиперинтенсивті сигнал аймағының болуы бар науқастарда кездеседі [4]. Жиыны ер адамдар, артериальды гипертензия, анамнезінде инсульт алған, семіздік, триглицеридтер деңгейінің қан құрамында жоғары болуы – жаңа лакунарлы инфаркттардың түзілуімен қауіп тудырады. Ірі қан тамырларының атеросклерозы зақымдануы кезінде бас миында ірі инфарктылары дамиды. Бас миы аймағында кездесетін дара инфаркттар, көптеген екі жақты, лакунарлы инфаркттар танымдық функцияның бұзылысына әкеледі, яғни ол түрлі когнитивті бұзылыстарының ауырлық дәрежесі бойынша айқын клиникалық белгілерінің болуымен сипатталады.

Бас миының нейровизуализациясы тамырлық деменциясы диагнозын қоюда үлкен рольге ие. Бірақта, нейровизуализациялық тексеру тәсілдері кезінде бас миы зақымдануының ауырлық дәрежесі және когнитивті функцияның төмендеуінің арасында нақты түзетулер болмайтындығы ескерілген.

Созылмалы бас миының ишемиялық ауруына байланысты танымдық функциясының бұзылысы «орталықтық» жетіспеушіліктен (афазия, визуальды агнозия тәрізді немесе неврологиялық ақауларды байқамау) деменция айналасындағы когнитивті функцияның бұзылысына (субклиникалық ағымынан дөрекі бұзылыстарға дейін) әкелуі мүмкін. Нейродегенеративті аурулардан ерекшелігі, мысалы Альцгеймер ауруы, тамырлық деменцияны сипаттайтын танымдық функция бұзылысында біріктірілген маман жоқ. Тамырлы деменцияның жайылған көріністерінде когнитивті қызметі төмендейді, яғни мнестикалық бұзылыстың болуы байқалады [5]. Мида дара орналасқан инфаркттар, яғни олар гиппокамп, таламус, құйрықты ядро және мидың оң жақ төбе бөлімінде орналасса, едәуір көлемді когнитивті жетіспеушілікке әкеледі [6,7]. Мидың оң жақ төбе бөлімінде орналасқан инфаркттар жедел делирияға, кейін көңіл бөлу концентрациясының төмендеуі және кеңістікке ориентациясының бұзылуы, терең түрдегі апатияның сипатталуы когнитивті функцияның төмендеуіне әкеліп соқтырады [5]. Когнитивті бұзылыстары бар науқастарда апатия, орындаушы функцияның

төмендеуі және психомоторлы тежелу байқалады. Егде жастағы адамдарда клиникалық жасырынды лакунарлы инфаркттар анықталуы мүмкін, олардың саны жасқа байланысты өсіп отырады. Деменциясы жоқ адамдарда жасырынды лакунарлы инфаркттардың болуы, деменция және когнитивті функциясы төмендеуінің даму қаупі жоғарлауымен байланысты [4]. Бас миының ақ затындағы көлемді гиперинтенсивті ошақтың болуы маңызды, бірақта когнитивті функцияның төмендеуі үнемі болмайды. Сондықтан арнайы клиникалық белгілері байқалмайды, бірақта нейровизуализация кезінде ақ заттағы өзгерістер айқын көрінеді [8].

Науқастардағы когнитивті функцияның төмендеуіне күдіктенгенде, негізгі екі критерий анықталады:

1. Инсульттан кейін танымдық функциясының төмендеуі немесе бірденнен басталуы (3 ай көлемінде).

2. Нейровизуализация кезінде бас миының маңдай, самай немесе төбе қыртысындағы ақ және сұр затында, базальды ганглийлер немесе таламуста екі жақты инфаркттардың болуы. Осы критерийлер тамырлы деменция диагнозын қою үшін негізгі диагностикалық критерийлер болып саналады [9].

Егер науқаста осы критерийдің біреуі болса, онда тамырлы деменциясы бар науқастар санатына жатқызуға болады.

Казіргі таңда ангионеврологтарда медикаментозды дәрілік заттардың толық топтамасы иеленген. Бірақта, олар толық түрде инсульттерді емдеп шығармайды, тек олардағы процессті тежейді, кей жағдайларда қайталамалы түрде ми қан айналымының бұзылысын емдейді. Соңғы жылдары нақты түрде жағдайларды шешуге бағытталған мүмкіндіктер берілген, себебі инсульттың диагностикасы, этапты түрде емі, реабилитациясын игеру арқылы артериальды гипертонияның алдын алу жүйесі дұрыс бағытталған.

Ишемиялық инсульттің профилактикасына цереброваскулярлы аурулардың түрлері және ауырлығы жатады да, аурудың 45-50 % азайғанын көрсетеді, сондықтан, басты қауіп факторлары жойылады. Бұған әлеуметтік мәселе ретінде тұрғындар арасында «инсульт» деген не деген сұраққа дұрыс мәлімет бермеу болып табылады.

Инсульттің профилактикасына қатысты сұрақтарға Оңтүстік Қазақстан неврологтар Ассоциациясы және ОҚМФА неврология кафедрасының қызметкерлері қала аймағында денсаулық мектебін құрды және облыстық аймақтарда олармен жұмыс жасалуда. Мектептерді ұйымдастыру негізінде әдістемелік құралдар дайындалды, инсульттің алғашқы күнінен бастап, оларға оңалту шараларын білікті жүргізу үшін

мастер класстармен семинар – тренингтер өткізілді.

Литература:

1. Lobo A, Launer LJ, Fratiglioni L, Andersen K, Di Carlo A, Breteler MM, et al. Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: a collaborative study of population-based cohorts. Neurologic Diseases in the Elderly Research Group. *Neurology* 2000;54.
2. Curb JD, Rodriguez BL, Abbott RD, Petrovitch H, Ross GW, Masaki KH, et al. Longitudinal association of vascular and Alzheimer's dementias, diabetes, and glucose tolerance. *Neurology* 1999.
3. Slioter AJ, Tang MX, van Duijn CM, Stern Y, Ott A, Bell K, Breteler MM, et al. Apolipoprotein E epsilon4 and the risk of dementia with stroke. A population-based investigation. *JAMA* 1997.
4. A Alonso, T H Mosley, Jr, R F Gottesman et al. Risk of dementia hospitalisation associated with cardiovascular risk factors in midlife and older age: the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2009.
5. Reed BR, Mungas DM, Kramer JH, Ellis W, Vinters HV, Zarow C, et al. Profiles of neuropsychological impairment in autopsy-defined Alzheimer's disease and cerebrovascular disease. *Brain* 2007.
6. Graff-Radford NR, Tranel D, Van Hoesen GW, Brandt JP. Diencephalic amnesia. *Brain* 1990.
7. Caplan LR, Schmahmann JD, Kase CS, Feldmann E, Baquis G, Greenberg JP, et al. Caudate infarcts. *Arch Neurol* 1990.
8. Mungas D, Jagust WJ, Reed BR, Kramer JH, Weiner MW, Schuff N, et al. MRI predictors of cognition in subcortical ischemic vascular disease and Alzheimer's disease. *Neurology* 2001.
9. Mesulam MM, Waxman SG, Geschwind N, Sabin TD. Acute confusional states with right middle cerebral artery infarctions. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1976.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ВЕГЕТО-СОСУДИСТОЙ ДИСТОНИИ ПРИ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

Избасарова А.Ш.

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова, г. Алматы

Нашими исследованиями подтверждено, что при длительном приеме препарата «Винпосан» повышаются адаптивные возможности организма и уменьшаются эмоциональные нарушения. Опосредованное его влияние на лимбико-ретикулярный комплекс способствует улучшению вегетативных функций при дисциркуляторной энцефалопатии атеросклеротического генеза, что приводит к регрессу синдрома вегетативных дисфункций.

Ключевые слова: дисциркуляторная энцефалопатия, синдром вегетативной дисфункции, вегетативные нарушения.

ДИСЦИРКУЛЯТОРЛЫ ДИСТОНΙΑ КЕЗІНДЕГІ ВЕГЕТАТИВТІК ДИСТОНІЯ СИНДРОМЫН ЕМДЕУ НӘТИЖЕСІ.

Избасарова А.Ш.

С.Ж.Асфендияров атындағы ҚазҰМУ, Алматы қ.

Біздің зерттеуіміз бойынша «Винпосан» препаратын ұзақ уақыт пайдаланғанда ағзаның бейімделу қабілеті жоғарылап, эмоционалды бұзылыстар төмендейтінін дәлелдедік. Оның лимбико-ретикулярлы комплекске әсері атеросклеротикалық генездің дисциркуляторлы энцефалопатиясы кезіндегі вегетативті функцияның жақсаруына, вегетативті дисфункция синдромының регресіне әкеледі.

Түйінді сөздер: дисциркуляторлы энцефалопатия, вегетативті дисфункция синдромы, вегетативті бұзылыстар.

TREATMENT EFFECTIVENESS OF VASCULAR DYSTONIA SYNDROME AT DYSCIRCULATORY ENCEPHALOPATHY.

Izbasarova A. Sh.

Kazakh National Medical University named after S.D.Asfendiyarov, Almaty

Our investigations confirmed that the chronic administration of the drug "Vinpocetine" increases adaptive possibilities of the body and reduces emotional disturbances. Mediate effect to the limbic-reticular complex improves autonomic functions in dyscirculatory atherosclerotic encephalopathy, which leads to the regression of symptoms of autonomic dysfunction.

Keywords: encephalopathy syndrome, autonomic dysfunction, autonomic disorders.

www.kaznmu.kz

Актуальность. Актуальность изучения цереброваскулярных заболеваний (ЦВЗ) обусловлена высокой заболеваемостью, приводящая к высокому уровню инвалидизации и смертности.

Однако в последние годы отмечается тенденция к уменьшению смертности от инсульта в связи с технологическим прогрессом и своевременной диагностикой, что приводит к увеличению хронических форм цереброваскулярных заболеваний, среди которых дисциркуляторная энцефалопатия является самой распространенной формой [1, 2].

Вегетативная нервная система играет огромную роль в развитии и течении дисциркуляторной энцефалопатии, доминируя в клинической картине. Именно поэтому надсегментарные вегетативные аппараты соединены с мозговыми механизмами поведения, лимбико-ретикулярным комплексом, который в тесном взаимодействии с новой корой осуществляет формирование потребностей, конкретные мотивационные цели поведения, а также осуществляя реализацию поведенческих актов [3, 4].

При патологии надсегментарных отделов вегетативной нервной системы возникает дезинтеграция. Нарушение интегративной деятельности мозга по своим механизмам является более сложным процессом по сравнению с механизмами раздражения и разрушения, свойственными патологии специфических церебральных систем. Вегетативные расстройства являются одним из ведущих синдромов сопровождающие дисциркуляторную энцефалопатию [5]. Клиническая манифестация недостаточности мозгового кровообращения при дисциркуляторной энцефалопатии в патогенезе имеет место ряд гемодинамических особенностей, укладывающиеся в клинический синдром вегетативной дисфункции [6].

Цель: оценить вегетативные нарушения и изучить результаты лечения у больных с дисциркуляторной энцефалопатией атеросклеротического генеза.

Материалы, результаты.

В нашей работе мы попытаемся доказать, что имеются механизмы воздействия комплексного лечения с применением винпосана на вегетативную систему и регрессирование вегетативных нарушений.

Основной задачей лечения дисциркуляторной энцефалопатии атеросклеротического генеза является предупреждение прогрессирования процессов, связанных наличием вегетативных проявлений.

Для изучения особенностей клинической картины дисциркуляторной энцефалопатии использовались следующие методы: анализ данных анамнеза заболевания и жизни с использованием «карты стационарного больного»; клинко-неврологическое обследование. У всех пациентов с целью изучения состояния вегетативной системы проводили исследование вегетативного тонуса, вегетативной реактивности и вегетативного обеспечения деятельности. Вегетативный тонус исследовался по формуле, предложенной А.М.Вейном. Вегетативная реактивность исследовалась с помощью пробы Ашнера-Данини, Чермака.

Нами для оценки вегетативных нарушений и результатов лечения дисциркуляторной энцефалопатии атеросклеротического генеза обследовано 65 больных, среди которых 39 женщин (60%) и 26 мужчин (40%). Средний возраст больных составил – $59 \pm 1,6$ лет.

При выборе препарата мы учитывали его механизм действия и влияние на лимбическую систему как при острых, так и при хронической формах нарушения кровообращения мозга.

Пациентов разделили на 2 группы: первой группе (основная) назначен в качестве патогенетической терапии препарат винпосан, а пациентам в контрольной группе применялась базовая медикаментозная терапия в сочетании с физическими методами.

Выявленные клинические проявления у пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией атеросклеротического генеза мы отразили в таблице 1.

Таблица 1 - Характеристика жалоб пациентов с ДЭ

Головная боль	85,5±9,2
Головокружение	47,5±7,2
Боли в области сердца	57,1±7,2
Сердцебиение	60,5±1,0
Чувство замирания сердца	52,4±1,3
Дермографизм	23,5±9,7
Обморок	12,6±8,0
Чувство страха	31,0±2,3

Общая слабость	24,2±8,0
Бессонница	45,3±10,3
Сонливость	53,1±9,1
Онемение конечностей	57,3±4,2
Потливость	46,3±4,3
Гиперемия лица	9,1±3,9

Наиболее частыми жалобами наблюдались головные боли диффузного характера. Головные боли чаще возникали в дневные и вечерние часы. Локализовались в лобно-височных и затылочных областях.

Как видно из таблицы 1, у пациентов наиболее часто преобладали головные боли (83,5±9,2), которые по характеру были локальными (35,5%), диффузными (42,2%) и без конкретной локализации (22,2%). По своей длительности головные боли носили постоянный характер (76,0%) и реже были приступообразными (24%).

У большинства пациентов головные боли усиливались при умственной и физической нагрузке, от перемены погоды, а также на фоне психо-эмоционального стресса.

Расстройство сна, характерное для пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией атеросклеротического генеза, является частой жалобой и сопровождается бессонницей (45,3±10,3) и сонливостью (53,1±9,1). Наряду с этим наблюдается утомляемость (60,3±10,0) и раздражительность (25,4±7,4), что влечет за собой ряд вегетативных расстройств в виде сердцебиения (60,5±1,0), повышенной потливости (56,3±4,3), боли в области сердца (57,1±7,2), чувства страха (31,0±2,3), «замирания» сердца (52,4±1,3), дермографизма (23,5±9,7). Анализируя данные пациентов, были выявлены такие симптомы как обмороки (12,6±8,0), онемение в конечностях (57,3±4,2), гиперемия лица (9,1±3,9).

При проведении исследования вегетативной системы на основании определения исходного вегетативного тонуса, вегетативной реактивности, вегетативного обеспечения деятельности нами выявлена у 31 пациентов вегетативная дисфункция, проявляющаяся вегетативными нарушениями в 1,5 раза выше исходного.

В наших 65 наблюдениях пациентам основной группы с дисциркуляторной энцефалопатией атеросклеротического генеза при лечении был включен препарат «Винпосан» в дозе 50 мг инфузионно (капельно) в течение 2 недель с переходом на длительный прием препарата по 10 мг 3 раза в день на протяжении месяца (амбулаторно), а пациентам в контрольной группе применялась базовая медикаментозная терапия в сочетании с физическими методами.

Непосредственные результаты после лечения с применением «Винпосана» указывают на положительную динамику неврологических проявлений, в том числе и вегетативной системы, а эффективность отражается в регрессе симптомов.

Из 27 пациентов после приема «Винпосана» к концу курса лечения в 47% случаев уменьшились вегетативные нарушения в виде улучшения настроения, нормализации сна и артериального давления, а у 21 пациента отмечилась положительная динамика в виде снижения чувства страха, замирания сердца, сердцебиение – 24,7% случаев.

Применение винпосана в комплексном лечении пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией атеросклеротического генеза, как видно из анализа выявленных результатов вегетативной нервной системы, способствует улучшению надсегментарного аппарата в отличие от контрольной группы.

Опосредованное воздействие винпосана на деятельность тонуса сосудов, способствуя его нормализации и снижению артериального давления, приводит к исходному состоянию на 1,2% больше, чем в контрольной группе.

При оценке вегетативных нарушений постепенно приближаясь к исходному показателю на 1,3% (30,6 ± 6,0) и 1,5% (33,4 ± 8,4) в контрольной и основной группе, стали реже исходных данных.

Обсуждение.

Афферентные связи ретикулярной формации взаимодействуют с мозжечком, спинным мозгом и отделами головного мозга, лежащими выше лимбико-ретикулярного комплекса. В ретикулярной формации заканчиваются коллатерали, отходящие от всех сенсорных путей, а нисходящие пути к ретикулярной формации формируются из волокон, идущих из лобно-теменно-височной коры с пирамидным трактом, т.е. от верхнего отдела к нижележащим отделам.

Учитывая выше сказанное, мы убеждены, что имеет место участие ретикулярной формации в осуществлении регуляции и адаптивного поведения. Вегетативные расстройства при дисциркуляторной энцефалопатии атеросклеротического генеза отражают функциональную недостаточность лимбико-ретикулярного комплекса. При длительном приеме препарата «Винпосан» повышаются адаптивные

возможности организма и уменьшаются эмоциональные нарушения, что подтверждено нашими исследованиями.

Мы убедились, что действие винпосана на мозговой гомеостаз осуществляется его влиянием на лимбико-ретикулярный комплекс, улучшая вегетативные функции при дисциркуляторной энцефалопатии атеросклеротического генеза.

Таким образом, комплексное медикаментозное лечение с включением винпосана, по предложенной нами схеме, при дисциркуляторной энцефалопатии атеросклеротического генеза, улучшает вегетативную нервную систему и приводит к регрессу клинические проявления вегето-сосудистой дистонии.

Литература:

1. Суслина З.А., Варакин Ю.Я., Верещагин Н.В. Сосудистые заболевания головного мозга. – М.: Медпрессинформ. – 2006. – 352с.
2. Верещагин Н.В., Суслина З.А., Максимова М.Ю. Артериальная гипертония и цереброваскулярная патология: современный взгляд на проблему // Кардиология. – 2004. - № 3. – с. 4-8.
3. Дамулин И.В., Захаров В.В. Дисциркуляторная энцефалопатия: методические рекомендации / Под ред. Н.Н. Яхно. – М.: ММА. – 2000. – 44 с.
4. Власова И.В., Кравченко А.И., Фелосова Н.Н., Визило Т.Л. Церебральная гемодинамика при дисциркуляторной атеросклеротической энцефалопатии // Медицинская визуализация. – 2002. - № 2. – с. 19-23.
5. Заболевания вегетативной нервной системы //А.М.Вейн, Т.Г.Вознесенская, В.Л.Голубев и др./ Под редакцией А.М.Вейна. – М.: Медицина. – 1991. – с.12-101.
6. Избасарова А.Ш. Частота и особенности проявления синдрома вегетативной дистонии при первой стадии атеросклеротической дисциркуляторной энцефалопатии // Медицинский журнал Казахстана, 1999. - № 3. – с. 14-16

К ВОПРОСУ О ТЕРАПИИ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ, САМОЧУВСТВИЯ, АКТИВНОСТИ И НАСТРОЕНИЯ ПОЛИВИТАМИННЫМИ КОМПЛЕКСАМИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

*Каймак Т.В., Калиева А.К., Брыжахин Д.П.
Кафедра неврологии ГМУ г. Семей*

Проведен анализ применения Тамипула у больных с ХНМК на примере 15 больных в сравнении с контрольной группой, получавшей стандартные водорастворимые витамины В1, В6 и никотиновую кислоту. Получены данные о более выраженном положительном влиянии Тамипула на Самочувствие, Активность, Настроение, показатели памяти и неврологический дефицит при применении Тамипула.

Ключевые слова: тамипул, неврологические синдромы.

СОЗЫЛМАЛЫ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРЛЫ ЖЕТІСПЕУШІЛІК КЕЗІНДЕ КОГНИТИВТІ БҰЗЫЛУ, КӨҢІЛ КҮЙ, ПОЛИДӘРУМЕНДІ КЕШЕНДЕРІНІҢ БЕЛСЕНДІЛІГІ ЖӘНЕ КӨҢІЛІ ТЕРАПИЯСЫ СҰРАҚТАРЫ

Каймак Т.В., Калиева А.К., Брыжахин Д.П.

Мемлекеттік медициналық университетінің Неврология кафедрасы, Семей қаласы

Тамипулдың лиофильденген полидәруменді кешеннің қолдануы бар атеросклероз генезінің дисциркуляторлы энцефалопатиясы бар 15 емделушілерінде, неврологиялық симптомдар және синдромдарының жақсартуына, әсіресе эмоционалды-ерікті бұзушылықтарына әсер етті, осының есебінен емделушінің тұрмыс сапасы жақсарды.

Түйінді сөздер: тамипул, неврологиялық симптомдар.

THERAPY OF COGNITIVE DISORDERS, HEALTH, ACTIVITY AND MOOD MULTIVITAMIN COMPLEX IN CHRONIC CEREBROVASCULAR INSUFFICIENCY

Kaymak T.V., Kaliyeva A.K., Bryzhakhin D.P.

Department of Neurology, State Medical University of Semey

The article is devoted to the comparative analysis of Tamipul and B1, B6, ac. Nicotinic efficiency in case of the cognitive disturbance syndrome in case chronic cerebral-vascular insufficiency. The clinical experience of use Tamipul

at 15 of the patients has revealed it higher efficiency and absence of any side-effects in comparison with control grup, expressed in significant reduction of all clinical symptoms of the kognitive disturbance syndrome and common brain symptoms.

Keywords: tamipul, kognitive disturbance.

Хроническая недостаточность мозгового кровообращения (ХНМК) и вопросы ее терапии являются сложной задачей для неврологов и врачей терапевтического профиля. Это патологическое состояние требует комплексного подхода к диагностике и лечению, назначению лекарственных средств, влияющих на различные звенья патогенеза ХНМК – артериальную гипертензию, гипоперфузию мозговой ткани, нейродегенеративный процесс [4]. Человек – это единая система и отклонение в работе на уровне любого органа безусловно приведет к изменению в работе и других органов (систем). Вот почему при любом соматическом заболевании имеют место и определенные неврологические дефициты, в частности, когнитивные расстройства [2,3,6]. Нарушение межнейронных связей вызывают проблемы памяти: забывчивость, рассеянность, раздражительность, беспокойство и ряд других неблагоприятных симптомов. В обзоре Sewell R.A. и Recht L.D. [8] о патогенезе неврологических дисфункций рассматриваются две формы дефицита: определенный (обычно, связанный с витаминами группы В) и сложный – как результат ряда конкурентных нарушений, связанных с мальабсорбцией. Для мозга важными являются витамины, объединенные в группу В. Это незаменимые антиоксиданты, защищающие от перегрузок, стрессов, преждевременного старения, участвующие в кислородном обогащении клеток мозга, снижающие свертываемость крови, что необходимо для профилактики инсульта и реабилитации после него. Без них невозможен синтез аминокислот-нейромедиаторов – передатчиков нервных импульсов между нейронами и работа памяти. По данным Национального исследования (МИКО, 2006) ЖДА, недостаток фолиевой кислоты и витаминов в рационе питания населения Казахстана являются причиной сердечно-сосудистых заболеваний, материнской и детской смертности, инвалидизации, что ведет к снижению рейтинга страны в глобальном индексе конкурентоспособности. Сегодня в Казахстане мы имеем картину **эпидемии неинфекционных заболеваний**: сердечно-сосудистых заболеваний – второе место в структуре смертности взрослого населения; анемии – 45,7 % женщин, 36 % детей – т.е. каждая вторая мать, каждый третий ребенок, что является основной причиной вспышки ВИЧ/СПИДа в ЮКО (так как причиной переливания

зараженной крови явилась анемия детей до 2 лет, являющаяся следствием анемии матерей); 25 % мужчин страдает от анемии, это критический уровень ухудшающий функции сперматогенеза каждого четвертого мужчины в Казахстане, что негативным образом отражается на демографической ситуации и соответственно угрожает национальной безопасности страны; рост числа врожденных патологии детей, ведущих к ранней инвалидизации. Дефицит фолиевой кислоты достигает 80% женщин репродуктивного возраста и детей в Казахстане. Это вызывает задержку в физическом, умственном развитии, приводит к развитию тяжелых врожденных заболеваний нервной трубки, способствует развитию атеросклероза, инфаркта, инсульта, онкологических заболеваний, ставит под угрозу способность учиться и вести продуктивную жизнь [5,6]. Дефицит витаминов снижает физическую силу и выносливость на 20-40%, ведет к ослаблению мышц и снижению трудоспособности от 5% до 17%. В процессе метаболического стресса потребность в витаминах может значительно возрастать [6,8]. Падение концентрации большинства микроэлементов при заболеваниях является зеркальным отражением снижения содержания многих витаминов в крови. Это является и результатом транкапиллярного выхода транспортных белков, и частично, результатом внутриклеточных процессов, катализирующих повышение метаболизма для увеличения антиоксидантной активности [6,7,8]. Поэтому для коррекции всех вышеперечисленных расстройств нами был выбран уникальный поливитаминный комплекс «Тамипул», содержащий 12 жизненно важных витаминов [6].

Было проведено исследование клинической эффективности Тамипула вводимого внутривенно капельно в течение 10 дней на различные виды памяти, Самочувствие, Активность, Настроение при ХНМК с когнитивными расстройствами (КР). Исследования проводились по методикам Ф.Лейзера, с использованием шкалы САН, разработанной институтом им. Бехтерева, пробы Шульте и Мини-исследования психического статуса [1]. Наблюдалось 15 больных от 40 до 68 лет, с УКР, на фоне ХНМК, церебрального атеросклероза (6 мужчин и 9 женщин – ср.возраст 49,1 года). Всем проводилось исследование неврологического статуса, параклинические исследования для выявления степени неврологического дефицита, включая стандартные исследования крови, ЭКГ,

КТ/МРТ головного мозга. Контролем служила группа больных 10 человек, получавших стандартные дозы В1, В6 и 1% никотиновой кислоты на фоне базовой реабилитационной терапии, сопоставимых по полу, возрасту и течению ХНМК с аналогичными синдромами КР. Исходно у обследованных было выявлено снижение продуктивности всех видов памяти. Исследовались САН, время выполнения пробы Шульте, результаты MMSE, которые составляли в среднем 25,3 балла. Картина неврологического

дефицита в подгруппах соответствовала очагу поражения ЦНС и подтверждалась данными КТ, МРТ в виде картины дисциркуляторной энцефалопатии, обусловленной ХНМК. Независимо от подгруппы все обследованные имели анизорефлексию, негрубую недостаточность иннервации ЧМН, нистагм, общемозговую выраженную симптоматику, астению и легкую субдепрессию. Динамика результатов обследования больных до начала лечения Тамипулом и после отражена в таблице 1.

Методики –память - %, САН - баллы		До лечения		После лечения	
		получавшие Тамипул	Контрол. группа	получавшие Тамипул	Контрол. группа
1. зрительная		20,5%	25%	60%	45%
2.цифровая		10%	15%	30%	20%
3	С	3,0 балла	3,5	5,0 баллов	4,0 балла
	А	2,5 балла	2,75	4,5	4,0 балла
	Н	2,7 балла	3,5	4,5	4,0 балла
4	Проба Шульте	50 сек	53 сек	35 сек	38 сек
5	Тест рис. часов	5,0 балла	5,0 балла	7 баллов	7 баллов

Анализ результатов лечения показал, что у получавших Тамипул оказались более высокие цифры результативности по всем методикам, включая САН, время выполнения пробы Шульте. На фоне улучшения мнестических функций у 20% больных отмечено уменьшение выраженности очагового неврологического дефицита и улучшение работы сердца, подтвержденное ЭКГ. При анализе неврологического статуса пациентов получавших Тамипул, отмечено уменьшение анизорефлексии, выраженности общемозговой симптоматики – в большей степени головной боли и раздражительности, повысилось настроение, снизилось эмоциональное напряжение, что

привело к повышению работоспособности. Терапевтический эффект Тамипула пациентами отмечался уже после 2-ой внутривенной инфузии в виде улучшения общего самочувствия, нарастая в динамике при каждом последующем введении, что соответствует литературным данным [6]. Полученные результаты позволяют рекомендовать Тамипул к более широкому использованию в комплексной терапии когнитивных расстройств при ХНМК вследствие наличия у препарата мультимодального эффекта. Это позволит способствовать лучшей социальной адаптации пациентов с ХНМК и профилактически снизит уровень их инвалидизации.

Литература:

1. Виленский Б.С. Вассерман Л.И. Совершенствование методов диагностики начальных проявлений недостаточности мозгового кровообращения. //Методические рекомендации. – Л.: Психоневрологический институт имени Бехтерева, 1992 г. – С.18-19.
2. Громова Е.А. Эмоциональная память и ее механизмы. - М.: Медицина, 1980 г. С. 45-67.
3. Каймак Т.В. Проблема когнитивных нарушений и возможности терапии корректорами метаболизма. – Алматы: Ж. «Человек и лекарство», №7, 2012
4. Скоромец А.А., Мельникова Е.В., Поздняков А.В. Нейропротекция при хронической недостаточности мозгового кровообращения. Ж. «Трудный пациент», №3, 2009 г.
5. Сравнительные данные ЮНИСЕФ, МДИ-1995, МДИ-1999 и МИКИ, 2006; «Национальный альянс по улучшению питания», Казахстан, 2010 г.
6. Шестопалов А.Е., Дмитриев А.В., Зингеренко В.Б. Клинико-фармакологические аспекты применения мультивитаминовых комплексов для парентерального введения (обзор литературы). Журнал «Медицина неотложных состояний», 5 (36) 2011 /Научный обзор.
7. Louw J.A. et al. Blood vitamin concentrations during the acute-phase response //Crit. Care Med. — 1992. — 20. — 934-941.
8. Sewell R.A., Recht L.D. Nutritional Neuropathy //EMedicine Journal. — 2002. — V. 3, № 2. — 19 pp.

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ВАЗОНАТ» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ

*Каирбеков А.К., Калиева М.М., Мубаракшинова Д.Е., Алмагамбетова Л.А., Нургазиева Г.Е.
Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы*

В статье приведены результаты исследования препарата «Вазонат», его действие на метаболизм миокарда у пожилых больных с ишемической болезнью сердца. «Вазонат» значительно улучшает переносимость физической нагрузки и гемодинамики у пожилых больных с ИБС.

Ключевые слова: ИБС, качество жизни, ударный объем, сердечный индекс, нарушение ритма.

ҚАРТ АДАМДАРДЫҢ АТЕРОСКЛЕРОЗДЫҚ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ АУРУЫМЕН ҚАТАР ЖҮРЕТІН ЖҮРЕКТІҢ ИШЕМИЯЛЫҚ АУРУЫНЫҢ КЕШЕНДІ ЕМІНДЕГІ «ВАЗОНАТ» ПРЕПАРАТЫН ҚОЛДАНУ МҮМКІНДІКТЕРІ

*А.К.Каирбеков, М.М.Калиева, Д.Е.Мубаракшинова, Л.А.Алмагамбетова., Г.Е.Нургазиева
С.Ж.Асфендияров атындағы ҚазҰМУ, Алматы қ.*

Мақалада жүректің ишемиялық ауруы бар қарт адамдардың жүрек бұлшықеті метаболизміне «Вазонат» препаратының әсерін тексеру қорытындысы келтірілген. Вазонат негізінде ЖИА бар қарт адамдардың физикалық жүктемесін айтарлықтай жоғарлатады және гемодинамиканы жақсартады.

Түйінді сөздер: ЖИА, өмір сүру сапасы, соққы көлемі, жүректік индекс, ырғақтың бұзылысы.

PROSPECTS OF APPLICATION OF A PREPARATION "VAZONAT" IN COMPLEX TREATMENT OF CORONARY HEART DISEASE WITH ATHEROSCLEROTIC ENCEPHALOPATHY AT ELDERLY PATIENT

*Kairbekov A. K., Kalieva M.M., Mubarakshinova D.E., Almagambetova L.A., Nurgazieva G.Y.
Kazakh National Medical University of name S.D. Asfendiyarov, Almaty*

In article are described the results of investigation of action of drug «Vasonat» at metabolism of myocardium by aged patients with ischemic heart disease. «Vasonat» effectively increases of tolerance of physical exertion and improves hemodynamic of aged patients with ischemic heart disease.

Key words: coronary heart disease, life quality, heart index, rhythm violation.

Актуальность.

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) - широко распространенное заболевание и борьба с ним является одной из приоритетных задач современной медицины. Для успешной борьбы с ИБС необходимо знание основных механизмов патологии и факторов способствующих и препятствующих ей [1,2].

Современный взгляд на природу атеросклероза, в частности ИБС, включает в себя общие положения о полиэтиологичности, мультифакториальности, полигенности заболевания, а также о сложной динамике взаимодействия внутренних и внешних факторов между собой и внешней средой [3,4].

За последнее время ряд исследователей придают важное значение в патогенезе атеросклероза метаболическим нарушениям, связанных с проблемой обеспечения жизнеспособности клеток, тканей и органов при ограниченном поступлении в них кислорода.

В настоящее время в лечении ИБС довольно широко используются различные процедуры по реваскуляризации миокарда. Тем не менее, применение стандартной медикаментозной терапии не всегда позволяет добиться желаемого результата, поэтому продолжается поиск новых

методов фармакотерапии. Одним из наиболее перспективных направлений в этой области является применение препаратов, непосредственно влияющих на метаболизм ишемизированного миокарда. Метаболические препараты или как их еще называют, миокардиальные цитопротекторы, стали применять в клинической практике относительно недавно, один из них данной группы стал «Вазонат».

Методы и материалы.

Исследование проводилось в клинике 1 ГКБ города Алматы на базе отделения инвалидов отечественной войны (ОВВ). В исследование было включено 72 пациента (64 мужчин и 8 женщин) с диагнозом ИБС: стенокардия напряжения II-III ФК. Атеросклеротическая энцефалопатия. Средний возраст пациентов составил 71,8±6,8 (от 68 до 82). Диагноз выставлен на основании жалоб больного, клинических данных, изменений выявляемых на электрокардиограммах, ЭХО-кардиографии, лабораторных данных и осмотра невропатолога. В исследование не включали больных с нестабильной стенокардией недавно перенесенным острым инфарктом миокарда или инсультом тяжелой сердечной недостаточностью,

гемодинамически значимыми пороками сердца, тяжелыми сопутствующими заболеваниями.

После проведения первичного обследования сформированы 2 группы больных. Основная группа (n=48), где дополнительно к стандартной терапии назначали «Вазонат» в дозе 500мг/сут. в течение 12 недель. Группа сравнения включала 24 пациента аналогичного возраста (71,±0,8), которые получали только общепринятую терапию без «Вазоната». Продолжительность исследования 12 недель. Обе группы сопоставимы по возрасту, полу, тяжести заболевания и применяемым дозам стандартной терапии. От всех пациентов было получено информированное согласие на участие в исследовании, включая проведение биохимических анализов крови. До начала и после окончания 12 недельного исследования у всех пациентов была проведена оценка качества жизни (КЖ) с использованием Миннесотского опросника качества жизни у больных ИБС.

Эффективность проводимой терапии оценивались по динамике клинических симптомов: проявление одышки и количество ангиозных приступов (все больные заполняли визуальную аналоговую шкалу одышки и боли (ВАШ), уменьшение слабости, измерение суточного диуреза, а также по

динамике объективных данных: основных показателей гемодинамики (пульса, частоты сердечных сокращений, артериального давления), ЭКГ, ЭХО кардиографии (оценивали размеры сердца, функцию выброса ФВ%), ударный объем (УО мл), минутный объем (МО, л/мин), сердечный индекс (СИ), сердечный выброс (СВ), фракцию выброса (ФВ).

Статистическая обработка результатов исследования проводилась методами параметрической и не параметрической статистики. Использовались стандартные методы описательной статистики (вычисление средних, стандартных отклонений, стандартных ошибок, ранговых статистик и т.д., а также известные критерии значимости χ^2 , t -критерии Стьюдента и т.д.)

Результаты исследования и их обсуждение.

За время наблюдения среди больных 1-й и 2-й группы не было летальных исходов и повторных госпитализации. В обеих группах выявлено значимое улучшение клинического состояния (табл.1). Надо отметить, что более выраженное позитивное изменение в функциональном состоянии пациентов были обнаружены у больных получавших «Вазонат».

Таблица 1 - Влияние терапии на функциональное состояние пациентов и морфофункциональные параметры сердца

Показатель	1-я группа – базисная терапия в сочетании с препаратом «Вазонат» (n=48)			2-я группа - контрольная, базисная терапия (n=24)		
	исходно	через 12 недель	P	исходно	через 12 недель	P
ФК	3,1±0,1	1,9±0,12	0,04	2,9±0,04	1,85±0,02	0,005
Дистанция 6 мин ходьбы, м	228±4,1	424±4,8	0,05	230±0,06	401±5,1	0,04
ФВ%	52,4±1,5	58,11±1,6	0,03	53,1±1,4	54,2±2,1	0,06
УО мл	51,8±1,61	55,5±2,1	0,01	52,1±1,8	53,3±2,0	0,03
ИУО мл/м ²	25,5±1,14	28,8±1,51	0,05	26,4±1,8	26,5±1,7	0,05
СВ, л/мин	3,11±0,15	3,54±0,18	0,01	3,18±0,21	3,20±0,2	0,03
СИ, л/мин ⁻¹ м ⁻²	1,65±0,06	1,84±0,07	0,02	1,66±0,05	1,67±0,05	0,04

Исходно распределение больных по функциональным классам (ФК) стенокардии было следующим:

ФКII-35 (72,9%); ФКIII-13 (27,1%), в первой группе, а 2 группе ФКII-18 (75,0%) и ФКIII-6 (25%). Через 3 месяца терапии в основной группе ФКII имели 28 (58,3%), ФКIII-9 (18,7%), во второй контрольной группе ФКII имели 16 (66,8), ФКIII-7 (20,8%) больных. Об эффективности терапии говорит снижение ФК тяжести ИБС на 23% и 13,7% соответственно в 1-й и 2-й группах.

У больных изучаемой группы чаще всего наблюдались: одышка (в 75% случаев 1 группе, в 71% случаев в 2 группе), тахикардия (88% в 1 группе, 80% в 2 группе), ангиозные боли (в 1 группе 55%, 2 группе 53%), и слабость, утомляемость (35% и 28% соответственно по группам).

При проведении контрольных исследований через три месяца от начала лечения выявлено, что у больных в наблюдаемой (1-ая группа) и контрольной группах, проводимая терапия способствовала уменьшению симптомов ИБС,

проявляющихся с нормализации ЧСС, уменьшении одышки, ангиозных приступов и слабости, утомляемости. Надо отметить, что более выраженные улучшения симптомов ИБС были обнаружены у больных получавших «Вазонат» (1-я группа).

Нами более анализированы приступы стенокардии у больных ИБС 1 и 2 группах. Исходно приступы стенокардии были у 21 (43,7%) больных в 1 группе, и у 10 (41,7%) больных 2 группе. Через 2 месяца терапии в 1 группе 8 (16,7%) больных отметили уменьшения количества приступов стенокардии, а через 3 месяца 17 (35,4%) больных, тогда во 2 группе через 2 месяца уменьшение отметили 3 (12,5%) больные и через 3 месяца 5 (20,8%).

У больных ИБС нами анализировались ЭКГ: вольтаж, частота сердечных сокращений, нарушения ритма и проводимости сердца, зубцы Р и Т, сегмент ST.

Вольтаж зубцов был ниже нормы у 38 обследованных 1 группе, а 2 группе 12 больных. Синусовая тахикардия (более 90 ударов в 1 мин.) – 29 больных 1 группы, 14 больных 2 группы: желудочковая экстрасистолия в 1 группе – у 17 больных, в 2 группе -9 больных, предсердная экстрасистолия в 1 группе -12 больных, в 2 группе - 6 больных. Полная блокада левой ножки пучка Гиса в первой группе была – 7 больных, во второй – 3 больных, неполная блокада левой ножки пучка Гиса в первой группе были – 11 больных, во второй -5 больных. Зубцы Т были ниже нормы или изоэлектрическими у 31 больных в 1 группе, 16 больных в 2 группе. Синдром преждевременной реполяризации – у 11 больных в 1 группе и 6 больных в 2 группе.

При проведении контрольных исследований через 3 месяцев наблюдалась нормализация синусового ритма в 1 группе у 81% больных, во 2 группе 62,1%, желудочковая экстрасистолия в 1 группе 15% случаев, во второй 14%, нормализации Зубцы Т

выявлена у 58% больных в 1 группе, тогда в 2 группе – 34% больных.

При проведении ЭХО кардиографии изучались объемы и размеры левого желудочка в систолу и диастолу, фракции выброса (ФВ), сердечный выброс (СВ), сердечный индекс (СИ) и показатели ударного объема.

При выполнении теста 6 минутной ходьбой было выявлено достоверное возрастания объема выполненной нагрузки в 1 группе наблюдения. Расстояние преодолеваемое больными за 6 минут 1 группе увеличилось с $228 \pm 4,1$ до $424 \pm 4,8$ м, в группе контроля с $230 \pm 0,06$ до $401 \pm 5,1$ м.

Положительные изменения в физическом статусе и кардиогемодинамике пациентов позитивно отразились на показателях качества жизни (КЖ). Сравнительная оценка показателей КЖ в двух группах свидетельствует о благоприятном влиянии добавлении «Вазоната» к стандартной терапии у больных ИБС, страдающих атеросклеротической энцефалопатией в 1 группе. Согласно Миннесотскому опроснику КЖ больных с ИБС, в основной группе отмечается более выраженное улучшение КЖ на 6,9 % а в контрольной группе – 1,6%.

Выводы:

1.Полученные результаты позволяют говорить об оптимизирующем влиянии «Вазоната» на метаболизм миокарда у пожилых больных с ишемической болезнью сердца в сочетании с атеросклеротической энцефалопатией.

2.«Вазонат» статической значимо увеличивает переносимость физической нагрузки у пожилых больных ИБС со стабильной стенокардией напряжения.

3.Применение «Вазоната» в комбинации со стандартной терапии способствует улучшению гемодинамики у пожилых больных с ИБС в сочетании с атеросклеротической энцефалопатией.

Литература:

- 1.Кутищенко Н.П., Дитриева Н.А., Лукина Ю.В. и др. Влияние Милдроната на эффективность антиангинальной терапии у больных стабильной стенокардией напряжения.// Рациональная фармакотерапия в кардиологии 2005. №2.7-11 с.
- 2.Шабалин А.В., Рагино Ю.И., Любимцева С.А. и др. Влияние цитопротекции на окислительные процессы и эндотелиальную функцию у пожилых пациентов с ишемической болезнью сердца. // Рациональная фармакотерапия в Кардиологии 2006. №3. 2-5 с.
- 3.Сергиенко И.В., Малахов В.В., Наумов В.Г. Антиангинальная и антиишемическая эффективность Милдроната в комплексном лечении больных ИБС со стабильной стенокардией напряжения. // Кардиология 2005. 2 2-6 с.
- 4.Семенкова Г.Г. Кокорева Л.В. Сравнительная эффективность лечения больных хронической сердечной недостаточностью с применением миокардиальных цитопротекторов.// Российский Кардиологический журнал 2007. №2. 11-14 с.

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ СИНДРОМА ПАРКИНСОНИЗМА И КОРРЕКЦИЯ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА

Е.С. Нургужаев, Д.А. Митрохин, С.С. Сабденова, А.С. Турсынова

Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова, г. Алматы

Данная статья рассматривает применение нового препарата ПК-Мерц для лечения синдрома паркинсонизма у больных с хронической ишемией мозга. В результате проведенного исследования было отмечено положительное терапевтическое действие, дающее возможность проводить лечение в амбулаторных условиях.

Ключевые слова: паркинсонизм, когнитивные нарушения, хроническая ишемия мозга

ПАРКИНСОН СИНДРОМЫНЫҢ КЕШЕНДІ ТЕРАПИЯСЫ ЖӘНЕ МИДЫҢ СОЗЫЛМАЛЫ ИШЕМИЯСЫ КЕЗІНДЕГІ КОГНИТИВТІ БҰЗУШЫЛЫҚТЫҢ КОРРЕКЦИЯСЫ

Е.С. Нургужаев, Д.А. Митрохин, С.С. Сабденова, А.С. Турсынова

С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина университеті, Алматы қ.

Осы мақала созылмалы ми ишемиясы кезіндегі паркинсонизм синдромының емдеуіне арналған жаңа ПК-Мерц препаратының қолдануын анықтап қарайды. Зерттеудің нәтижесінде амбулаторлық шарттарда емделетін оң терапевтикалық әсер анықталды.

Түйінді сөздер: паркинсонизм, когнитивті бұзушылықтар, мидың созылмалы ишемиясы.

THE COMPLEX TREATMENT OF PARKINSON SYNDROME AND CORRECTION OF COGNITIVE IMPAIRMENT IN PATIENTS WITH CHRONIC ISCHEMIA

E.S. Nurguzhaev, D.A. Mitrokhin, S.S. Sabdenova, A.S. Tursynova

Kazakh National Medical University of name S.D. Asfendiyarov, Almaty

This article examines the use of a new drug for the PK-MERZ parkinson syndrome treatments in patients with chronic ischemia. The study noted a positive therapeutic effect making it possible to provide treatment on an outpatient basis.

Key words: Parkinson syndrome, cognitive impairment, chronic ischemia.

Сосудистые заболевания головного мозга являются приоритетным направлением современной неврологии. Наряду с острыми нарушениями мозгового кровообращения значительное место занимают и хронические нарушения мозгового кровообращения. Которые с увеличением возраста, в той или иной степени, могут отмечаться практически у каждого пациента старше 60 лет. Одним из частых проявлений хронической ишемии мозга (ХИМ) является сосудистый паркинсонизм, который развивается постепенно, при этом периоды прогрессирования могут чередоваться с периодами стабилизации состояния или улучшения. ХИМ - особая разновидность сосудистой церебральной патологии, обусловленная хроническим, медленно прогрессирующим диффузным нарушением кровоснабжения головного мозга с постепенно нарастающими разнообразными дефектами его функционирования. Термин хроническая ишемия мозга используется в Международной классификации болезней десятого пересмотра вместо применявшегося ранее названия «дисциркуляторная энцефалопатия», введенного Е.В. Шмидтом в 1974 году [1, 2].

Этиологическим фактором сосудистого паркинсонизма могут быть диффузные ишемические поражения глубинных отделов мозга, кардиогенные поражения головного мозга, артериовенозные мальформации, антифосфолипидный синдром, ишемические или геморрагические поражения базальных ганглиев, среднего мозга, таламуса. Сосудистый паркинсонизм может развиваться после перенесенного инсульта, чаще протекающего подостро, в течение нескольких недель или месяцев. Морфологические изменения вещества головного мозга при сосудистом паркинсонизме по данным нейровизуализации представлены в виде множественных лакунарных инфарктов в базальных ганглиях, диффузного поражения белого вещества в виде лейкоареоза, церебральной атрофии с расширением желудочковой системы [3,4,5].

Наряду с сосудистым паркинсонизмом на фоне ХИМ у значительной части пациентов возникают когнитивные расстройства, проявляющиеся различными нарушениями высших корковых функций. В отличие от болезни Паркинсона, при сосудистом паркинсонизме раньше и чаще развивается деменция, могут присутствовать

пирамидные, псевдобульбарные, тазовые нарушения. В основе когнитивных расстройств у большинства пациентов с ХИМ является не первичное поражение тех или иных корковых зон или систем, а нарушение связей между различными корковыми отделами и субкортикальными структурами, приводящее к их разобщению. При этом ведущая роль в патогенезе когнитивных расстройств при ХИМ в большинстве случаев принадлежит поражению белого вещества головного мозга, особенно связям лобных отделов с другими структурами центральной нервной системы, в первую очередь, с базальными ганглиями. Клиническим выражением патологического процесса является возникновение не изолированного синдрома, а комплекса неврологических и нейропсихологических синдромов, иногда протекающих субклинически, выявляясь лишь при использовании специальных проб и тестов. Когнитивные нарушения при ХИМ проявляются нарушением памяти, внимания, ориентации, астеническими проявлениями, замедлением и быстрой истощаемостью мнестических функций, нарушением процессов обобщения понятий, апатией, ухудшением речи, гнозиса, мышления [2,6].

По современным данным лечение сосудистого паркинсонизма, протекающего на фоне ХИМ, включает применение препаратов стабилизирующих артериальное давление, использование антиагрегантов, нейропротекторов, средств улучшающих гемореологию, отказ от курения и алкоголя. Необходимо использовать противопаркинсонические средства, в том числе различные их сочетания. Однако при длительной терапии леводопосодержащими средствами (наком, мадопар, тидамет) возникают лекарственные дискинезии, значительно ограничивающие повседневную активность и ухудшающие качество жизни больного. В этом случае, наиболее часто, препаратом выбора является амантадина сульфат (ПК-Мерц), использующийся для симптоматического лечения болезни Паркинсона. Механизм действия амантадина реализуется на пресинаптическом и постсинаптическом уровнях. Препарат увеличивает синтез дофамина в пресинаптических терминалах и ускоряет высвобождение дофамина в синаптическую щель, уменьшает обратный захват дофамина. Однако основной эффект амантадина реализуется за счет блокады NMDA-рецепторов глутамата, что приводит к снижению аномальной гиперактивности субталамического ядра, которое играет ведущую роль в появлении основных симптомов болезни Паркинсона. Амантадина сульфат обладает также антидискинетическим

действием, которое связано с блокадой центральных NMDA-рецепторов. В течение многих лет амантадина сульфат применяется в качестве симптоматического лечения нарушений vigильности (способности к бодрствованию и нормальным реакциям) и инициативности из-за своего активирующего воздействия на центральную нервную систему. В настоящее время, целесообразность использования амантадина сульфат при болезни Паркинсона и сосудистом паркинсонизме определяется его нейропротекторным эффектом [3,5,7,8,9].

Цель исследования: Оценка терапевтической эффективности применения препарата ПК-Мерц (амантадина сульфат) у пациентов с проявлениями вторичного сосудистого синдрома паркинсонизма на фоне хронической ишемии мозга и когнитивными нарушениями.

Материал и методы:

Работа выполнялась на клинической базе кафедры нервных болезней Казахского Национального медицинского университета имени С.Д. Асфендиярова в отделениях неврологии и нейрореабилитации ГКБ № 1 и отделении неврологии ЦКБ управления делами Президента РК. Всего были отобраны 30 больных, в том числе 14 женщин (46,6%) и 16 мужчин (53,3%) с вторичным сосудистым синдромом паркинсонизма на фоне хронической ишемии мозга 1-2 стадии и когнитивными нарушениями (легкой и умеренной выраженности). Возраст пациентов составил от 56 до 75 лет (средний возраст 64,5±7,9 года).

Клинический диагноз устанавливался в соответствии с классификацией сосудистых поражений мозга института неврологии РАМН (1985 г.) и международной классификацией болезней десятого пересмотра. Из исследования исключались пациенты с эпилепсией, выраженной деменцией, опухолями головного мозга, грубой соматической патологией. Первоначально в исследование были включены 32 пациента, один больной выбыл из-за сопутствующего заболевания, у второго отмечено психомоторное беспокойство и возбуждение, в связи, с чем препарат был отменен.

Этиологическими факторами ХИМ явились: артериальная гипертензия 2-3 степени с наличием факторов риска отмечена у 2 пациентов (6,6±%), атеросклероз сосудов головного мозга выявлен у 5 больных (16,6±%), сочетание артериальной гипертензии 2-3 степени с наличием факторов риска и атеросклероза сосудов головного мозга наблюдалось у 22 больного (73,3±%), у одного пациента (3,3±%) на фоне церебрального

атеросклероза и артериальной гипертензии был сахарный диабет второго типа. У 8 больных (26,6±%) при нейровизуализационных методах исследования отмечены лакунарные инфаркты, преимущественно в подкорковых отделах мозга. Из сопутствующих заболеваний встречались: хронический бронхит, хронический пиелонефрит, остеоартроз, хронический гастродуоденит, дорсопатия, ишемическая болезнь сердца (стенокардия напряжения I - II функционального класса, без выраженной сердечной недостаточности).

Всем пациентам наряду с базовой терапией (вазоактивные средства, гипотензивные препараты, антиагреганты, антиоксиданты, диуретики, препараты леводопы: наком, тидамет в дозе 500-750 мг в сутки) назначался препарат ПК-Мерц (активное вещество амантадина сульфат 100 мг). В первые 3 дня по 1 таблетке утром после еды, затем с 4 по 10 день по 1 таблетке два раза в день утром и днем, с 11 по 20 день по 1 таблетке три раза в день, причем последний прием препарата ПК-Мерц был не позже 16 часов. Продолжительность лечения составила 20 дней. До начала лечения, на 10 день, и после завершения комплексной терапии на 20 день анализировались данные неврологического статуса пациентов, нейропсихологического исследования, оценивались экстрапирамидные симптомы и двигательные расстройства.

Церебральная гемодинамика изучалась с помощью ультразвуковой транскраниальной доплерографии (аппарат «BasicTCD»). Для оценки функционального состояния головного мозга исследовали его биоэлектрическую активность методом электроэнцефалографии (компьютерный 16-канальный электроэнцефалограф Biomedical EEG). С помощью КТ и МРТ головного мозга выявляли типичные изменения мозговой ткани при ХИМ, что использовалось при установлении диагноза. Кроме этого изучались биохимические показатели

(триглицериды, холестерин, коагулограмма), проводилось исследование глазного дна.

Состояния высших психических функций у больных с вторичным сосудистым синдромом паркинсонизма на фоне хронической ишемии мозга проводилось по нейропсихологическим методикам А.Р. Лурии (1974, 1976 г.г.) с экспресс-оценкой состояния когнитивных функций, при этом исследовали память, концентрацию внимания, ориентировку во времени и месте, функцию речи. Определялась степень когнитивного дефекта (использовалась краткая шкала психического статуса – MiniMentalStateExamination, MMSE). Синдромальный диагноз легких и умеренных когнитивных нарушений ставился в соответствии с модифицированными критериями R.PetersenTouchon. Использовались шкала оценки акатизии Барнса (BARS), шкала общей клинической оценки (ClinicalGlobalImpressionScale - CGI), шкала оценки экстрапирамидных симптомов (ESRS-A) [10,11].

Для статистического анализа результатов исследования использовались программа MicrosoftExcel в среде WindowsXP и специализированные программные пакеты «Биостатистика» и Statistica. Обработка включала расчет средних величин, их стандартных ошибок, Достоверность различий до и после лечения оценивалась по методу Стьюдента (t – критерий).

Результаты исследования:

Проведенное исследование показало хорошую переносимость препарата ПК-Мерц у большинства больных, у одного пациента отмечено психомоторное беспокойство и возбуждение, в связи, с чем препарат был отменен. Других значимых побочных эффектов не отмечено.

Анализ клинико-неврологических проявлений у пациентов с сосудистым паркинсонизмом на фоне хронической ишемии мозга показал регресс субъективных и неврологических симптомов на фоне проводимой терапии (таблица 1). Проявления синдрома сосудистого паркинсонизма представлены отдельно (таблица 2).

Таблица 1 - Динамика клинико-неврологических показателей у пациентов с ХИМ на фоне комплексного лечения ($M \pm m\%$)

Клинические Проявления	До лечения	10 день лечения	20 день лечения
Ухудшение памяти	n =28 93,3±	n =22 73,3±	n =19 63,3± *
Головная боль	n =26 86,6±	n =20 66,6±	n =18 60,0± *
Головокружение	n =23 76,6±	n =19 63,3±	n =17 56,6± *
Снижение работоспособности	n =21 70,0±	n =18 60,0±	n =16 53,3±
Нарушение ночного сна	n =22 73,3±	n =19 63,3±	n =18 60,0±
Чувство тревоги и снижение настроения	n =19 63,3±	n =17 56,6±	n =13 43,3± *
Пирамидная недостаточность	n =5 16,6±	n =4 13,3±	n =3 10,0±
Дизартрия	n =3 10,0±	n =2 6,6±	n =2 6,6±
Симптомы орального автоматизма	n =12 40,0±	n =12 40,0±	n =11 36,6±
Симптом Бабинского	n =2 6,6±	n =2 6,6±	n =2 6,6±
Мозжечковые нарушения	n =7 23,3±	n =6 20,0±	n =5 16,6±

* - различия достоверны $P < 0,05$ с показателем до лечения

Большинство больных после завершения лечения отмечали улучшение ночного сна, повышение работоспособности. Наиболее значимые изменения в виде улучшения памяти, уменьшения тревожности и улучшения

настроения, головной боли и головокружения были достоверные ($P < 0,05$). Оценка экстрапирамидных симптомов (по шкале ESRS-A) у пациентов с сосудистым паркинсонизмом на фоне ХИМ в динамике комплексного лечения представлена в таблице 2.

Таблица 2 - Оценка экстрапирамидных симптомов (по шкале ESRS-A) у пациентов с ХИМ на фоне комплексного лечения ($M \pm m\%$)

Клинические Проявления	До лечения	10 день лечения	20 день лечения
Пластическая ригидность в нижних конечностях	n =30 100,0±	n =29 96,6±	n =27 90,0±
Пластическая ригидность в верхних конечностях	n =11 36,6±	n =11 36,6±	n =10 33,3±
Тремор	n =1 3,3±	n =1 3,3±	n =1 3,3±
Снижение выразительности лица	n =30 100,0±	n =30 100,0±	n =30 100,0±
Постуральная неустойчивость	n =16 53,3±	n =14 46,6±	n =13 43,3±
Изменение походки и позы	n =28	n =26	n =25

	93,3±	86,6±	83,3±
Брадикинезия	n =29 96,6±	n =27 90,0±	n =26 86,6±
Дистония мышц конечностей	n =2 6,6±	n =2 6,6±	n =2 6,6±
Дискинезия лица, туловища, конечностей	n =5 16,6±	n =4 13,3±	n =3 10,0±
Акатизия	n =3 10,0±	n =2 6,6±	n =2 6,6±

* - различия достоверны $P < 0,05$ с показателем до лечения

Как видно из таблицы 2, у пациентов с синдромом паркинсонизма на фоне ХИМ преобладали следующие экстрапирамидные симптомы: пластическая ригидность в нижних конечностях, снижение выразительности лица в виде амимии, брадикинезия. Несколько реже встречались постуральная неустойчивость, пластическая ригидность в верхних конечностях, дискинезия, тремор. Причем тремор, наблюдавшийся, у одного пациента не имел типичного паркинсонического характера. При акатизии (10,0% больных) больные жаловались на неустойчивость, ощущение внутреннего беспокойства с потребностью совершать движения. Дискинезия проявлялась хорео-атетоидными гиперкинезами. Наличие дискинезии у пациентов (16,6%) с сосудистым паркинсонизмом на фоне ХИМ обусловлено, как поражением базальных ганглиев, так и длительным приемом препаратов леводопы. В динамике на фоне комплексного лечения с использованием амантадина сульфата отмечен некоторый регресс экстрапирамидных симптомов без достоверных различий.

Исследования произвольного внимания, сенсомоторных реакций и мнестических функций (Таблица 3) показали значительное уменьшение ошибок при выполнении заданий после проведенного курса лечения с использованием препарата ПК-Мерц у больных с сосудистым паркинсонизмом на фоне ХИМ. В результате лечения улучшились процессы запоминания, увеличилось количество воспроизведенных слов в тесте «10 слов» ($P < 0,05$), отмечалось уменьшение персевераций и контаминаций. «Кривая заучивания» на фоне лечения у больных с сосудистым паркинсонизмом на фоне ХИМ меняется в сторону увеличения нормальной, зигзагообразной форм, при этом снижается частота истощающейся и платообразной форм «кривой заучивания». Отмечено возрастание скорости счетных операций при выполнении пробы Крепелина. Отмечено улучшение умственной работоспособности и концентрации внимания, что отразилось в уменьшении среднего времени при выполнении пробы Шульте ($P < 0,05$).

Таблица 3 - Влияние комплексного лечения на произвольное внимание, сенсомоторные реакции и мнестические функции у больных с ХИМ ($M \pm m$)

Метод исследования	До лечения	10 день лечения	20 день лечения
Проба Крепелина: количество ошибок	27,1±6,5	22,9±6,1	16,3±5,2
Проба Крепелина: скорость счетных операций, (сек.)	79,8±7,5	73,7±7,0	65,3±6,4
Поиск чисел по таблице Шульте, (сек.)	82,7±9,4	76,5±9,1	69,9±8,5 *
Тест «10 слов» (количество воспроизведенных слов)	5,0±2,2	6,4±2,5	8,3±3,1 *

* - различия достоверны $P < 0,05$ с показателем до лечения

Исследование показало негрубые нарушения памяти, внимания, восприятия, ориентации, речи, чтения, письма у пациентов с сосудистым паркинсонизмом на фоне ХИМ по оценкам MMSE и экспресс-оценки состояния когнитивных функций. Динамика общего когнитивного дефекта по шкале MMSE у исследуемых больных в процессе лечения была положительной, но статистически не значимой. При этом средний балл до лечения составил $23,34 \pm 2,19$, после лечения $25,02 \pm 2,32$ балла ($P > 0,05$).

Причиной когнитивных нарушений у больных с сосудистым паркинсонизмом на фоне ХИМ может быть поражение нескольких подкорково-лобных систем. В этом случае, как и двигательные нарушения, когнитивные расстройства могут быть связаны с дегенерацией нигростриарных нейронов и уменьшением содержания дофамина в стриатуме, что приводит к дисфункции кортико-стриопаллидарных и таламо-фронтальных связей,

обеспечивающих активацию необходимых в данной ситуации корковых программ [12, 13].

При МРТ и КТ исследовании головного мозга у пациентов с ХИМ обнаруживались небольшие лакунарные очаги преимущественно в области подкорковых узлов и прилегающего белого вещества, умеренное расширение желудочков мозга и субарахноидальных пространств, определялась субатрофия корковых борозд. Данные ультразвуковой транскраниальной доплерографии при исследовании сосудов головы и шеи показали наличие атеросклероза брахиоцефальных сосудов.

На фоне комплексного лечения с использованием препарата ПК-Мерц отмечалось улучшение биоэлектрической активности головного мозга, которое проявлялось нарастанием альфа-активности, уменьшении выраженности межполушарной асимметрии, тета и дельта волн. При этом эпилептической пароксизмальной активности не зарегистрировано.

Таблица 4 - Показатели биоэлектрической активности в динамике комплексного лечения у пациентов с сосудистым паркинсонизмом на фоне ХИМ ($M \pm m$, %)

Анализ фоновой ЭЭГ	До лечения	20 день лечения
Преобладание умеренной и выраженной диффузной биоэлектрической активности в виде альфа-тетадизритмии	n = 21 70,0±	n = 25 83,3±
Преобладание десинхронной дезорганизованной биоэлектрической активности в виде тета-дельта волн	n = 9 30,0±	n = 5 * 16,6±

* - различия достоверны $P < 0,05$ с показателем до лечения

Следует отметить, что в динамике комплексного лечения больных с сосудистым паркинсонизмом на фоне ХИМ доза леводопы снизилась на 125-250 мг (на 1/2 табл.-1табл. препарата наком или тидамет), при этом выраженность дискинезии уменьшилась у 6,6% пациентов.

В результате проведенного исследования можно сделать вывод о том, что ПК-Мерц на фоне комплексного лечения больных с сосудистым паркинсонизмом на фоне ХИМ оказывает положительное терапевтическое действие, проявляющееся в сглаживании легких и

умеренных когнитивных нарушений, уменьшении общемозговых и астено-депрессивных симптомов. После проведенного лечения у пациентов улучшилось физическое и эмоциональное функционирование, улучшился фон настроения. Выявлено умеренное положительное антидискинетическое действие препарата ПК-Мерц. Таким образом, препарат амантадина сульфат (ПК-Мерц) в дозировке 300 мг в сутки может быть рекомендован пациентам с сосудистым паркинсонизмом на фоне ХИМ.

Литература:

1. Болезнь Паркинсона и расстройства движений: Руководство для врачей / Под.ред. С.Н. Иллариошкина, Н.Н. Яхно. – М., 2008. – 405 с.

2. Гусев Е.И., Скворцова В.И. Ишемия головного мозга. М., 2001; 328 с.
3. Экстрапирамидные расстройства: Руководство по диагностике и лечению / Под.ред. В.Н. Штока, И.А. Ивановой-Смоленской, О.С. Левина. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 608 с.
4. Голубев В.Л. Лечение болезни Паркинсона: решенные и нерешенные вопросы // Избранные лекции по неврологии / Под.ред. В.Л. Голубева. – М.: Эйдос Медиа, 2006. – С. 395-420.
5. Луцкий И.С., Евтушенко С.К., Симонян В.А. Болезнь Паркинсона (клиника, диагностика, принципы терапии) / Международный неврологический журнал. - №5 (43). г.Донецк 2011. С. 159-174.
6. Захаров В.В., Яхно Н.Н. Когнитивные расстройства в пожилом и старческом возрасте / методическое пособие для врачей – М., 2005. – 70 с.
7. Федорова Н.В. Грачев И.С. Леводопамининдуцированные дискинезии при болезни Паркинсона: Эффективность амантадина сульфата / «Неврологический журнал». №1/2009, стр. 43-48.
8. J.Joerg, H.Ringendahl, W.Ischebeck, D.Steube, J.Lambert-Baumann. Инфузия сульфата амантадина для лечения нарушений vigильности и инициативности / Журнал «Nervenheilkunde» (Неврология), сентябрь 2000.
9. Del Dotto P., Pavese N., Gambaccini G., et al. Intravenous amantadine improves levodopa-disease: f double-blind. Placebo-controlled study. Clin.Neuropharmacol.-2000-23.- (2).-82-85.
10. CIPS – Collegium InternationalePsychiatriaeScalarum. InternationaleScalen fur Psychiatric, 3. Auflage.Weinheim; Beltz Test GmbH 1986.
11. Manual for the Extrapyramidal Symptom Rating Scale/ ESRS. Schizophr. Research, 2005 Jul 15; 76 (2-3): 247-65. Epub 2005 apr 18.
12. Хныкина Т.А. Современные представления о нейропсихологических нарушениях при болезни Паркинсона / Международный неврологический журнал. - №6 (44).г. Донецк 2011. С. 114-119.
13. Higginson C.I., King D.S., Levine D., Wheelock V.L., Khamphay N.O., Sigvardi K.A. The relationship between executive function and verbal memory in Parkinson s disease // Brain Cogn. – 2003. – 52. – 343-52.

ВОЗМОЖНОСТИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИИ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

В.Г. Черкасова, А.М. Манташова, Н.А. Зимушкина

ГБОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Минздравсоцразвития России

Кафедра спортивной медицины и реабилитологии с курсом геронтологии, г. Пермь, Россия

Поражение головного мозга сосудистой этиологии является одним из наиболее часто встречаемых патологических состояний, как в неврологической так и в нейрогериатрической практике. Итогом прогрессирования нейропсихологических нарушений при ДЭП является развитие сосудистой деменции. При деменции отмечаются выраженные нейродинамические, регуляторные и операциональные нарушения. Ведущая роль лобной дисфункции в структуре нейропсихологических нарушений проявляется также в нередком сочетании когнитивных и эмоционально-личностных нарушений. Лечение ХНМК должно включать этиотропную, патогенетическую и симптоматическую терапию. Из современных препаратов наиболее мощным клиническим эффектом в отношении когнитивных функций обладают ингибиторы ацетилхолинэстеразы. На примере клинического случая продемонстрирована частичная курабельность тяжёлых когнитивных нарушений при сосудистой деменции. Раннее назначение ингибиторов ацетилхолинэстеразы приводит к стабилизации когнитивных нарушений, улучшению общей адаптации пациента к повседневной жизни, уменьшает бремя нагрузки по уходу за больным для ухаживающих родственников.

ҚАН ТАМЫР ДЕМЕНЦИЯСЫНЫҢ ПАТОГЕНЕТИКАЛЫҚ ТЕРАПИЯСЫНЫҢ МҮМКІНДІКТЕРІ: КЛИНИКАЛЫҚ БАҚЫЛАУ

Черкасова В.Г., Манташова А.М., Зимушкина Н.А.

«Академик Е.А.Вагнер атындағы Перм мемлекеттік медициналық академиясы» жоғарғы кәсіби білімінің мемлекеттік бюджеттік білім беретін мекемесі, Ресейдің денсаулық сақтау министрлігінің әлеуметтік дамуы, Ресей

Спорт медицина және реабилитология кафедрасының геронтология курсымен бірге

www.kaznmu.kz

Патологиялық күйлерде жиі кездесетін, сол сияқты неврологиялық, нейрогериатриялық тәжірибеде ми қан тамыр этиологиясының ұтылуы көп таралған болып табылады. ДЭП кезінде нейропсихологиялық бұзушылықтардың үдеулері қорытындысы қан тамыр деменциясының дамуы пайда болады. Деменциялардың кезінде бейнеленген нейродинамикалық, реттеуіш және операциялық бұзушылықтарын атап өтеді. Нейропсихологиялық бұзушылықтардың құрылымындағы маңдай дисфункцияның бастаушы рөлі когнитивті және эмоционалды - жеке бұзушылықтардың сирек емес тіркесінде көрінеді. Ми қан айналысының созылмалы бұзылымдарын емдеу этиотропты, патогенетикалық және симптоматиялық терапияны қосуы керек. Когнитивті функцияларының өте қуатты клиникалық эффекттің қазіргі препараттардың ішінде қатынасқа ацетилхолинэстераза ингибиторлары ие болады. Клиникалық жағдайдың мысалында қан тамыр деменциясы кезінде ауыр когнитивті бұзушылықтарының жартылай теңелгендігін көрсеткен. Ацетилхолинэстераза ингибиторларының ерте тағайындауы когнитивті бұзушылықтарының тұрақтануына, күнделікті өмірге емделушінің ортақ бейімделуінің жақсартуына алып келеді, туысқандарға науқасты күту үшін жүктемелік ауыртпалығын азайтады.

POSSIBILITIES OF PATHOGENETIC THERAPY FOR PATIENTS WITH VASCULAR DEMENTIA: A CLINICAL OBSERVATION.

V.G. Cherkasova, A.M. Mantashova, N.A. Zimushkina

"Perm State Medical Academy named after academician E.A. Wagner", Ministry of Health and Social Development, Russia

Department of Sports Medicine and Rehabilitation with Gerontology Course

Brain damage of vascular etiology is one of the most common pathological conditions in neurological and in neurogeriatric practice. The result of the progression of neuropsychological disorders in DEP is the development of vascular dementia. There are severe neurodynamic, regulatory and operational impairments. The leading role of frontal dysfunction in the structure of neuropsychological disorders often seen in combination of cognitive, emotional and personality disorders. Treatment of chronic cerebral vascular insufficiency should include etiotropic, pathogenetic and symptomatic therapy. Of modern drugs most powerful clinical effect on cognitive functions have acetylcholinesterase inhibitor. On the example of a clinical case demonstrated partial curable severe cognitive impairment of vascular dementia. Early treatment with acetylcholinesterase inhibitors results in stabilization of cognitive decline and improve overall patient adapt to daily life, reduce the load on the patient care for caregivers.

Поражение головного мозга сосудистой этиологии является одним из наиболее часто встречаемых патологических состояний, как в неврологической так и в нейрогериатрической практике.

Принято выделять острые и хронические нарушения мозгового кровообращения. К хроническим нарушениям мозгового кровообращения относится дисциркуляторная энцефалопатия – синдром хронического прогрессирующего диффузного и/или многоочагового поражения головного мозга сосудистой этиологии, который развивается в результате повторных острых нарушений мозгового кровообращения и/или хронической недостаточности кровоснабжения головного мозга. Термин «дисциркуляторная энцефалопатия» отражает морфологию и возможные патогенетические механизмы процесса.[5] Маркером хронической ишемии мозга является лейкоареоз – диффузные изменения глубинных отделов белого вещества головного мозга. Наиболее частой причиной лейкоареоза является хроническая неконтролируемая артериальная гипертензия.[6,9]

Хотя больные с ДЭ акцентируют внимание на таких субъективных проявлениях, как головная боль, головокружение, шум в ушах, быстрая

утомляемость, именно когнитивные нарушения следует признать ядром клинической картины ДЭ, которое в большинстве случаев определяет тяжесть состояния пациентов.[2,7] Особенностью когнитивного дефицита у большинства больных ДЭ является преобладание нейродинамических и регуляторных когнитивных нарушений, связанных с дисфункцией соответственно I и III структурно-функциональных блоков по А.Р. Лурия, над нарушениями, связанными с дисфункцией II блока. Это проявляется замедленностью психической деятельности, ослаблением внимания, снижением речевой активности, нарушением планирования, организации и контроля деятельности. Нарушение памяти, как правило, бывает умеренным и носит вторичный характер (об этом свидетельствует дефицит свободного воспроизведения при относительно сохранном узнавании и эффективности опосредующих приемов).[3]

Итогом прогрессирования нейропсихологических нарушений при ДЭП является развитие сосудистой деменции. Однако ей предшествуют более легкие когнитивные нарушения, причем по мере прогрессирования когнитивного дефицита при ДЭП может происходить качественная трансформация его профиля. Нарастание и изменение профиля когнитивных нарушений позволяют оценить

тяжесть ДЭП и отслеживать ее прогрессирование.[1,8]

При деменции наряду с выраженными нейродинамическими и регуляторными нарушениями отмечаются также операциональные нарушения, проявляющиеся в тестах на память, речь, праксис, зрительно-пространственные функции, мышление. В отличие от больных с умеренной выраженностью когнитивного дефицита на стадии 3 снижается эффективность узнавания и опосредующих процедур, предоставление пациенту подсказок или алгоритма действий в значительно меньшей степени улучшает выполнение тестов.[6,7]

Ведущая роль лобной дисфункции в структуре нейропсихологических нарушений проявляется также в нередком сочетании когнитивных и эмоционально-личностных нарушений, на ранних стадиях представленных аффективными расстройствами (раздражительность, эмоциональная лабильность, тревожность, депрессия), на более позднем этапе выраженными личностными и поведенческими расстройствами в виде апатико-абулических нарушений, расторможенности, психотических расстройств и т.д.[4]

Лечение хронической сосудистой мозговой недостаточности должно включать этиотропную, патогенетическую и симптоматическую терапию. Развитие синдрома сосудистой деменции требует проведения более интенсивной ноотропной терапии. Из современных препаратов наиболее мощным клиническим эффектом в отношении когнитивных функций обладают ингибиторы ацетилхолинэстеразы (АХЭ). Терапия ингибиторами ацетилхолинэстеразы должна проводиться постоянно.[3]

С целью демонстрации эффективности ингибиторов АХЭ в лечении когнитивных нарушений при сосудистой деменции представлен следующий клинический случай. Нами наблюдается больной Т., 1956 г.р. с ранее установленным диагнозом: Дисциркуляторная энцефалопатия III ст. с тяжелыми когнитивными нарушениями. Центральные тетрапарез с акцентуацией слева. Псевдобульбарный синдром. Артериальная гипертензия III ст., 3 ст., риск 4. Н I. Поводом для обращения в центр когнитивных нарушений послужило усугубление когнитивных расстройств на фоне проводимой гипотензивной, вазоактивной и метаболической терапии.

При первом посещении больной жалобы активно не предъявлял. Со слов, сопровождавшей его жены, у больного отмечается прогрессирующее снижение памяти на текущие события, дезориентация в месте и времени,

безынициативность, апатия, медлительность, изменение походки, снижение бытовых и гигиенических навыков, недержание мочи. Из анамнеза известно, что больной страдает АГ III ст. более 5 лет. На фоне проводимой гипотензивной терапии отмечаются подъемы АД до 220/120 – 240/150 мм.рт.ст. В 2008 г. признан инвалидом второй группы. Забычивость у больного родные отмечают в течение 4 лет. Прогрессирующее нарушение памяти, эпизоды дезориентации в месте и времени, утрата ранее приобретенных навыков стали обращать на себя внимание последние 6 месяцев. Больной стал медлительным, не узнаёт родных, утратил способность к вождению автомобиля, терялся на улице, перестал быть опрятным, появилось недержание мочи. В неврологическом статусе при первом посещении отмечались дезориентация в месте и времени, насильственный плач, брадикинезия, асимметрия носогубных складок, положительные симптомы орального автоматизма, гемигипестезия слева, рефлекторный тетрапарез с акцентуацией слева. Речь больного была разборчива, но тихая и монотонная. Походка на широкой основе. При выполнении координаторной пробы определялась дисметрия. Со слов жены, отмечались эпизоды недержания мочи. При подробном расспросе о тазовых нарушениях, недержание мочи, скорее всего, относилось к неопрятности при мочеиспускании. В когнитивной сфере отмечалось снижение памяти на текущие события, апраксия, нарушение счета и письма. При нейропсихологическом тестировании получены следующие результаты: тест MMSE – 13 баллов, тест FAB – 3 балла, тест рисования часов – 3 балла. При анализе лабораторных исследований отклонений от нормы не выявлено. На ЭКГ: синусовый ритм, увеличение левого желудочка с систолической перегрузкой. На дуплексном сканировании БЦА: стеноз до 30% в области бифуркации правой ОА за счет гетерогенной, с кальцинозом атеросклеротической бляшки по передней и задней стенкам. На КТ головного мозга признаки хронического нарушения мозгового кровообращения, дисциркуляторной энцефалопатии. Диффузная церебральная корковая атрофия.

Для коррекции когнитивных нарушений был назначен препарат «экселон» (ривастигмин) – ингибитор ацетилхолинэстеразы. Данный препарат пациент получает по схеме в трансдермальной терапевтической системе. Стартовая доза – 4,6 мг/сут в течение первого месяца; поддерживающая доза 9,5 мг/сут. Назначена консультация психиатра, т.к. степень когнитивных нарушений у пациента достигает деменции.

При повторной явке (через 1 месяц) в неврологическом статусе и при объективизации когнитивных нарушений по тестам динамики не отмечалось. Со слов жены больной стал активнее, узнаёт внуков, чаще выходит на прогулки. Через 3 месяца от начала терапии «экселон» в дозе 9,5 мг/сут у больного отмечается улучшение когнитивных функций. На приёме больной в сопровождении жены, ориентирован во времени, несколько дезориентирован в месте. Тест MMSE – 17 баллов, FAB – 7 баллов, тест рисования часов – 5 баллов. В неврологическом статусе сохраняется брадикинезия, рефлекторный тетрапарез с акцентуацией слева, походка на широкой основе. Со слов жены больной самостоятельно выполняет гигиенические процедуры, принимает пищу, выполняет домашние поручения, пользуется

телефоном, читает, интересуется новостями, не путает и узнаёт родственников. Эпизоды недержания мочи не повторялись. Пациент постоянно получает гипотензивные препараты, антиагреганты и трансдермальную терапевтическую систему «экселон» в дозе 9,5мг/сут.

Таким образом, на примере данного клинического случая продемонстрирована частичная курабельность тяжёлых когнитивных нарушений при сосудистой деменции. Раннее назначение ингибиторов ацетилхолинэстеразы приводит к стабилизации когнитивных нарушений, улучшению общей адаптации пациента к повседневной жизни, уменьшает бремя нагрузки по уходу за больным для ухаживающих родственников.

Литература:

1. Дамулин И.В. Болезнь Альцгеймера и сосудистая деменция / под ред. Н.Н. Яхно. – М., 2008.
2. Захаров В.В. Нарушения памяти у пожилых / В.В.Захаров // Русский медицинский журнал. - 2003. - Т.11, №3. - С. 598-602.
3. Левин О.С. Диагностика и лечение деменции в клинической практике / О.С. Левин. - М., 2010.
4. Лурия А.Р. Нейропсихология / А.Р. Лурия. - М.: Медицина, 2003. - 402с.
5. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр. - Женева: ВОЗ, 1995. - 713с.
6. Яхно Н.Н. Деменции / Н.Н. Яхно, В.В. Захаров, А.Б. Локшина и др. // Нарушения памяти при соматических заболеваниях. - М., 2010.
7. Charles A. Demencia vascular / A. Charles // Arg. Neuro-psiquiat. - 2011. - №3A. - P. 498-510.
8. Hershey L.A. Ischemic vascular dementia / L.A. Hershey, W.A. Olszewski // Handbook of Demented Illnesses / Ed. J.C. Morris. - New York, 2004. - P. 335-351.
9. Skoog I. Risk factors for vascular dementia: A review // In: Vascular Dementia: Etiological, Pathogenetic, Clinical and Treatment Aspects. Ed. by L.A. Carlson et al. - Basel, 2010. - P. 9-16.

РАЗДЕЛ 3**НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИЯ****3 ТАРАУ****НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИЯ****CHAPTER 3****NEUROREHABILITATION****ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДА СКАЛЬПОТЕРАПИИ ПРИ РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ С МОТОРНОЙ АФАЗИЕЙ**

*Г.Б. Абасова, М. Жуматаев, Д.П. Утепов, Д.Б. Оразалиева, Б.М.Алауова, Б.Б.Таутаева
Международный Казахско - Турецкий Университет им. Х.А. Ясави, г. Шымкент*

Комплексное лечение, включающее медикаментозную и немедикаментозную терапию, оказывает позитивное действие на клиническое течение ишемического инсульта с моторной афазией, различной степенью тяжести. Показатели оригинальной шкалы для оценки эффективности лечения больных ишемическим инсультом препаратами, влияющими на гемостаз, метаболизм и методом скальпотерапии, улучшающие речевые нарушения, зависела от тяжести ишемического инсульта. Комплексное лечение, включающее медикаментозную терапию со скальпотерапией у больных ишемическим инсультом с различной степенью тяжести, оказывает более позитивное действие на все формы ишемического инсульта.

ИШЕМИЯ ИНСУЛЬТЫНЫҢ МОТОРЛЫ АФАЗИЯСЫ БАР НАУҚАСТАРДЫ ЕРТЕ ОҒАЛТУ КЕЗІНДЕ СКАЛЬПОТЕРАПИЯ ӘДІСІНІҢ ТИІМДІЛІГІ

Абасова Г.Б., Жуматаев М., Утепов Д.П., Оразалиева Д.Б., Алауова Б.М., Таутаева Б.Б.

Х.А. Ясави атындағы Халықаралық Қазақ-Түрік Университеті, Шымкент қаласы

Жедел ми қан айналым бұзылысымен моторлы афазиясы бар науқастарға скальпотерапия емін қолданғанда үлкен жетістікті көрсетті. Себебі бастың самай бөлігіндегі моторлы аймағына осы әдісті пайдаланғанда, науқастағы клиникалық белгілердің азайғаны байқалды.

THE EFFECTIVENESS OF THE METHOD OF SCALP REFLEX THERAPY IN EARLY REHABILITATION OF THE PATIENTS WITH ISCHEMIC STROKE WITH BROCA'S APHASIA

G.B. Abasova, M. Zhumatayev, D.P. Uteпов, D.B. Orazalyieva, B.M.Alauova, B.B.Tautaeva

International Kazakh - Turkish University n.a. H.A. Yasaw,i Shymkent

Complex treatment, including medication and non-drug therapy has a positive effect on the clinical course of ischemic stroke with motor aphasia, varying degrees of severity. Indicators of the original scale for evaluating the effectiveness of treatment of patients with ischemic stroke drugs affecting hemostasis, metabolism, and by scalpotherapy improving speech disorders, dependent on the severity of ischemic stroke. Complex treatment, including drug therapy with scalpotherapy in patients with ischemic stroke with varying degrees of severity, has a more positive effect on all forms of ischemic stroke.

В настоящее время сосудистые заболевания головного мозга являются наиболее актуальной проблемой современной медицины.

Видоизменились взгляды на стратегию патогенетического лечения инсульта. Были разработаны и внедрены в практику новые эффективные методы терапии /1,2,3,4/

Используемый в настоящее время для лечения и реабилитации больных, перенесших инсульт мозга, широкий арсенал медикаментозных средств не обеспечивает достижения достаточно выраженного клинического эффекта, требует больших материальных затрат, что особенно характерно для лекарственных препаратов нового поколения, имеет существенные ограничения к применению, связанные с возникновением

неблагоприятных побочных эффектов, токсических и аллергических реакций, развитием толерантности к препарату, лекарственной зависимости и т.д. Одним из перспективных направлений в разработке методов повышения эффективности восстановительного лечения и реабилитации больных, перенесших инсульт, несомненно, является разработка и совершенствование технологий применения в составе комплексной терапии этих больных различных модификаций рефлексотерапии.

Цель работы: разработать научно-обоснованный алгоритм лечения больных ишемическим инсультом.

Методы исследования

Исследование проведено у 30 больных с ишемическим инсультом в неврологическом отделении клиники МКТУ и нейрососудистом отделений ШГ БСМП. Всем больным с момента поступления проводилась базисная терапия. В основе этого нами использован алгоритм базисной терапии разработанной Е.И.Гусевым, В.И.Скворцовой с соавт. (1997), включает:

- 1) меры, направленные на экстренную коррекцию нарушений жизненно-важных функций - нормализацию нарушения дыхания, гемодинамики, глотания, купирование эпилептического статуса;
- 2) меры, способствующие регуляции водно-электролитного баланса; приемы, направленные на борьбу с отеком мозга и профилактику повышения внутричерепного давления;
- 3) метаболическая защита мозга - коррекция дисфункции мозга, вызванной острым нарушением мозгового кровообращения и дезорганизацией

клеточного метаболизма, нейропротективная терапия (нейротрофические и нейромодуляторные препараты).

Нами предавалось особое значение поддержанию оптимального уровня гемодинамики, контролем которого является уровень артериального давления. АД поддерживалось на 160/90 мм рт.ст. и постепенного снижения АД. Для улучшения перфузии мозга применялись вазоактивные препараты-кавинтон (винпоцетин) в дозах 4 мл в/в капельно, сермион (ницерголин 4-8 мг в/в капельно), инстенон (2 мл в/в капельно), трентал по 5 мл в/в капельно. Гемодилюция достигалась введением реополиглюкина. Скальпотерапия является новым методом иглотерапии. Скальпотерапию можно проводить как самостоятельное лечение, так и в комплексе с медикаментозной терапией ишемического инсульта, где этот метод дает положительные результаты.

Мы вводили длинные иглы длиной 8-12см, в зависимости от размеров зоны или необходимости воздействовать на несколько рядом расположенных зон, но как правило, более двух игл на одну процедуру не применяли. Курс лечения 5-10 сеансов ежедневно, интервалы между курсами – десять дней. Процедуру выполняли в положении пациента лежа, в зависимости от его индивидуальной переносимости. Осложнений не возникали.

Исследуемые распределены на три группы по тяжести ИИ соответственно классификации Е.И.Гусева (1992 г.). Каждая группа подразделена на 2 подгруппы в зависимости от метода лечения.

Таблица 1 - Распределение больных по группам в зависимости от характера фармакотерапии

Группы	Степень тяжести ишемического инсульта			всего
	I	II	III	
	Легкая степень	Средняя степень	Тяжелая степень	
Медикаментозная терапия	7	5	3	15
Медикаментозная терапия + скальпотерапия	5	5	5	15
ВСЕГО:	12	10	8	30

Каждому больному заполнялась карта обследования, куда кроме паспортной части, вносили анамнестические сведения, данные неврологического статуса, лабораторно-инструментальные методы исследования и результаты по шкалам оригинальной шкале Гусева

Е.И., Скворцовой В.И. (1991). Шкала использовалась для оценки эффективности лечения больных ишемическим инсультом препаратами, влияющими на гемостаз, метаболизм и методом скальпотерапии, улучшающие речевые нарушения.

Результаты исследования

Таблица 2 - Динамика функционально-объективного статуса под влиянием комплексного лечения

Показатели	Объективно – функциональный статус по Е.И.Гусеву и В.И.Скворцовой
Группы	
до лечения	35±0,21
Медикаментозная терапия	47±0,23 P<0,01
Медикаментозная терапия+скальпотерапия	49±0,3 P<0,01

Выводы:

1. Комплексное лечение, включающее медикаментозную и немедикаментозную терапию, оказывает позитивное действие на клиническое течение ишемического инсульта с моторной афазией, различной степенью тяжести.
2. Показатели оригинальной шкалы (Е.И.Гусев, В.И.Скворцова, 1991 г.) для оценки эффективности лечения больных ишемическим инсультом

препаратами, влияющими на гемостаз, метаболизм и методом скальпотерапии, улучшающие речевые нарушения, зависела от тяжести ишемического инсульта.

3. Комплексное лечение, включающее медикаментозную терапию со скальпотерапией у больных ишемическим инсультом с различной степенью тяжести, оказывает более позитивное действие на все формы ИИ.

Литература:

1. Виленский Б.С. Инсульт: профилактика, диагностика и лечение. Санкт-Петербург, 1999. -336 с.
2. Гусев Е.И., Скворцова В.И. Ишемия головного мозга. Москва, Медицина. 2001.
3. Warlow C.P., Dennis M.S., van Gijn J. et al. Stroke. A practical guide to management. Oxford, Blackwell Science Ltd 1996;
4. Б.Г.Гафуров, Н.З.Аманова Эффективность рефлексотерапии в комплексном лечении больных с острым ишемическим мозговым инсультом. 2010г.
5. Гаваа Лувсан. Традиционные и современные аспекты восточной медицины 2000г

РЕАБИЛИТАЦИЯ РЕЧЕВОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ ЭФФЕРЕНТНОЙ МОТОРНОЙ И ДИНАМИЧЕСКОЙ АФАЗИИ

Айтхожаева Р. А.

Городской центр патологии речи, г.Алматы

Программы восстановления речи при разных формах афазии носят дифференцированный характер, но на раннем этапе после инсульта при ряде форм афазии для преодоления вторично нарушенной смысловой стороны речи используются близкие по характеру методические приемы. Для решения задач коррекционно-педагогической работы при восстановлении речи у больных с афазией необходима предварительная неречевая работа с ними. С этой целью афазиолог предварительно проводит работу с пациентами по индивидуальной программе с учетом формы афазии.

Ключевые слова: моторная афазия, экспрессивная речь, восстановление речи, логопед.

ЭФФЕРЕНТТІ МОТОРЛЫ ЖӘНЕ ДИНАМИКАЛЫҚ АФАЗИЯ КЕЗІНДЕГІ СӨЙЛЕУ ПАТОЛОГИЯСЫНЫҢ РЕАБИЛИТАЦИЯСЫ

Айтхожаева Р.А.

Сөйлеуді қайта қалпына келтіру бағдарламалары афазияның әртүрлі формалары кезінде дифференцирленген (ажыратылмалы) сипатта болады, бірақ инсульттан кейінгі ерте кезеңде афазияның бірнеше формалары қатарында екіншілік бұзылған сөйлеудің мағыналы тарабын жеңу үшін сипаты бойынша жақын әдістемелік әдістер қолданылады. Афазиясы бар науқастардың сөйлеуін қайта қалпына келтіру кезінде педагогикалық - түзету жұмысы есептерін шешу үшін олармен алдын ала сөйлеусіз жұмыстары қажет. Афазиялық

бұзылыстардың жүйелік сипатына байланысты жұмыс афазияның әр түрлі формалары кезіндегі сөйлеудің барлық тараптарына әрбір сөйлеу қызметінің бұзылысын ескере отырып жүргізіледі.

Афазияны қайта қалпына келтіру оқы барысында логопедтің алдында науқастың мүмкіндіктері мен жеке ерекшеліктеріне сәйкес кезеңді бағдарламаны жасау нақты тапсырмасы қойылады.

Түйінді сөздер: моторлы афазия, экспрессивті сөйлеу, сөйлеуін қайта қалпына келтіру, логопед.

REHABILITATION IN SPEECH PATHOLOGY WITH EFFERENT MOTOR AND DYNAMIC APHASIA

Aytkhozhaeva R. A.

The programs of speech recovery in various forms of aphasia have differential character, but at an early stage after stroke with several forms of aphasia to overcome secondary disorders of the semantic aspect of speech it is used the methodological techniques with similar character. To solve the problems of correction and pedagogical work in the recovery of speech in patients with aphasia it is necessary to do the preliminary work with them. For this purpose, aphasiologist previously make work with patients on an individual program according to the form of aphasia.

Key words: motor aphasia, expressive speech, speech recovery, aphasiologist.

Актуальность. Основными задачами коррекционно-педагогической работы при эфферентной моторной афазии являются преодоление патологической инертности в звене порождения слоговой структурой слова, восстановление чувства языка, преодоление инертностей выбора слов, аграмматизма, восстановление структуры устного и письменного высказывания, преодоление алексии и аграфии.

Цель. При «передними» эфферентной моторной и динамической афазиях работа опирается на сохранную парадигматическую систему и на привнесение извне логопедом программы и схемы речевого высказывания, начиная от программирования и планирования слоговой структурой слова и кончая восстановлением планирования фразы и текста.

Материалы и методы. Именно привнесенное извне средство, программирующие структуру слова и фразы (схемы, фразы, программы), позволяют преодолеть у больных с эфферентной моторной афазией трудности переключения с одного слога и слова на другое, восстановить кинестетическую методику речи, преодолеть персеверации, эхолалии, трудностей слогов, входящих в слова, и слов, входящих во фразу. Преодоление наращенной произносительной стороны речи при эфферентной моторной афазии начинается с восстановления ритмико-слоговой схемы слова, его кинетической методикой. При грубом нарушении чтения и письма работа начинается со слияния звуков в слоги. Больной, повторяя слог, складывает его из букв разрезной азбуки. Затем из освоенных слогов составляются простые слова типа «ру-ка», «во-да», «мо-ло-ко» и т. д. с опорой на ритмически отхлопываемую слоговую структуру слова, а также на схемы слова.

Используется работа по автоматизации слов с определенной ритмической структурой, т.е. предлагается читать серии слов с одной слоговой структурой, написанных столбиком. Постепенно

слоговая структура слова усложняется. Больной сопряжено с логопедом, а затем самостоятельно читает разделенные на слоги рифмующиеся слова. Одновременно с восстановлением звуковой и слоговой структурой слова начинается работа по восстановлению повествовательной речи. Преодоление нарушения повествовательной речи начинается с восстановления, так называемого чувства языка, улавливания созвучия рифм в стихах, пословицах и поговорках. Особенно полезно использовать пословицы и поговорки с рифмующимися глаголами.

При восстановлении экспрессивной речи особое внимание уделяется преодолению патологической инертности в нахождении нужных слов для высказывания. Обыгрывая предметный рисунок, логопед задает больному вопросы о том, для чего предмет предназначен, что с ним можно или надо сделать, чтобы, допустим, съесть (надо вымыть, сварить и т.п.), каковы свойства предмета и т.д.

При эфферентной моторной афазии преодолению инертности в выборе глагола содействует не только фразеологический контекст, но и выразительная пантомимическая имитация логопедом движений с предметами. Позже больному дается задание закончить однотипную фразу различными словами. Например, «я ем...» (картофельный суп, манную кашу, белый хлеб и т. д.) или «я жду...» (врача, мать, дочь, жену и т.д.). Предварительно логопед четко произносит фразы к нескольким картинкам, затем стимулирует их произнесение путем вопросов с опорой на различные схемы предложения.

Важной составной частью работы по накоплению глагольного словаря является подбор нескольких глаголов к существительному или нескольких существительных к одному глаголу. Первыми устными текстами, произносимыми больным по составленному логопедом плану, являются рассказы о режиме дня: «Я встал, умылся, почистил зубы...» и т.п. Предупреждению и преодолению предложно-флексивного аграмматизма служат

различные упражнения на вписывание пропущенных флексий, а затем флексий и предлогов и, наконец, глаголов и существительных в косвенных падежах. Больной обучается использовать восстановленный словарный запас в беседах с медицинским персоналом, с родственниками, позже осваивает лекцию необходимую при посещении врача, магазинов, аптеки и т.п.

При грубой эфферентной моторной афазии чтение и письмо могут быть в состоянии полного распада. В связи с этим для больных разрабатываются индивидуальные азбуки, в которых каждой букве соответствует определенная картинка или слово, значимые для больного. Например, а – арбуз, б – бабушка, в – Василий и т.д. Позже проводится работа по составлению слов и слогов обычной разрезной азбуки.

Для восстановления плавного письма больного обучают многократно писать левой рукой сначала отдельные прописные буквы, затем слова и фразы. Полезно провести курс подготовительных прописных упражнений, предупреждающих персеверации элементов букв при записи слов. На стадии частичного восстановления звуко–буквенного анализа состава слова от разрезной азбуки переходят к записи слов легких фраз во время слуховых диктантов. При этом больной должен проговаривать каждое слово по звукам, иногда предварительно складывать трудные слова из разрезной азбуки.

Восстановление чтения идет параллельно с восстановлением звуко–буквенного анализа слов, но, безусловно, несколько опережая его. Вначале больной по слогам читает слова с различной слоговой структурой, затем простейшие тексты.

На поздних этапах восстановления звуко–буквенного анализа состава слова решаются простые кроссворды, составляются короткие слова из букв многосложного слова, пишутся разной степени сложности письма и сочинения, ведутся дневники и т.п.

Преодоление дефектов понимания речи осуществляется путем выполнения различных заданий на внимание, переключения с одного предмета на другой, заданий «провокационного» характера, когда логопед просит показать тот предмет, которого нет среди лежащих перед больным, соотнести фразу с сюжетной картинкой.

По мере восстановления слухового внимания стимулируется показ картинок по заданию, при этом больного спрашивают не «где нарисована ложка», а «покажите ложку» или «покажите то, чем мы едим», «положите ложку на стакан» и т.п.

Логическое ударение при этом должно падать то на предлог, то на существительное. С помощью

интонации или логического ударения логопед подчеркивает переход к другим видам заданий: поставьте стакан, переверните стакан вверх дном и т.п.

Основной задачей работы при динамической афазии является преодоление дефектов внутреннего речевого программирования.

При значительно выраженной аспонтанности больному даются различные упражнения на классификацию предметов по разным признакам (мебель, одежда, посуда, круглые предметы, квадратные, деревянные, металлические и т.п.); используется прямой и обратный порядковый счет, вычитание из 100 по 7, по 4 и т.п.

Преодоление дефектов внутреннего программирования осуществляется созданием для больных программ высказывания с помощью различных внешних опор (вопросов, схемы предложения, фишек), постепенного сокращения их числа и последующей интериоризацией, свертыванием этой схемы «вовнутрь». Больной, перенося указательный палец с одной фишки на другую, постепенно разворачивает речевое высказывание по сюжетной картинке, затем переходит к зрительному слежению за планом развертывания высказывания без сопряженного двигательного подкрепления и, наконец, производит составление этих фраз без внешних опор, прибегая лишь к внутриречевому планированию высказывания.

Восстановление линейного развертывания высказывания содействует использование слов, входящих в вопросы к сюжетной картинке или в вопрос к соответствующей ситуации, обсуждаемой на занятии. Например, на вопрос: «Куда вы сегодня пойдете?» – больной отвечает: «Я пойду к парикмахеру» или «Я пойду на рентген» и т.п., т.е. он добавляет лишь одно слово. Другим приемом восстановления структуры высказывания является использование опорных слов, из которых больной составляет предложение. Постепенно число предложенных слов для составления предложения из 5-6 слов сокращается, больной свободно, по своему усмотрению, добавляет слова в нужной грамматической форме.

Ввиду того что при динамической афазии нарушается в основном составление не фразы, а текста, в качестве внешних опор используются серии последовательных картинок, например, серия картинок о ребенке, самостоятельно построившем плот и отправившемся в плавание, и о последствиях такого плавания, серии бытовых рисунков художника Х. Бидstrupпа.

При динамической афазии преодолевается речевая инактивность, создаются условия для повышения речевой инициативы, для этого больному поручают

устно передать кому-либо ту или иную просьбу логопеда и т. п. Речевая активность увеличивается в процессе создания специальных речевых ситуаций-инсценировок, в процессе которых инициатива ведения диалога передается больному. Тема диалога предварительно обсуждается с больным, ему даются вопросительные, ключевые слова и план, которые он может использовать в беседе. На занятиях по стимулированию речевой активности инсценируются беседы с врачом, в магазине, в аптеке, в гостях и т.п. Больной может быть ведущим в беседе о творчестве писателя, художника или композитора, при обсуждении художественного произведения, телепередач.

При более легких формах динамической афазии даются задания пересказать текст сначала при помощи развернутого вопросника, затем при помощи ключевых вопросов к отдельным абзацам текста, затем с опорой на план. Параллельно больной обучается составлять самостоятельные планы к текстам, сначала развернутые, затем краткие, свернутые, после чего, предварительно составив план, он пересказывает текст, незаглядывая в него. Таким образом, происходит интериоризация плана при пересказе прочитанного.

При грубой динамической афазии понимание ситуативной речи восстанавливается путем обсуждения различных событий дня. Затем логопед опять переключает внимание больного на новую тему, например о том, кто навещал его накануне.

Интонационно логопед выделяет предикат высказывания, собирая внимание больного на том или ином фрагменте. Позже ему предлагается выполнить как однозвеньевые, так и многозвеньевые инструкции.

По мере воспитания внимания больного к речи окружающих восстанавливается и ее понимание, уменьшаются трудности переключения

акустического восприятия с одной темы беседы на другую.

Параллельно с восстановлением экспрессивной, устной речи ведется работа по восстановлению в тексты пропущенных предлогов, глаголов, наречий; письменно составляются предложения по опорным словам, ответы на вопросы к текстам, пишутся сочинения по сериям картинок, заявления, доверенность на получение пенсии, письма знакомым и т.д.

Обсуждение. Логопед в процессе индивидуальной и коллективной работы с больными афазией модифицирует имеющиеся в арсенале дефектологии приемы и методы коррекционно-педагогической работы, привнося свой индивидуальный опыт. Во многом результаты коррекционно-педагогической работы зависят от настойчивости логопеда и больного, являющегося по существу сотрудниками в достижении одной цели: максимального восстановления речи на фоне лечения.

Таким образом, программы восстановления речи при разных формах афазии носят дифференцированный характер, но на раннем этапе после инсульта при ряде форм афазии для преодоления вторично нарушенной смысловой стороны речи используется близкие по характеру методические приемы.

Для решения задач коррекционно-педагогической работы при восстановлении речи у больных с афазией необходима предварительная неречевая работа с ними. В связи с системным характером афазических расстройств работа ведется над всеми сторонами речи с учетом специфики нарушения каждой речевой функции при разных формах афазии.

В процессе восстановительного обучения афазии перед логопедом ставится конкретная задача создания поэтапной программы в соответствии с индивидуальными особенностями и возможностями больного.

Литература:

1. Бейн Э.С. Афазия и пути ее преодоления. Л., 1964
2. Опель В.В. Восстановление речи при афазии./Методические указания/ Л., 1963
3. Проблемы афазии и восстановительного лечения. Под редакцией Л.С.Цветковой. 1975
4. Шохор-Троцкая М.К. Логопедическая работа при афазии на раннем этапе восстановления. М., 1972
5. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. М., 1962
6. Афазия и восстановительное обучение. Под редакцией Л.С.Цветковой, Ж.М.Глоzman. М., 1983

ПРИНЦИПЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ АФАЗИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ

Айтхожаева Р.А.

Городской центр патологии речи, г. Алматы

При восстановлении речи у больных с афазией необходимо использовать обходные пути для решения задач коррекционно-педагогической работы. В связи с системным характером афазических расстройств работа ведется над всеми сторонами речи с учетом специфики нарушения каждой речевой функции при разных формах афазии. В процессе восстановительного обучения при афазии ставится конкретная перспективная работа, которая ведется поэтапно в соответствии с индивидуальными особенностями и возможностями больного.

Ключевые слова: афазия, восстановление речи, обучение звукам.

ИНСУЛЬТ АЛҒАН НАУҚАСТАРДА АФАЗИЯНЫ ҚАЙТА ҚАЛПЫНА КЕЛТІРУ ҰСТАНЫМДАРЫ

Айтхожаева Р.А.

Афазиясы бар науқастарда сөйлеуді қайта қалпына келтіру кезінде олармен алдын ала сөйлеусіз жұмыстарын жүргізу керек және педагогикалық – түзету жұмысы тапсырмасын шешу үшін басқа жолдарды қолдану қажет.

Афазиялық бұзылыстардың жүйелік сипатына байланысты жұмыс афазияның әр түрлі формалары кезіндегі сөйлеудің барлық тараптарына әрбір сөйлеу қызметінің бұзылысын ескере отырып жүргізіледі.

Афазияны қайта қалпына келтіру оқуы барысында науқастың жеке ерекшеліктері мен мүмкіндіктеріне сәйкес кезеңді түрде жүргізілетін нақты перспективті жұмыс қойылады.

Түінді сөздер: афазия, сөйлеуді қайта қалпына келтіру, жеке дыбыстарына үйрету.

PRINCIPLES OF RECOVERY OF APHASIA IN STROKE PATIENTS

Aytkhozhaeva R.A.

It is necessary to use roundabout ways to solve correctional and teaching problems when restoring speech in patients with aphasia.

Due to the systemic character of aphasic disorders need to work on all aspects of speech considering specific disorders of each speech function in various forms of aphasia. During the rehabilitative training in aphasia it is put concrete perspective work which is being done in stages according to the individual characteristics and possibilities of the patient.

Key words: aphasia, rehabilitative training, sounds teaching

Актуальность. Большой вклад по разработке принципов и приемов преодоления афазии внесли Э.С. Бейн, М.К. Бурлакова (Шохор-Троцкая), Т.Г. Визель, А.Р. Лурия, Л.С.Цветкова. В понимание нарушения речи при афазии внесен как нейрофизиологией, так и нейропсихологией и нейролингвистикой.

Афазия – полная или частичная утрата речи, обусловленная локальным поражением головного мозга. Афазия – одно из наиболее тяжелых последствий мозговых поражений, при которой нарушаются все виды речевой деятельности.

Причинами их возникновения являются нарушения мозгового кровообращения (ишемия, геморрагий), травмы, опухоли, инфекционные заболевания головного мозга. Афазии сосудистого генеза чаще всего возникают у взрослых людей, а также нередко наблюдается у подростков и лиц молодого возраста, в результате разрыва аневризмы сосудов головного мозга, тромбоэмболий, вызванных ревматическим пороком сердца и черепно-мозговых травм. Афазии возникают примерно в

трети случаев нарушений мозгового кровообращения.

Сложность речевого расстройства при афазии зависит от локализации поражения (например, расположения очага поражения при кровоизлиянии в подкорковых отделах мозга позволяет надеяться на спонтанное восстановление речи), величины очага поражения, особенностей остаточных и функционально сохранных элементов речевой деятельности, при «левшестве». Реакция личности больного на речевой дефект и особенности преморбидного строения функции (например, степень автоматизации чтения) определяют фон восстановительного обучения.

В основе любой фонемы афазии лежит та или иная первично нарушенная нейрофизиологическая и нейропсихологическая предпосылка (например, нарушение динамического или конструктивного праксиса, фонематического слуха, апраксии артикуляционного аппарата и т.п., которая ведет к специфическому системному нарушению понимания речи, письма, чтения, счета и т.д.).

Цель. В логопедической работе по преодолению афазии используются общие дидактические принципы обучения: наглядность, доступность, сознательность и т.п. Однако в связи с тем, что восстановление речевых функции отличается от формирующего обучения, что высшие корковые функции уже говорящего и пишущего человека организованной несколько иначе, чем у начинающего говорить ребенка (А.Р. Лурия, 1969; Л.С. Выгодский, 1984).

Материалы и методы. Коррекционно-педагогическая помощь по преодолению афферентной моторной афазии опирается на включение сохранного зрительного и акустического контроля, а также контролирующей функции лобных отделов левого полушария у правой, в комплексе осуществляющих зрительный и слуховой анализ читаемого и воспринятого на слух речевого сигнала, необходим контроль за оптическим синтезом видимых элементов артикуляторного уклада.

Общими задачами коррекционно-педагогической работы при афферентной моторной афазии является преодоление нарушений кинестетического артикуляторного праксиса, что обеспечивает преодоление аграфии, алексии, нарушения понимания речи, а затем и восстановление развернутого устного и письменного высказывания.

Приемы работы определяются степенью речевого расстройства.

При грубо выраженной афферентной моторной афазии на начальном этапе коррекционно-педагогической работы задачами восстановительного обучения являются:

- 1) растормаживание или восстановление произносительной стороны речи;
- 2) преодоление нарушений понимания;
- 3) восстановление аналитического чтения и письма; стимулирование элементарной ситуативной речи.

При средней степени тяжести задачами коррекционно-педагогической работы являются:

- 1) закрепление артикуляционных навыков;
- 2) преодоление литеральных парафазий;
- 3) стимулирование экспрессивной речи, преодоление дефектов звуко-буквенного анализа состава слова и литеральных параграфий при записи слов;
- 4) преодоление экспрессивного и импрессивного аграмматизма: понимания значений и употребления предлогов, передающих пространственное отношение предметов.

При легкой степени выраженности афферентной моторной афазии задачами коррекционно-педагогической работы являются преодоление

остаточных артикуляторных трудностей при произнесении многосложных слов со стечением согласных, изжитие литеральных парафазий и параграфий, преодоление элементов экспрессивного и импрессивного аграмматизма.

Для решения этих задач при грубой афферентной моторной афазии используется глобальное, сопряженное произнесение – чтение автоматизированных речевых рядов их списывание и чтение про себя, а затем зрительный диктант и чтение вслух фраз на темы дня, чтение и запись под диктовку отдельных букв, складывание из разрезной азбуки слов в активную речь.

При относительно сохранном чтении про себя и некоторой сохранности письменной речи формируется восстановление письменной речи при составлении фразы по сюжетным картинкам.

Для преодоления апраксии артикуляционного аппарата используется зрительно-слуховой имитационный прием. Вся работа по методу имитации звуков исключает пользование зеркалом, зондами, шпателями, так как они при афазии увеличивают степень произвольности движения, усугубляют артикуляционные трудности больных.

Перед вызовом того или иного звука больному предлагается выполнить неречевые движения языка, губ, щек, мягкого неба в смысловой, «игровой», имитирующей эти движения форме, т.е. преодолевается оральная апраксия. Вызов звуков начинается с имитации доступных звуков, как правило, губных и переднеязычных.

Целесообразно начинать с вызова контрастных гласных фонем «а» и «у». Для их дифференциации логопед рисует в тетради большого большого и узкий кружочки или широко и узко раскрытые губы и учит его имитировать эти звуки, затем присоединяет звуки «м» и «в».

Вызов звуков должен быть «подчинен» следующим условиям:

-нельзя одновременно вызывать звуки одной артикулярной группы;

-звуки должны вводиться не в существительные в именительном падеже, а в слова и фразы, необходимые для общения. Например, «да», «нет», «вот», «буду», «хочу» и т.п.

При грубой афферентной моторной афазии для более быстрого перевода больного от зрительной имитации звука («чтение с губ») к самостоятельному – произнесению звуков в процессе чтения не сложных слов. Для этого используется расстановка над буквами надстрочных знаков.

Использовать надстрочные знаки при афферентной моторной афазии предлагал А.Р. Лурия (1948). Их использование облегчает больному переход от

зрительного восприятия артикуляционного уклада звука, произносимого сопряжено с логопедом, к чтению простейших слов, затем фраз и текстов. Эта самая тяжелая форма афазии, как у правшей, так и у левшей успешно преодолевается в течение 2-3 лет и в большинстве случаев, при адекватной установке на значительное восстановление артикуляционной стороны речи, больные возвращаются к активной работе. Логопед не говорит ему о столь долгих сроках восстановительного обучения, чтобы не вызвать у больного депрессию.

В целях закрепления артикуляционных навыков при освоении новых звуков логопед должен многократно повторять предыдущий материал, сокращая употребление надстрочных знаков по мере преодоления у больного апраксии артикуляционного аппарата. Для окончательного ее преодоления весь пройденный материал надо повторить два-три раза.

По мере преодоления апраксии артикуляционного аппарата переходят к сопряженному и отраженному произнесению фраз обиходно – бытового характера по картинкам, стимулируя самостоятельную речь больного.

Восстановление ситуативной, разговорной речи является одной из первоочередных задач как начального этапа коррекционно-педагогической работы, так и при средней степени тяжести афферентной моторной афазии.

Восстановленные звуки вводятся в слова и фразы с учетом общения в быту, такие как «хорошо», «буду», «завтра», «сегодня», «утром», «у меня был врач», «я уже ел» и т.п.

По мере возникновения ситуативной диалогической речи начинается восстановление монологической речи. Основной ее целью является расширение «словаря» больного, предупреждение аграмматизма, развитие развернутого устного и письменного высказывания, подготовка свободной диалогической речи. Больной овладевает схемой прямого и инвертированного построения фразы по сюжетной картинке, планом высказывания по серии сюжетных картинок. По мере восстановления звукобуквенного анализа состава слова больного переводят с устного составления фраз по картинкам к письменному для фиксации достижений больного. Письменная речь оказывается опорой для восстановления устного высказывания.

На резидуальной стадии коррекционно – педагогической работы, т.е. если с больным в течение длительного времени не проводились логопедические занятия, восстановление чтения и письма начинается с первого же занятия с преодоления артикуляторных трудностей. Каждый

проговариваемый звук (слова, фраза) читается сначала сопряжено с логопедом, затем самостоятельно. Большая роль в восстановлении чтения и письма отводится зрительным диктантом отдельных слов, словосочетаний и коротких предложений.

При грубой афферентной моторной афазии для восстановления анализа состава слова используется разрезная азбука, вписывание пропущенных «букв» в «слово и фразу».

При афферентной моторной афазии для преодоления грубых артикуляторных расстройств – это длительный процесс (от 3 месяцев до 1 года). Однако остаточные явления нарушения звукопроизношения наблюдается и тогда, когда у больного афферентная моторная афазия становится средней легкой степени тяжести.

Обсуждение. При афферентной моторной афазии средней степени тяжести основное внимание уделяется преодолению аграфии и аграмматизма. Больному предлагаются зрительные слуховые диктанты, особое внимание уделяется словам со стечением согласных, вписыванию пропущенных в слове слогов, в предложении слов. Преодолению аграмматизма содействует использование схемы предлогов, схемы окончаний существительных (в основном в родительном и винительном падежах). Особого внимания требует работа с предлогами, состоящими из одного звука: «в», «с», «к». В связи с тем, что они сливаются со словом, образуя дополнительное стечение согласных, и с трудом поддаются слуховому анализу больных с афферентной моторной афазией.

При легкой афферентной моторной афазией преодолеваются артикуляторные трудности в произнесении аффрикатов, стечений согласных, звука «р», закрепляется слуховой контроль больного за своей речью в целях преодоления литеральных парафазий и аграмматизма, постепенно убыстряется темп произношения в пословицах, поговорках, скороговорках, при пересказе прочитанного и в рассказе по сериям сюжетных картинок, репродукциям картин художников, осваивается профессиональная лексика больного. Больной пишет тексты по сериям картинок и открыток.

При грубых нарушениях экспрессивной речи основное внимание уделяется восстановлению фонематического слуха, ориентации в пространстве, уточнению значений предлогов, наречий, пониманию личных местоимений в косвенных падежах, антонимов, синонимов.

На более поздних этапах, когда можно опираться на чтение и письмо, производится преодоление импрессивного аграмматизма.

Таким образом, при восстановлении речи у больных с афазией необходимы предварительная неречевая работа с ними, использование обходных путей для решения задач коррекционно-педагогической работы.

В связи с системным характером афазических расстройств работа ведется над всеми сторонами

речи с учетом специфики нарушения каждой речевой функции при разных формах афазии. В процессе восстановительного обучения при афазии ставится конкретная перспективная работа, которая ведется поэтапно в соответствии с индивидуальными особенностями и возможностями больного.

Литература:

1. Бейн Э.С. Афазия и пути ее преодоления. Л., 1964
2. Опель В.В. Восстановление речи при афазии./Методические указания/ Л., 1963
3. Проблемы афазии и восстановительного лечения. Под редакцией Л.С.Цветковой. 1975
4. Шохор-Троцкая М.К. Логопедическая работа при афазии на раннем этапе восстановления. М., 1972
5. Лурия А.Р. О патологии грамматических операций. АПН РСФСР, 1946
6. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. М., 1962

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА СИЛОВОЙ КИНЕЗИТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ВЕРТЕБРОГЕННЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ

Н.А.Бабина, Н.В.Соломатина

Центр силовой кинезитерапии «Кук энд Кук», г. Пермь

ГБОУ ВПО ПГМА имени академика Е.А. Вагнера Минздравсоцразвития России,

Кафедра спортивной медицины и реабилитологии с курсом геронтологии, г. Пермь

Цель исследования: оценить эффективность метода силовой кинезитерапии у больных пожилого и старческого возраста с дорсалгией.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 67 пациентов с дорсалгиями, которым были проведены курсы силовой кинезитерапии.

Результаты: отмечается эффективность метода силовой кинезитерапии в купировании дорсалгий у лиц пожилого возраста.

Закключение: результаты исследования свидетельствуют об эффективности применения метода у лиц пожилого и старческого возраста.

Ключевые слова: дорсалгия, силовая кинезитерапия, старческий возраст.

ЕГДЕ ЖАСТАҒЫ ТҰЛҒАЛАРДА ВЕРТОБРОГЕНДІ ҚАТЕРЛІ СИНДРОМНЫҢ ОҢАЛТУЫНДА КҮШ БЕРЕТІН КИНЕЗИТЕРАПИЯ ӘДІСТІҢ ҚОЛДАНУЫНДА ТӘЖІРИБЕ

Н.А.Бабина, Н.В.Соломатина

«Кук энд Кук» күш беретін кинезитерапия орталығы, Пермь қаласы.

«Академик Е.А.Вагнер атындағы Перм мемлекеттік медициналық академиясы» жоғарғы кәсіби білімінің мемлекеттік бюджеттік білім беретін мекемесі, Ресейдің денсаулық сақтау министрлігінің әлеуметтік дамуы, Спорт медицина және реабилитология кафедрасының геронтология курсымен бірге, Пермь қаласы

Зерттеудің мақсаты: дорсалгиясы бар егде және қарт жас шамасының ауруларында күш беретін кинезитерапия әдістің тиімділігін бағалау.

Материалдар және әдістер: күш беретін кинезитерапия курсына жүргізілген дорсалгиялары бар 67 емделушілер бақыланды.

Нәтижелер: күш беретін кинезитерапия әдістің тиімділігі егде жастағы тұлғаларда дорсалгияның жойылуын атап көрсетті.

Қорытынды: зерттеу нәтижелері егде және қарт жас шамасы тұлғаларында әдістің қолдануының тиімділігі растайды.

Түйінді сөздер: дорсалгия, күш беретін кинезитерапия, қарт жас.

EXPERIENCE OF USING THE METHOD OF THE POWER KINESIOTHERAPY IN REHABILITATION OF THE ELDERLY WITH PAIN VERTEBROGENIC SYNDROME

www.kaznmu.kz

N.A.Babina, N.V.Solomatina

Center of power kinesiotherapy "Kuk and Kuk", Perm

Perm State Medical Academy named after academician E.A. Wagner's, Ministry of Health and Social Development of Russia, Department of Sports Medicine and Rehabilitation Course Gerontology, Perm

Aim: to estimate the efficacy of using kinesiotherapy in the treatment of back and neck pain in elderly patients.

Material and methods: 67 elderly patients with neck and back pain were examined and were treated using kinesiotherapy.

Results: the efficacy of using kinesiotherapy in elderly patients has been demonstrated.

Conclusion: kinesiotherapy is effective in the complex therapy back and neck pain in elderly patients.

Keywords: back and neck pain, kinesiotherapy, elderly patients.

Боль в спине, или дорсопатия, связана с дегенеративными заболеваниями позвоночника, диагностируется в течение жизни у 80% населения, а к старости почти все жители планеты испытывают ее. Более того, в пожилом возрасте она имеет четкую тенденцию к хронизации и более частые повторные эпизоды. Дорсопатия остается ведущей причиной обращения за медицинской помощью, снижает качество жизни больных, значительно увеличивает затраты здравоохранения на дорогостоящую диагностику, лечение и реабилитацию. Патологические изменения, являющиеся источником боли у лиц пожилого и старческого возраста, развиваются практически в любой из структур позвоночника [4].

Современные данные о патогенезе развития болевого синдрома в области спины и дегенеративно-дистрофических изменениях самого позвоночного столба при остеохондрозе и дорсопатиях свидетельствуют о том, что одним из важнейших факторов развития также являются мышечно-тонические нарушения, связанные с изменениями двигательного стереотипа современного человека. Поэтому использование методов физической реабилитации является одним из главных направлений патогенетического лечения данной патологии [3].

Цель исследования – оценка эффективности использования силовой кинезитерапии при дегенеративных поражениях позвоночника у пациентов пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы. Анализ подверглись результаты лечения и наблюдения 67 пациентов пожилого и старческого возраста, посещавших центр силовой кинезитерапии «Кук энд Кук» в течение 2012 года, из них лиц 60-69 лет – 49 (23 женщины, 26 мужчин), 70-79 лет – 16 человек (12 женщин, 4 мужчины), старше 80 – 2 женщины. Все пациенты обратились в центр с жалобами на боли в спине различных локализаций. Жалобы на боли, преимущественно в поясничном отделе позвоночника предъявляло 19 (28,3%) обследуемых (в том числе 9 (13,4%) человек с люмбоишалгиями), преимущественно в шейном отделе позвоночника – 2 (2,9%), преимущественно

в грудном отделе – 5 (7,5%), жалобы на цервикалгии в сочетании с люмбалгиями предъявляло 21(31,3%) чел., жалобы на распространенные боли на всем протяжении позвоночника – 20 (29%) чел.

По данным МРТ у 19 (28,3%) обследуемых обнаружены грыжи межпозвонкового диска (ГМПД) в поясничном отделе позвоночника (наиболее часто встречающаяся локализация L4-L₅-S₁), у 5 (7,5%) обследуемых ГМПД шейного отдела позвоночника, в 2 (2,9%) случаях наблюдалась рентгенологическая картина стеноза позвоночного канала, у 27 (40,3%) обследуемых обнаружены протрузии межпозвонковых дисков (преимущественно поясничного отдела позвоночника).

Все пациенты имели те или иные хронические заболевания внутренних органов, а так же опорно-двигательного аппарата. Со стороны опорно-двигательного аппарата у пациентов наблюдались установленные (по клинической картине, рентгенологическим исследованиям) артрозы различной локализации: гонартроз – у 19 (28,4%) чел., коксартроз – 14 (20,9%) (в т.ч. 1 чел после одностороннего эндопротезирования тазобедренного сустава), плечелопаточный периартрит – 39 (58,2%) чел. Из сопутствующих заболеваний у пациентов встречались: артериальная гипертензия 1-2 степени – 40 (59,7%) чел, ишемическая болезнь сердца – 5 (7,5%) чел, сахарный диабет – 2 (2,9%) чел, хронический обструктивный бронхит – 5 (5,7%) чел., избыточная масса тела (ИМТ > 25 (с учетом показателей процентного содержания жировой ткани с использованием биоимпедансного анализа) – 27 (40,3%) чел., ожирение 1-2 ст (ИМТ > 30) - 20 (29%) чел, 3 ст (ИМТ>40) -1 (1,5%) чел.

В работе были использованы следующие методы исследования: клиническое неврологическое обследование, КТ (МРТ), тестирование на тренажерах, определение силы мышц спины и брюшного пресса. В качестве лечебного воздействия использовался метод силовой кинезитерапии. Это современный метод лечения заболеваний позвоночника и суставов при помощи

методов и средств силовой тренировки. В центре силовой кинезитерапии «Кук энд Кук» врачом И.И. Кук разработан метод лечения заболеваний опорно-двигательного аппарата, включающий в себя упражнения на тренажерах, упражнения со свободными отягощениями, упражнения на растяжения мышц, упражнения с использованием постизометрической релаксации.

Методика имеет свои особенности, а именно: систематичность занятий (3 раза в неделю), индивидуальный подбор упражнений под каждого пациента с учетом основного диагноза и сопутствующей патологии, врачебный контроль (регулярные плановые врачебные осмотры - 2 раза на 1 цикле и в конце каждого последующего цикла), дозирование нагрузки в зависимости от диагноза, возраста, состояния пациента и наличия сопутствующей патологии. Лечебный процесс включает в себя 2 курса - основной и поддерживающий. Основной курс состоит из 3-х циклов, каждый из которых включает по 12 занятий. Для выполнения ряда упражнений И.И. Кук разработал и запатентовал специальные тренажеры: тренажер постизометрической релаксации, торсионный тренажер, гидравлический тренажер [2].

Результаты. По данным опроса после проведения курса кинезитерапии 44 (65,6%) пациента отметили улучшение самочувствия по сравнению с состоянием до начала лечения. 52 пациента после прохождения 1 курса кинезитерапии продолжили лечение на поддерживающих циклах, из них 17 продолжают занятия более 6 мес., 15 чел – более 1 года, 14 чел – более 2 лет (наблюдаются в центре «Кук энд Кук» с 2010 года). 12 (17,9%) человек из наблюдаемых прекратили занятия в течение 1-го цикла. После прохождения поддерживающих циклов (2-го, 3-го) 46 (68,7%) чел. отмечают значительное улучшение состояния, уменьшение болевого синдрома, увеличение подвижности и

амплитуды движения в пораженных отделах позвоночника, исчезновение утренней скованности. Полностью купирован болевой синдром у 23 (34,3%) чел.

В результате регулярных тренировок у всех пациентов улучшилось качество жизни. 35 чел (87,5%) с диагностированной артериальной гипертензией отмечают нормализацию показателей АД, у 13 чел. (27%) (с избыточным весом) после прохождения 1-го цикла уменьшился ИМТ. Стабилизировался эмоциональный фон. Нормализовался сон. Повысилась работоспособность, снизилась утомляемость.

Целесообразность использования методики кинезитерапии подтверждается работой центра кинезитерапии С.М. Бубновского [1]. В отличие от центра кинезитерапии С.М. Бубновского центр «Кук энд Кук» использует в своей работе упражнения со свободными отягощениями, что позволяет пациентам быстрее адаптироваться в быту.

Упражнения на специально разработанных и запатентованных тренажерах постизометрической релаксации позволяют дозировать нагрузку на этих тренажерах и влиять положительно на механизмы контроля и регуляции тонуса мышц [2].

Выводы. Таким образом, применение метода силовой кинезитерапии, разработанного в центре силовой кинезитерапии «Кук энд Кук», в реабилитации лиц пожилого возраста с вертеброгенным болевым синдромом является эффективным, позволяет снизить количество используемых фармакологических препаратов (в том числе и для сопутствующей патологии). Также следует отметить, что метод силовой кинезитерапии имеет системное воздействие и позволяет улучшить общее самочувствие больных за счет нормализации артериального давления, нормализации массы тела, повышения эмоционального фона.

Литература:

1. Бубновский С.М. Руководство по кинезитерапии. Лечение боли в спине и грыж позвоночника. Изд. 2-е, дополн.: М., 2004. — 112 с.
2. Кук И.И., Тляшева Л.Г., Соломатина Н.В., Черкасова В.Г. Метод силовой кинезитерапии в реабилитации спортсменов с грыжами межпозвонковых дисков пояснично-крестцового отдела позвоночника: опыт применения. Традиции и инновации в спорте, физической культуре и спортивной медицине: ПермСпортМед – 2012: сб. матер. Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием; 23–25 мая 2012 г.; г. Пермь, Россия /под ред. Е.В. Старковой, Т.А. Поляковой; Перм. гос. пед. ун-т; Перм. гос. мед. академия. – Пермь: ИПК «ОТ и ДО», 2012. — 250 с.
3. Стариков С. М., Поляев Б. А., Болотов Д. Д Физическая реабилитация в комплексном лечении больных с дорсопатиями: монография; М-во здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Гос. образовательное учреждение дополнительного проф. образования, Российская мед.акад. последипломного образования. - Москва: РМАПО, 2011 - 138 с.
4. Цурко В. Боль в спине у пожилых. Клин. геронтол. 2006; 2: 3–10.

ОРТЕЗНАЯ ТЕХНОЛОГИЯ В КОРСЕТИРОВАНИИ ПО МЕТОДУ ШЕНО ПРИ ДЕФОРМАЦИЯХ ПОЗВОНОЧНИКА

*Булекбаева Ш.А., Мухаметжанов Б.Ж., Сейсембеков Т.А., Сатжанов А.Б.
АО «Республиканский детский реабилитационный центр»,
г. Астана, Республика Казахстан.*

Ортезирование позвоночного столба является эталоном лечения и реабилитации при деформациях позвоночного столба.

Ключевые слова: корсет Шено, ортезирование, сколиоз.

ШЕНО ӘДІСІ БОЙЫНША ОМЫРТҚАНЫ ОРТЕЗДЕУ

Булекбаева Ш.А., Мухаметжанов Б.Ж., Сейсембеков Т.А., Сатжанов А.Б.

Омыртқа бағананы ортездеу омыртқа деформацияларын емдеуде және оңалтуда алғашқы қатардағы орындарда.

Кілтті сөздер: Шено корсеті, ортездеу, сколиоз

ORTHESIS TECHNOLOGY IN CORSETING BY THE METHOD OF CHENEAU IN DEFORMATIONS OF THE SPINE COLUMN

Bulekbayeva S.A., Mukhametzhonov B.Zh., Seysembekov T.A., Satzhanov A.B.

JSC "National Children's Rehabilitation Center"

Astana, Kazakhstan.

Orthotics of a spine column is a treatment and rehabilitation standard at deformations of a spine column.

Key words: Cheneau brace, orthotic, scoliosis.

Введение

Данный метод корсетотерапии в реабилитации детей и подростков является в Казахстане инновационным, так как ранее ортезирование позвоночного столба по методу Шено не проводилась.

Проблема реабилитации больных сколиозом является одной из наиболее сложных в современной ортопедии. Это объясняется не только возрастающей частотой больных с данной патологией, но и отсутствием комплексного, патогенетически дифференцированного подхода к реабилитации, а так же низкий охват корсетировании этой сложной категории пациентов. Инвалидность вследствие сколиоза, по данным литературы, колеблется от 5 до 12%. Как правило, инвалидность вследствие сколиоза наступает в детском и подростковом возрасте, что обуславливает большую социальную значимость изучаемой проблемы.

Несмотря на обилие методов консервативного лечения, базисом терапии деформации позвоночника является рациональное ортезирование, являющееся методом направленной компенсации нарушений биомеханических функций позвоночника при сколиозах.

Многообразие используемых конструкций корригирующих ортезов свидетельствует о том, что проблема ортезирования больных со сколиозом также далека от решения. Сложность медико-социальной проблемы деформаций позвоночника подчеркивается не достаточной проработкой

алгоритмов консервативного лечения и системы диспансерного наблюдения, что зачастую приводит к необходимости применения хирургических вмешательств. Данные факты в своем большинстве связаны с нерационально применяемой консервативной терапией, когда средства ортезирования применяются на слишком поздних стадиях развития заболевания, где их эффективность является минимальной.

Цель исследования

Изучить результаты ортезирования позвоночника при деформациях позвоночного столба с применением корсета Шено и оценить их эффективность.

Материал и методы исследования

Нами проанализированы результаты ортезирования 62 пациентов с прогрессирующей нефиксированной сколиотической деформацией II-IV степени тяжести в возрасте от 3 до 18 лет, проходивших ортезирование в ТОО «Ортезист» с 2011.

При обследовании пациентов использовались клинический, рентгенологический, биомеханический (компьютерная динамометрия, стабилметрия), статистический, аналитический методы исследования.

Коррекция деформации позвоночного столба всем детям проводилась при помощи корсетов типа Шено. Целью ортезирования являлась нормализация баланса позвоночного столба и таза, коррекция позвоночного столба, грудной клетки, а так же обеспечение механической стабильности достигнутой коррекции.

Показаниями для ортезирования туловища при деформациях по методике Шено являлись: дуга искривления от 15°; торсия позвонков второй степени при дуге менее 15°; тест Риссера 0-5-й степени; возраст до 18 лет.

Изготовление активно корригирующего корсета проводилась для каждого пациента по индивидуальному гипсовому слепку, в соответствии с клиническими, топографическими и рентгенологическими данными. Конструкция ортеза на позвоночник и принцип коррекции сколиотической деформации отвечала диагнозу

конкретного пациента, типа деформации и медицинскому назначению врача. Всем пациентам проводилась компьютерная динамометрия выпуклостей сколиотических дуг комплексом «Para Logg» на предмет мобильности позвоночника, а так же после корсетирования, чтобы оценить степень давления пелотов корсета типа Шено.

Среди пациентов преобладали девочки - 51 (82%), а мальчики – 11(18%). Более 50% пациентов были старше 12 лет. Средний возраст исследуемых составил 13,4±4,6 год.

Таблица 1 – Распределение пациентов по полу

Пол	Мальчики	Девочки
N	11 (18%)	51 (82%)

Таблица 2 – Распределение пациентов по возрасту

Возраст	3-7 лет	7-10 лет	10-12 лет	Старше 12 лет
N	8(13%)	6 (9,6%)	15 (24,4%)	33 (53%)

Таблица 3 – Распределение пациентов по степени искривления позвоночника

Степени сколиозов	II	III	IV
N	40(64%)	20 (33%)	2 (3%)

Преобладали пациенты в основном II-III степени деформации. Вторую степень деформации

наблюдали у 40 (64%), третью – у 20 (33%), IV – у 2 (3%) детей.

Таблица 4 – Распределение больных по форме сколиоза

Форма сколиоза	С 4-мя дугами («S» образная)	С 3-мя дугами («C» образная)
N	55 (88%)	7 (12%)

По классификацию Шено сколиозы с 4-мя дугами отмечены у 55(88%) пациентов, с 3-мя дугами – у 7(12%) пациентов. Данные формы сколиоза учитывались для изготовления того или иного индивидуального корсета.

Результаты и их обсуждение

Проведенное клиническое обследование, данные рентгенографии, компьютерной динамометрии комплексом «Para Logg», лазерометрии на аппарате «LAZAR», до и после корсетирования показали эффективность применение соответствующей конструкции.

Таблица 5 – Средняя величина одномоментной коррекции в корсете по возрасту

Возраст	3-10 лет	10-16 лет	старше 16 лет	средняя величина
Величина коррекции	48%	42%	29%	40%

Одномоментная коррекция дуги искривления у пациентов составляла от 0° до 31° (0-90%). Средняя величина коррекции всех возрастных групп

составляла 40% от изначальных величин деформации. Рентгенологические данные на рисунках 1-3.

Таблица 6 – Средняя величина одномоментной коррекции в корсете по степени деформации

Степени сколиозов	II	III	IV
Средняя величина коррекции	23° (42%)	20° (34%)	19° (28%)

Приведенная выше таблица 6 подтверждает, что начальные деформации лучше поддаются коррекции, величина коррекции более выражена и

преобладает у пациентов с невысокими степенями деформации и мобильными дугами.

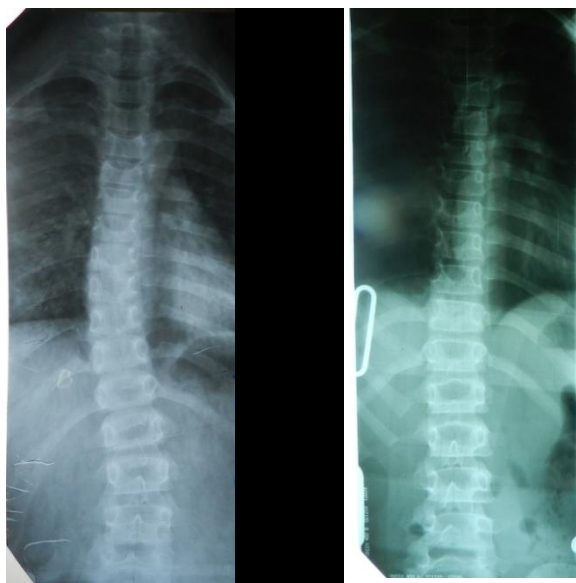


Рисунок 1 – Пациент Б., 11лет.

Коррекция дуги в корсете на 90% от изначальной величины



Рисунок 2 – Пациент С., 13лет.

Коррекция дуги в корсете на 95% от изначальной величины



Рисунок 3 – Пациент К., 14лет. Коррекция дуги в корсете на 43% от изначальной величины.

Таблица 7 – Средняя величина одномоментной коррекции в корсете по степени формирования скелета

Тест Риссера	0-I	II-III	IV-V
Степень коррекции	(32%)	(26%)	(18%)

Степень мобильности, а так же величина первичной коррекции взаимосвязаны со степенью окостенения скелета по тесту Риссера.

Таблица 7 – Степень давления пелотов до и после корсетирования

Степень давления	отличное (0,9>)	хорошее (0,9-1)	удовлетворительное (1,1<)
Количество пациентов	40(64,5%)	17(27,4%)	5(8%)

У 40 пациентов степень давление пелотов было отличным, 17 пациентам пелот давил хорошим результатом, а у 5 пациентов пелот давил удовлетворительно, то есть корсет имел характер поддерживающего воздействия.

Выводы

Получаемые нами результаты свидетельствуют о том, что ортезирование позвоночного столба с помощью корсетов типа Шено является эффективным методом коррекции позвоночника. Использование диагностического комплекса дополняющими друг друга методами позволяет

более объективно и эффективно проводить оценку результатов лечения сколиоза у детей корсетным методом и одновременно с этим дает возможность документально и наглядно отразить состояние коррекции. А так же эффективность консервативного лечения сколиоза с помощью ортезов на позвоночник зависит от правильного диагностирования заболевания, соответствующего медицинского назначения конструкции изделия в зависимости от типа деформации, качественного изготовления и подгон ортеза согласно требованиям конкретного пациента.

Литература:

1. Дубоносов Ю. В., Мушкин А. Ю. Анализ результатов комплексного обследования детей при корсетном лечении сколиоза// Инновационные аспекты научно-исследовательских разработок в области вертебрологии, травматологии и ортопедии, нейрохирургии, нейроонкологии 2010г.

2. Михайловский М.В., Шуц С.А., Садовая Т.Н.//Проблема механической коррекции сколиотической деформации в комплексе консервативного лечения//Хирургия позвоночника - 2004г. - №4.
3. Carr W.A., Moe J.H., Winter R.B., Lonstein J.E., Treatment of idiopathic scoliosis in the Milwaukee brace// J.Bone Jt. Surg. – 1980.V62.-A – P.599-612.
4. Emans J.B., Kaelin A. Boston bracing system for idiopathic scoliosis// Spine. – 1986. –V.11, N.12. – P.230-237.
5. Lonstein J.E., Karlson J.M. The prediction of curve progression in untreated idiopathic scoliosis during growth//J.Bone Jt.Surg. – 1984. V.66-A – P.106.

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПОСТИНСУЛЬТНЫХ БОЛЬНЫХ В РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Избасарова А.Ш

Казахский национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова, г. Алматы

В клинике было проведено обследование больных, перенесших ишемический инсульт, и обсуждена дальнейшая их реабилитация в остром периоде. Нами выявлены двигательные, речевые и когнитивные нарушения, которые выделили в отдельные группы. Мы охарактеризовали проблему для решения вопроса вторичной профилактики повторных церебральных сосудистых катастроф, встречающиеся чаще в молодом возрасте. Необходимо создать регистр мозгового инсульта в городе Алматы; стандартизировать диагностические критерии мероприятий по разработке протоколов лечения и реабилитации ишемического инсульта.

Ключевые слова: реабилитация ишемического инсульта; афазия; когнитивные расстройства.

ИНСУЛЬТТАН КЕЙІНГІ НАУҚАСТАРДЫ ЕРТЕ КЕЗЕҢДЕ ҚАЛПЫНА КЕЛТІРУ РЕАБИЛИТАЦИЯСЫ

Избасарова А.Ш.

С.Ж.Асфендияров атындағы ҚазҰМУ, Алматы қ.

Клиникада ишемиялық инсульт алған науқастарды зерттеу жүргізілген, және жедел кезеңде оларды реабилитация жүргізілді. Біз науқастардан қозғалыстың, сөйлеудің бұзылыстарын және когнитивті бұзылыстарды анықтап топтарға бөлдік. Біз жиі жас кезде кездесетін қайта церебралды қантамырлық катастрофаның екіншілік алдын алу сұрақтарын шешу үшін арналған мәселені сипаттадық. Алматы қаласында ми инсультін регистр жасау қажет; ишемиялық инсульттің реабилитациясы мен емдеу хаттамаларын қайта құрастыру бойынша іс шаралардың диагностикалық критериилерін стандарттау.

Түйінді сөздер: ишемиялық инсульттің реабилитациясы; афазия; когнитивті бұзылыстар.

REHABILITATION OPPORTUNITIES IN POST-STROKE PATIENTS IN EARLY RECOVERY PERIOD.

Izbassarova A.Sh.

Kazakh National Medical University named after S.D.Asfendiyarova, Almaty

We made a survey of patients with ischemic stroke, and discussed their further rehabilitation in the acute period. We found a motor, speech and cognitive impairment, which we specialized into separate groups. We describe the problem to resolve the issue the secondary prevention of recurrent cerebral vascular accidents occurring more frequently in younger age. It is need to create a registry of stroke in Almaty, standardize diagnostic criteria of measures for development of protocols of treatment and rehabilitation of ischemic stroke.

Keywords: rehabilitation of ischemic stroke, aphasia, cognitive disorders.

Актуальность.

Цереброваскулярные расстройства – наиболее распространенные патологические состояния в неврологической практике. Статистические данные свидетельствуют, что частота цереброваскулярных заболеваний в XXI веке увеличилась во многих странах в 2-2,5 раза. В настоящее время

зарегистрировано около 3 млн больных цереброваскулярными заболеваниями, в течение последних 10 лет распространенность данной патологии увеличилась в 2 раза. Смертность от сосудистых заболеваний мозга в экономически развитых странах составляет от 12% до 25% от общей смертности [1,2].

Изучение инсультов у населения определяется высокой инвалидизацией и смертностью после перенесенного заболевания. С учетом прогрессирующего старения населения планеты эта проблема остается актуальной. По данным исследований на каждые 100 тысяч населения приходится 600 больных с последствиями инсульта, из которых больше половины остается инвалидами [3, 4].

Активная реабилитация в постинсультном периоде позволяет вернуть к труду и снизить степень инвалидности больных, перенесших мозговой инсульт.

Обобщение опыта лечения больных с сосудистыми поражениями центральной нервной системы показывает недостаточную эффективность традиционных лечебных воздействий, которые преимущественно включают медикаментозную терапию и физиотерапию. Развившиеся тяжелые функциональные дефекты, длительные сроки стационарного и амбулаторного лечения, а в итоге инвалидность способствуют формированию неврологических синдромов, способствующих социальной и психологической дезадаптации больных. Широкое использование различных методов восстановительного лечения значительно повышают уровень социально-психологической адаптации больных, способствующие восстановлению их социального статуса и улучшению качества жизни [9].

Проводимые реабилитационные мероприятия разрабатываются индивидуально и подбираются в зависимости от клинических проявлений болезни и психологического состояния больного, периода заболевания, этапа реабилитации, клинико-социальных исходов. Для реабилитации неврологических больных с сосудистой патологией головного мозга целесообразно разработать программу поэтапной реабилитации в условиях специализированных стационарных и поликлинических реабилитационных центров, где должны быть отработаны виды и методы реабилитационного лечения.

Целью настоящего исследования является: оценить реабилитационные возможности раннего восстановительного периода ишемического инсульта соответственно выявленным синдромам.

Материал и методы.

Нами в исследование были включены 15 пациентов от 30 лет до 70 лет (средний возраст составил – 45 лет), перенесших ишемический инсульт с 2010 г. по 2011 г. В остром периоде заболевания больные обследовались и лечились в инсультном отделении, неврологическом отделении клиник города Алматы.

Для изучения особенностей восстановительного периода ишемического инсульта использовались следующие методы: анализ данных анамнеза заболевания и жизни с использованием «Карты стационарного больного инсультом»; клиническо-неврологическое обследование больных; осмотр логопеда-афазиолога; нейропсихологическое тестирование по адаптированной методике.

А.Р.Лурия с оценкой параметров внимания по таблице Шульте, оценкой памяти – проба 10 слов.

У больных, перенесших ишемический инсульт, выявлены двигательные, речевые и когнитивные нарушения, что укладывается в симптомокомплекс синдрома средней мозговой артерии. Больных мы разделили на 3 группы (синдром двигательных нарушений, синдром нарушения речи и нейропсихологический синдром) по преобладанию синдромов, которые обработали и систематизировали.

Результаты и обсуждение.

В результате диагностической оценки 15 пациентов, перенесших ишемический инсульт, полное восстановление отмечалось в 2 (14%) случаях, неврологический дефицит был выявлен у 13 (87%) пациентов, из них 6 (40%) имели афазию. Для оказания реабилитационной помощи в раннем восстановительном периоде у больных нами была систематизирована неврологическая симптоматика.

Основными неврологическими последствиями в раннем постинсультном периоде являются чаще двигательные, нейропсихологические, речевые расстройства.

«Синдром двигательных нарушений», выявленный у больных, перенесших ишемический инсульт, отмечался у 10 (67%) больных. В этой группе представлены больные с таким симптомом как гемипарез, характеризующийся спастичностью мышц, гиперрефлексией, появлением патологических рефлексов и приводящий к утрате наиболее тонких произвольных движений. Повышение мышечного тонуса существенно влияет на процесс восстановления нарушенных функций и препятствует реализации сохранных двигательных актов. Мы пытались добиться снижения мышечного тонуса только в тех случаях, когда спастичность существенно снижала уровень жизни больного или сопровождалась болевым синдромом. При этом мы учитывали тот факт, что повышение тонуса мышц-разгибателей ног служит положительным фактором, облегчающим стояние и ходьбу больного.

В зависимости от локализации и степени спастического паралича, мы подбирали методы воздействия индивидуально с учетом комплекса лечебных мероприятий по устранению

спастичности у больных с синдромом двигательных нарушений, включая медикаментозные средства, физиотерапевтические процедуры, массаж, лечебная гимнастика (кинезотерапия проводилась в специализированном оснащенном зале).

Двигательные нарушения характеризовались хорошим восстановлением (в течение месяца) только у 2 больных (20%), т.к. течение заболевания протекало по типу малого инсульта. При длительном наблюдении у 5 больных с сохраняющимся гемипарезом сформировались тугоподвижность в плечевых, коленных и голеностопных суставах, а у 2 больных – развилась контрактура в коленных и голеностопных суставах. При этом 5 больных утратили навыки самообслуживания, что требует посторонней помощи от медицинского вспомогательного персонала, а в дальнейшем помощь будет необходима родственников и близких.

С первых дней инсульта, соблюдая условия лечения положением, стали применять элементы дыхательной гимнастики. В последующие дни мы начинали активные реабилитационные мероприятия, а в первую очередь – активные упражнения, т.е. переход в вертикальное положение, вставание, статические нагрузки, которые проводились индивидуально под наблюдением инструктора, и зависели от общего состояния больного, его гемодинамики, степени выраженности инсульта и сопутствующих заболеваний.

В другую группу вошли 10 (67%) больных с синдромом нарушения речи, которые впоследствии наблюдались у афазиолога.

Логопедом-афазиологом, выявленные речевые расстройства, представлены моторной афазией – у 3 (20%), сенсорной афазией – у 2 (14%), дизартрией – у 5 (34%).

Перед логопедом-афазиологом была поставлена сложная задача – определить форму и степень тяжести афазии, а также наметить правильные пути восстановительной работы. В коррекционно-педагогической помощи по преодолению афазии использовались общие дидактические принципы обучения: наглядность, доступность, сознательность [5,8].

После занятий с логопедом-афазиологом у больных дизартрией речь восстановилась в течение 4-7 дней. На фоне медикаментозного лечения и обучающих методик восстановления нарушений речи были достигнуты хорошие результаты, т.к. был установлен контакт с больными, что явилось успехом для эффективности речевой реабилитации.

При занятиях с логопедом мы пришли к выводу, что все мероприятия направленные на восстановление

речи должны начинаться с периода стабилизации гемодинамики и неврологического статуса. Немаловажное значение в восстановительном лечении афазий принадлежит и медикаментозной терапии. Наиболее широко использовались ноотропные, вазоактивные препараты, механизм действия и особенности фармакокинетики которых оказывают положительную динамику при их длительном приеме.

Другая группа больных была представлена нейропсихологическим синдромом – выявлена у 7 больных.

При нейропсихологическом тестировании по методике А.Р.Лурия в 87% случаев у больных обнаружены когнитивные расстройства. В 47% случаев выявлены нарушения памяти и внимания; у 4 (27%) – акалькулия; у 3 (20%) – аграфия; у 2 (13%) – апраксия; у 2 (13%) – зрительная агнозия; у 2 (13%) – зрительно-пространственные расстройства и нарушение мышления. Вследствие диагностики когнитивных расстройств у больных проводилась адекватная их коррекция, соответственно, дальнейшей социальной адаптации.

Трудности составили больные, при нейропсихологическом исследовании которых выявлена была апраксия, приводящая к нарушению произвольных движений. В нашем случае у 2 больных (13 %), выявленная апраксия усугубляла двигательные расстройства и затрудняла работу инструктора при попытке научить больного пользоваться бытовыми предметами, одеваться, выполнять элементарные задания в связи с нарушением пространственного мышления. Для развития последовательных действий мы прибегали к принципу – от простого к сложному. Инструктор, объясняя больному задание, требовал повторения, а при затруднении выполнения больным упражнений или попытке к выполнению действий терпеливо ожидал положительные результаты, т.к. больным последовательные движения выполнять было очень сложно [6,7].

Заключение.

Таким образом, проблема ишемических инсультов является актуальной из-за значительных последствий заболевания в виде стойкого неврологического дефицита, поведенческих, эмоциональных и когнитивных расстройств (в целом у 76% пациентов по нашим данным). Существование неврологических расстройств значительно осложняет дальнейшую реабилитацию больного, нарушает его социальную адаптацию, особенно при снижении способности к самообслуживанию.

По нашим предварительным данным причина ишемических инсультов в молодом возрасте в большинстве случаях неизвестна. Низкая этиологическая диагностика нарушений мозгового кровообращения связана, главным образом, с отсутствием общепринятых диагностических стандартов, недостаточной информированностью невропатологов о необходимых конкретных диагностических мероприятиях и отсутствием согласованных действий врачей разных специальностей. Повышение частоты выявляемости этиологических факторов при

ишемическом инсульте, важно для адекватной терапии основного заболевания и, соответственно, для решения вопроса вторичной профилактики повторных церебральных сосудистых катастроф, встречающиеся чаще в молодом возрасте.

Необходимыми решениями проблемы ишемического инсульта должны быть следующие позиции: создание регистра мозгового инсульта в городе Алматы; стандартизация диагностических мероприятий заболевания и разработка протоколов лечения, реабилитации и вторичной их профилактики.

Литература:

1. Жулев Н.М., Пусторезов В.Г., Жулев С.Н. Цереброваскулярные заболевания. Москва - Санкт-Петербург, 2002, с. 384.
2. Суслина З.А., Варакин Ю.Я., Верещагин Н.В. Сосудистые заболевания головного мозга. – М.: Медпресс-информ. – 2006. – 352 с.
3. Инсульт. Диагностика, лечение и профилактика / Руководство для врачей. Под редакцией З.А.Суслиной, М.А.Пирадова.М.,2008.
4. Гусев Е.И., Скворцова В.И. Ишемия головного мозга. – М.: Медицина. – 2001. – 328 с.
5. Проблемы афазии и восстановительного лечения. Под редакцией Л.С.Цветковой. 1975.
6. Шохор-Троцкая М.К.Логопедическая работа при афазии на раннем этапе восстановления. М., 1972.
7. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. М., 1962.
8. Афазия и восстановительное обучение. Под редакцией Л.С.Цветковой, Ж.М.Глозман. М., 1983.
9. Демиденко Т.Д. Реабилитация при цереброваскулярной патологии. М., 1989, с. 208.

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ И НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С НЕЙРО-МЫШЕЧНЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗЕ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

*Кайшибаев Н.С., Жумагулова К.Г., Хасенова Г.П., Кайшибаева Г.С., Абдуллаева Р.А., Жиенбаева Б.С.,
Кудайбергенова А.С., Момбаева Д.К., Елшиева С.Е.*

*Алматинский государственный институт усовершенствования врачей, Кафедра неврологии,
НПЦ «Институт неврологии имени Смагула Кайшибаева»,
Центральная Городская Клиническая Больница,
Республиканский клинический госпиталь для инвалидов Отечественной войны,
г. Алматы*

Полученные результаты подтверждают эффективность и безопасность препарата Алфлутоп в лечении нейро-мышечного болевого синдрома при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника. Они свидетельствуют о том, что метод трансдермального электрофореза препарата Алфлутоп в смежные паравертебральные зоны в дозе 1,0 мл 1 раз в сутки в течение 10 дней может потенцировать обезболивающий эффект НПВП и способствовать быстрейшему регрессу болевого синдрома.

Ключевые слова: алфлутоп, электрофорез, нейро-мышечный синдром.

ОМЫРТҚАНЫҢ БЕЛДЕМЕ БӨЛІМІНІҢ ОСТЕОХОНДРОЗЫНДА НЕЙРО-БҰЛШЫҚЕТТІК ҚАТЕРЛІ СИНДРОМЫ БАР ЕМДЕЛУШІЛЕРДІ ДӘРІ-ДӘРМЕКПЕН ЖӘНЕ ДӘРІ –ДӘРМЕКСІЗ ОҢАЛТУ

*Қайшыбаев Н.С., Жумагулова К.Г., Хасенова Г.П., Қайшыбаева Г.С., Абдуллаева Р.А., Жиенбаева Б.С.,
Кудайбергенова А.С., Момбаева Д.К., Елшиева С.Е.*

*Алматы мемлекеттік дәрігерлер білімін жетілдіру институты Неврология кафедрасы,
Ғылыми практикалық орталығы «Смағұл Қайшыбаев атындағы неврология институты», Алматы қаласы*

Омыртқаның белдеме бөлімінің остеохондрозы кезінде нейро - бұлшық еттік қатерлі синдромын емдеу кезінде алған нәтижелері Алфлутоп препаратының тиімділігі және қауіпсіздігін растайды. Трансдермалды электрофорез әдісінде паравертебралды аймаққа Алфлутоп препаратын 10 күннің ішінде күніне 1 рет 1,0 мл мөлшерлеуде қабынуға қарсы стероидты емес дәрі-дәрмектердің ауырсындырмау әсерін күшейтеді және қатерлі синдромның шапшаң регрессіне мүмкіндік туғыза алатын көрсетті.

Түйінді сөздер: алфлутоп, электрофорез, нейро - бұлшық еттік қатерлі синдромы.

DRUG AND NON-DRUG REHABILITATION OF PATIENTS WITH A NEURO-MUSCULAR PAIN SYNDROME AT OSTEOCHONDROSIS OF THE LUMBAR SPINE

N. Kaishibayev, K. Zhumagulova, G. Khassenova, G. Kaishibayeva, R. Abdullaeva, B. Zhiyenbayeva, A. Kudaibergenova, D. Mombayeva, S. Elshiyeva

Neurology department of ASMPA,

Scientific Practical Center "Institute of Neurology named Smagul Kaishibayev", Almaty

The results confirm the effectiveness and safety of the drug in the treatment of Alflutop neuro-muscular pain in osteochondrosis of the lumbar spine. They suggest that the method of transdermal electrophoresis of drug Alflutop in interconnecting paravertebral zones at a dosage of 1.0 ml 1 per day for 10 days can potentiate the analgesic effect of nonsteroidal anti-inflammatory drugs and promote rapid regression of pain.

Keywords: Alflutop, electrophoresis, neuro-muscular pain.

Изучение болевого синдрома и способов его лечения имеет большое социально-экономическое значение, поскольку боль причиняет страдания миллионам людей во всем мире, приводит к длительной нетрудоспособности, негативно влияет на качество жизни пациентов [1].

Одной из наиболее частых причин вертеброгенного болевого синдрома является остеохондроз позвоночника [2]. Термин «остеохондроз» обозначает спектр дегенеративных изменений в тканях опорно-двигательного аппарата, которые считаются лишь предпосылкой боли в спине, шее, но не являются её непосредственной причиной. Рентгенологические, томографические и магнитно-резонансно-томографические признаки остеохондроза позвоночника не имеют прямой корреляции с клинической картиной и часто встречаются у лиц, не имеющих болевых ощущений [3,4]. Вертеброгенный болевой синдром зачастую связан с развитием в нем дегенеративно-дистрофических изменений в результате избыточной подвижности в пораженном позвоночно-двигательном сегменте [5].

Современный комплексный подход в лечении пациентов с вертеброгенным болевым синдромом обусловлен, в значительной степени, сложностью патогенеза и тяжестью самого заболевания, вызвавшего данный болевой синдром. Понимание сложной и многоуровневой проблемы клинических проявлений остеохондроза позвоночника способствует разработке патогенетически обоснованных методов лечения болевого синдрома у больных с остеохондрозом позвоночника [6,7,8].

Формирование клинических проявлений остеохондроза позвоночника напрямую зависит от

локализации поражения в различных структурах позвоночно-двигательного сегмента и экстравертебральных тканях: нервной, мышечной и сосудистой системах.

Поэтому в комплексном лечении пациентов остеохондрозом позвоночника необходимо использовать биомеханические, рефлекторные, медикаментозные и физические методы лечения, в сочетании с индивидуальной реабилитационной программой, что позволит в кратчайшие сроки купировать болевой синдром, улучшить двигательную активность, сократить сроки нетрудоспособности и качественно улучшить жизнь пациентов [9].

В этой связи заслуживает внимания препарат Алфлутоп (Biotehnos S.A., Румыния) с гастропротективным эффектом. Его состав сходен с матриксом гиалинового хряща и состоит из сульфатированных гликозаминогликанов (хондроитин-4-сульфата, хондроитин-6-сульфата, дерматансульфата, кератансульфата), низкомолекулярных полипептидов (не более 50000 Да), свободных аминокислот и микроэлементов (Na, K, Ca, Mg, Fe, Cu, Zn), имеющих большое значение не только для обменных процессов в суставном хряще, но и для соединительнотканного метаболизма в целом. Установлено, что ключевым моментом действия алфлутопа является сочетание антигиалуронидазной активности (ингибирование гиалуронидазы, разрушающей гиалуроновую кислоту) и стимуляции синтеза гиалуроновой кислоты. Такое двунаправленное действие алфлутопа на гиалуроновую кислоту представляется весьма перспективным в плане лечения вертеброгенной патологии, т. к. замедляет деструкцию соединительнотканых хрящевых структур и приводит к усилению репаративных процессов, тормозит биосинтез медиаторов

воспаления, снижает проницаемость капилляров. Протеогликаны, входящие в его состав, оказывают трофическое действие и обладают замещающим эффектом, достоверно увеличивая показатели магнитно-резонансной томографии (МРТ), гидрофильности, высоты хряща и однородности костной ткани [10,11].

Для оценки эффективности препарата Алфлутоп нами было проведено клиническое исследование у относительно гомогенной группы пациентов с нейро-мышечным болевым синдромом, обусловленном остеохондрозом поясничного отдела позвоночника.

Цели исследования:

1. Оценить эффективность препарата «Алфлутоп» в комплексном лечении пациентов с нейро-мышечным болевым синдромом при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника.
2. Сравнить результаты терапии в контрольной и основной группах с учетом комплекса медикаментов.

Место проведения исследования:

Исследование проводилось сотрудниками научно-практического центра «Институт неврологии имени Смагула Кайшибаева» на базе неврологического отделения № 2 ЦГКБ и неврологического отделения Республиканского клинического госпиталя для инвалидов Отечественной войны г. Алматы.

Материалы и методы:

В исследование были включены 60 пациентов с нейро-мышечным болевым синдромом при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника, которые были разделены на 2 равновеликие группы. В контрольную группу вошли 30 пациентов, которым проводилось общепринятое медикаментозное (НПВП, миорелаксанты, витаминотерапия) и физиолечение, кинезиотерапия, массаж поясничной области. В основную группу вошли 30 пациентов, которым наряду с вышеуказанным комплексом лечения проводилась физиотерапия методом трансдермального электрофореза препарата Алфлутоп в смежные паравerteбральные зоны в дозе 1,0 мл 1 раз в сутки в течение 10 дней.

В обеих группах все больные были разделены по возрасту и полу, распределение которых было следующим образом: в контрольной группе – 13 (21,7%±5,32) женщин, 17 (28,3%±5,82) мужчин; в основной группе – 14 (23,3%±5,46) женщин, 16 (26,7%±5,71) мужчин. В контрольной группе в возрасте от 40 до 50 лет было 7 (11,7%±4,15) пациентов, среди них 3 (5%±2,81) женщины, 4 (6,7%±3,23) мужчин; в возрасте от 51 до 60 лет 16 (26,7%±5,71) пациентов: из них 7 (11,7%±4,15) женщин, 9 (15%±4,61) мужчин; в возрасте от 61 до 65 лет всего 7 (11,7%±4,15) пациентов, из них 3 (5%±2,81) женщины, 4 (6,7%±3,23) мужчин (таблица 1).

Таблица 1 - Распределение пациентов с нейро-мышечным болевым синдромом при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника в контрольной и основной группах по возрасту и полу (P±m%)

Пациенты	40-50 лет	51-60 лет	61-65 лет	Всего
Контрольная группа				
Женщины	3 (5%±2,81)	7 (11,7%±4,15)	3 (5%±2,81)	13 (21,7%±5,32)
Мужчины	4 (6,7%±3,23)	9 (15%±4,61)	4 (6,7%±3,23)	17 (28,3%±5,82)
Основная группа				
Женщины	2 (3,3%±2,31)	5 (8,3%±3,56)	4 (6,7%±3,23)	14 (23,3%±5,46)
Мужчины	5 (8,3%±3,56)	10 (16,7%±4,82)	4 (6,7%±3,23)	16 (26,7%±5,71)
Всего	14 (23,3%±5,46)	31 (51,7%±6,45)	15 (25%±5,59)	60 (100%)

Между группами не было достоверных различий по возрасту и полу, длительности заболевания, длительности обострения, интенсивности болевого синдрома, оцениваемой по 10-балльной визуальной аналоговой шкале (ВАШ). В исследование были включены пациенты от 40 до 65 лет с умеренным или выраженным болевым синдромом (оценка по ВАШ не менее 4 баллов) с длительностью обострения не менее 3 месяцев,

которым не назначались хондропротекторы в течение последних 6 месяцев. Критериями исключения были наличие у пациентов грыж и протрузий межпозвонковых дисков поясничного отдела позвоночника, последствий травм и операций поясничного отдела позвоночника, а также возраст пациентов моложе 40 лет и старше 65 лет.

Для подтверждения диагноза всем пациентам проводились дополнительные исследования: МРТ (КТ) поясничного отдела позвоночника и рентгенография поясничного отдела позвоночника в 2-х проекциях.

В контрольной группе МРТ и КТ - исследование проведено 7 (11,7%±4,15) пациентам, рентгенография поясничного отдела позвоночника в 2-х проекциях – у 16 (26,7%±5,71); в основной группе МРТ исследование проведено 5 (8,3%±3,56) пациентам, КТ исследование – 8 (13,3%±4,38),

рентгенография поясничного отдела позвоночника в 2-х проекциях – 17 (28,3%±5,82).

Результаты и обсуждение:

До лечения всем пациентам в обеих группах проводилось неврологическое обследование. Наиболее часто встречающиеся симптомы и синдромы у пациентов с нейро-мышечным болевым синдромом при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника в контрольной и основной группах до лечения представлены в таблице 2.

Таблица 2 - Клинико-неврологическая характеристика симптомов и синдромов у пациентов с нейро-мышечным болевым синдромом при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника в контрольной и основной группах до лечения (Р±m%)

№ п/п	Симптомы, синдромы	Контрольная группа(n=30)	Основная группа(n=30)
	Болевой синдром	30 (50%±6,45)	30 (50%±6,45)
	Дефанс мышц	23 (38,3%±6,28)	24 (40%±6,32)
	Анталгическая поза	7 (11,7%±4,15)	5 (8,3%±3,56)
	Сколиоз	12 (20%±5,16)	10 (16,7%±4,82)
	Болезненность паравертебральных точек	30 (100%)	30 (100%)
	Иррадиация боли в нижнюю конечность	5 (8,3%±3,56)	4 (6,7%±3,28)
	Симптомы натяжения нервных стволов	23 (38,3%±6,28)	22 (36,7%±6,22)
	Снижение или оживление коленных и ахилловых рефлексов	19 (31,7%±6,01)	17 (28,3%±5,82)
	Чувствительные расстройства	6 (10%±3,87)	7 (11,7%±4,15)

До лечения клинико-неврологическая характеристика пациентов с нейро-мышечным болевым синдромом при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника в контрольной и основной группах была приблизительно одинаковой. Болевой синдром и болезненность паравертебральных точек отмечены у всех пациентов в обеих группах – 60 (100%); дефанс мышц поясницы выявлен у 23 (38,3%±6,28) пациентов в контрольной группе, у 24 (40%±6,32) – в основной; антalgическая поза в контрольной группе выявлена у 7 (11,7%±4,15) пациентов, в основной – у 5 (8,3%±3,56); со сколиозом в контрольной группе было 12 (20%±5,16) пациентов, в основной – 10 (16,7%±4,82); 5 (8,3%±3,56) пациентов в контрольной группе и 4 (6,7%±3,28) – в

основной жаловались на иррадиацию боли в нижние конечности; симптомы натяжения нервных стволов в контрольной группе отмечены у 23 (38,3%±6,28) пациентов, в основной – у 22 (36,7%±6,22); снижение или оживление коленных и ахилловых рефлексов было у 19 (31,7%±6,01) пациентов в контрольной группе и у 17 (28,3%±5,82) – в основной; чувствительные расстройства выявлены в обеих группах соответственно – у 6 (10%±3,87) и 7 (11,7%±4,15) пациентов.

В результате лечения регресс клинико-неврологических симптомов значительно отличался в основной группе по сравнению с контрольной группой (таблица 3).

Таблица 3 - Клинико-неврологическая характеристика симптомов и синдромов у пациентов с нейро-мышечным болевым синдромом при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника в контрольной и основной группах после лечения ($P \pm m\%$)

№ п/п	Симптомы, синдромы	Контрольная группа		Основная группа	
		После лечения	Регресс	После лечения	Регресс
1	Болевой синдром	15 (25%±5,6)	-15 (25%±5,6)	5 (8,3%±3,56)	-25 (41,7%±6,37)
2	Дефанс мышц	13 (21,7%±5,32)	-10 (16,7%±4,8)	5 (8,3%±3,56)	-19 (31,7%±6,0)
3	Анталгическая поза	2 (3,3%±2,31)	-5 (8,3%±3,56)	-	-5 (8,3%±3,56)
4	Сколиоз	2 (3,3%±2,31)	-10 (16,7%±4,8)	-	-10 (16,7%±4,8)
5	Болезненность паравертебральных точек	15 (25%±5,6)	-15 (25%±5,6)	5 (8,3%±3,56)	-25 (41,7%±6,37)
6	Иррадиация боли в нижнюю конечность	2 (3,3%±2,31)	-3 (5%±2,81)	-	-4 (6,7%±3,23)
7	Симптомы натяжения нервных стволов	15 (25%±5,6)	-8 (13,3%±4,38)	5 (8,3%±3,56)	-17 (28,3%±5,82)
8	Снижение или оживление коленных и ахилловых рефлексов	13 (21,7%±5,32)	-6 (10%±3,87)	5 (8,3%±3,56)	-12 (20%±5,16)
9	Чувствительные расстройства	2 (3,3%±2,31)	-4 (6,7%±3,23)	1 (1,7%±1,67)	-6 (10%±3,87)

Согласно данным, представленным в таблице 3, у пациентов с нейро-мышечным болевым синдромом при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника в основной группе отмечался значительный регресс неврологических симптомов и синдромов по сравнению с результатами клинико-неврологического обследования, проведенного в контрольной группе после лечения. После лечения в основной группе отсутствовали жалобы на иррадиацию болей в нижнюю конечность, отмечался регрессировали анталгическая поза и сколиоз. У пациентов основной группы, у которых наряду с базовой терапией проводилась терапия методом трансдермального электрофореза препарата Алфлутоп в смежные паравертебральные зоны, после лечения болевой синдром, дефанс мышц, болезненность паравертебральных точек, симптомы натяжения нервных стволов, снижение

или оживление коленных и ахилловых рефлексов почти в два раза чаще регрессировали, чем у пациентов в группе контроля. Чувствительные расстройства в контрольной группе регрессировали у 4 (6,7%±3,23) пациентов, в основной группе у 6 (10%±3,87).

Для оценки двигательной активности поясничного отдела позвоночника и нижних конечностей заполнялся модифицированный вариант шкалы Вадделя, включающий 4-х балльную оценку (от 0 до 3,0 с общей оценкой от 0 до 30 баллов) десяти показателей: угол сгибания и разгибания поясничного отдела, угол бокового наклона вправо и влево, угол подъема выпрямленных правой и левой ног, напряжение паравертебральных мышц, выраженность сколиоза, способность удерживать на весу обе выпрямленные ноги, усаживание в постели из положения лёжа (Waddel G.) (таблица 4 и 5).

Таблица 4 - Изменения двигательной активности по шкале Вадделя у пациентов с нейро-мышечным болевым синдромом при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника в контрольной группе до и после лечения

№ п/п	Показатели двигательной активности	До лечения	После лечения
1	Угол сгибания поясничного отдела	1,33	1,93
2	Угол разгибания поясничного отдела	1,47	1,93
3	Угол бокового наклона вправо	1,67	2
4	Угол бокового наклона влево	1,67	2
5	Угол подъема выпрямленной правой ноги	1,17	1,47
6	Угол подъема выпрямленной левой ноги	1,17	1,47
7	Напряжение паравerteбральных мышц	0,87	1,17
8	Выраженность сколиоза	0,5	0,9
9	Способность удерживать на весу обе выпрямленные ноги	0,3	0,87
10	Усаживание в постели из положения лёжа	0,73	1,13
	Всего	10,88	14,87

Таблица 5 - Изменения двигательной активности по шкале Вадделя у пациентов с нейро-мышечным болевым синдромом при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника в основной группе до и после лечения

№п/п	Показатели двигательной активности	До лечения	После лечения
1	Угол сгибания поясничного отдела	1,47	2,33
2	Угол разгибания поясничного отдела	1,47	2,33
3	Угол бокового наклона вправо	1,67	3,07
4	Угол бокового наклона влево	1,67	3,07
5	Угол подъема выпрямленной правой ноги	1,17	2,33
6	Угол подъема выпрямленной левой ноги	1,17	2,33
7	Напряжение паравerteбральных мышц	0,9	1,93
8	Выраженность сколиоза	0,61	1,67
9	Способность удерживать на весу обе выпрямленные ноги	0,37	1,47
10	Усаживание в постели из положения лёжа	0,73	2
	Всего	11,23	22,53

Согласно данным таблиц 4 и 5 при оценке двигательной активности поясничного отдела позвоночника и нижних конечностей по шкале Вадделя (Waddel G.) у пациентов с нейро-мышечным болевым синдромом при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника в основной группе после лечения результаты были выше, чем у пациентов в контрольной группе. Суммарный показатель в контрольной группе до лечения был 10,88 баллов, после лечения - 14,87; в основной группе до лечения - 11,23 баллов, после лечения - 22,53. Если показатель по шкале Вадделя в контрольной группе увеличился после лечения

приблизительно в 1,4 раза, то в основной группе этот показатель увеличился в 2 раза, что свидетельствует о положительном влиянии метода трансдермального электрофореза препарата Алфлутоп в смежные паравerteбральные зоны поясничной области.

Для оценки интенсивности болевого синдрома пациентами до и после лечения самостоятельно заполнялись карты визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) в мм. В результате лечения суммарный показатель по шкале ВАШ значительно разнился в контрольной и основной группах (рисунок 1).

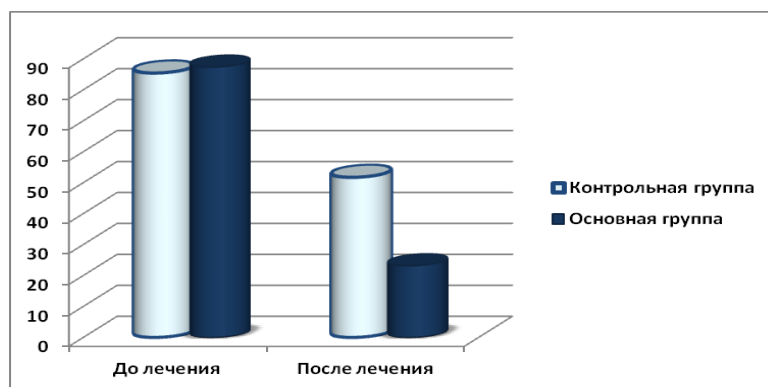


Рисунок 1 – Результаты суммарной оценки выраженности боли у пациентов с нейро-мышечным болевым синдромом при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника в контрольной и основной группах до и после лечения по шкале ВАШ ($M \pm \delta$)

До лечения показатель интенсивности болевого синдрома по шкале ВАШ в обеих группах наблюдения был приблизительно одинаковым ($85,4 \pm 5,13$ и $87,3 \pm 5,41$ мм соответственно). После лечения в основной группе, где пациентам в комплексном лечении применялся трансдермальный электрофорез препарата Алфлутоп в смежные паравертебральные зоны поясничной области, этот показатель ($23,1 \pm 6,57$ мм)

был значительно ниже, в сравнении с контрольной группой ($51,7 \pm 7,81$ мм).

В обеих группах наблюдения пациентами с нейро-мышечным болевым синдромом при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника по завершении курса терапии заполнялась шкала общего клинического впечатления, которая позволила наглядно оценить результаты лечения (рисунок 2).

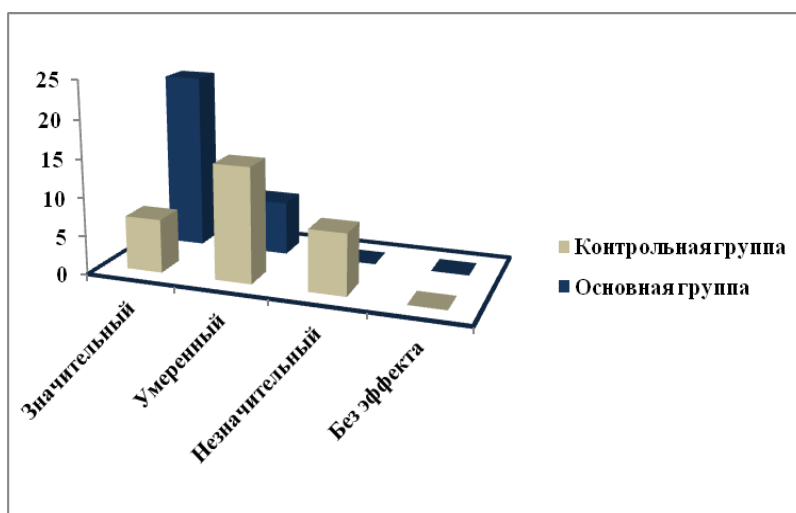


Рисунок 2 – Эффективность лечения по шкале общего клинического впечатления у пациентов с нейро-мышечным болевым синдромом при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника в контрольной и основной группах после лечения

У основной группы пациентов, получавших лечение с включением трансдермального электрофореза препарата Алфлутоп в смежные паравертебральные зоны поясничной области, чаще наблюдался значительный эффект от лечения (23 пациента) и реже – умеренный (7 пациентов). В то время как в контрольной группе чаще наблюдался умеренный эффект от лечения (15

пациентов), значительный (7 пациентов) и незначительно выраженный эффект (8 пациентов).

Выводы:

Результаты нашего исследования доказали эффективность препарата Алфлутоп при выраженном нейро-мышечном болевом синдроме, обусловленном остеохондрозом поясничного отдела позвоночника.

Нами выявлено, что введение препарата Алфлутоп методом трансдермального электрофореза в смежные паравerteбральные зоны эффективно воздействует на невропатический компонент боли при вертеброгенной патологии. Нами также, доказано, что комбинация НПВП и препарата Алфлутоп, введенного методом трансдермального электрофореза в смежные паравerteбральные

зоны, способствует более полному проявлению терапевтического потенциала препаратов, приводя к регрессу клинко-неврологических симптомов и синдромов, снижению интенсивности болевого синдрома, создавая, тем самым, условия для более успешного проведения реабилитационных мероприятий с целью расширения двигательной активности.

Литература:

8. Лобзин В.С. Болевой синдром при заболеваниях нервной системы //Болевой синдром. Под редакцией В.А. Михайловича, Ю.Д. Игнатова.- Л.: Медицина, 1990.- С.5-10.
9. Антонов И.П. Основные итоги 20-летнего изучения проблемы «Заболевания периферической нервной системы» коллективом НИИ неврологии, нейрохирургии и физиотерапии Минздрава Беларуси //Актуальные проблемы неврологии и нейрохирургии: сб. науч. тр. /И.П. Антонов; Под. Ред. А.Ф. Сменяновича, И.П. Антонова.- Минск.: Беларуская навука, 1999.- Вып. 1.- С.6-17.
10. Методики рентгеновского и радиологического исследования позвоночника и крупных суставов. /Г.А. Зедгенидзе, П.Л. Жарков.- Ташкент: Медицина УзССР, 1979.- 207с.
11. Магнитно-резонансная томография при заболеваниях центральной нервной системы /А.В.Холин.- Изд. 2-е переработанное.- СПб.: Гиппократ, 2007.- 256с.
12. Тлеусаринов А.М. Пролотерапия при лечении болей в нижней части спины //Материалы II Казахской научно-практической конференции с международным участием «Традиционные и альтернативные подходы к проблеме боли в медицине XXI века», посвященной 20-летию Независимости Республики Казахстан, 10-11 ноября 2011г.- Алматы.- С.96-97.
13. Кузнецов В.Ф. Справочник по вертеброневрологии: клиника, диагностика /В.Ф. Кузнецов.- Мн.: Беларусь, 2000.- 351с.
14. Никифоров А.С. Остеохондроз и спондилоартроз позвоночника как проявления единого процесса. Современные подходы к лечению /А.С. Никифоров, О.И. Мендель //РМЖ.- 2006.- №23 (14).- С. 1708-1713.
15. Анохин П.К., Орлов И.В., Ерохина Л.Г. Боль. Большая медицинская энциклопедия, 3-изд.- М., 1976.- Т.3.- С.869-871.
16. Белова А.Н., Щепетова О.Н. Руководство по реабилитации больных с двигательными нарушениями.- М.: Антидор, 1999.- 648с.
17. Данилов А.Д., Жаркова Т.Р., Ахметжанова Л.Т. Анальгетические свойства препарата Алфлутопа в лечении хронической боли в спине. //Неврология, ревматология. (Consilium medicum).- 2010г.- № 2.- С.56-59.
18. Зборовский А.Б., Мозговая Е.Э. Алфлутоп: опыт многолетнего клинического применения. //Журнал Фарматека.- № 19.- 2006.- С.1-5.

МЕТОДЫ КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ ПРИ ЭКСТРАПИРАМИДНОЙ ДИЗАРТРИИ

Кудрявцева С.О., Лоскутова О.Г., Усембаева Р.Б.

Республиканская клиническая детская больница «Акса́й», г. Алматы

В статье отражены особенности нарушения речи и их коррекция у 35 детей с дискинетической формой детского церебрального паралича. Показаны основные задачи и этапы работы логопеда.

Ключевые слова: детский церебральный паралич; нарушение речи.

ЭКСТРАПИРАМИДТІК ДИЗАРТРИЯНЫҢ ТҮЗЕТУ ЖҰМЫСЫНЫҢ ӘДІСТЕМЕЛЕРІ.

Кудрявцева С.О., Лоскутова О.Г., Усембаева Р.Б.

Алматы қаласы, Республикалық балалар клиникалық ауруханасы «Акса́й» Алматы қ.

Мақалада балалардың церебральді салдануының дискинетикалық формасындағы 35 науқастаң сөйлеу қабілетінің бұзылысымен оны түзету ерекшеліктері берілген. Логопедтің негізгі жұмыстары мен кезеңдері берілген.

Түйінді сөздер: балалардың церебральді салдануының; сөйлеу қабілетінің бұзылылар.

METHODS OF REMEDIAL WORK WITH EXTRAPYRAMIDAL DYSARTHRIA

Kudryavtseva S.O., Loskutova O.G., Usembaeva R.B.

Republican Clinical Children's Hospital "Aksai", Almaty

The paper describes the features of speech disorders and their correction in 35 children with dyskinetic form of cerebral palsy. The basic tasks and stages of a speech therapist.

Key words: cerebral palsy; speech disorders.

Дискинетическая форма детского церебрального паралича является трудно курабельной формой, так как обусловлена поражением экстрапирамидной иннервации нервно-мышечной системы, что проявляется нарушением содружественности и адекватности в регуляции мышечного тонуса. Речевые нарушения проявляются в виде дисфункции голосового, дыхательного и артикуляционного аппаратов. Нарушения звукопроизводительной стороны речи при гиперкинетической форме церебрального паралича проявляются в виде экстрапирамидной дизартрии. Особенности звукопроизношения при этой форме дизартрии обусловлены: резким изменением мышечного тонуса по типу ригидности, дистонией или гипотонией; наличием гиперкинезов; нарушением кинестетических ощущений и эмоционально-двигательной иннервации. При обследовании детей выявляется смазанная, невнятная речь с гнусавым оттенком голоса. Резко нарушена просодическая сторона речи, ее интонационно-мелодическая структура. Сильно нарушен и темп речи: монотонная, однообразная, немодулированная. Во время высказывания наблюдается постепенное затухание голоса, переходящее порой в неясное бормотание. Наличие гиперкинезов еще более искажает звукопроизношение и иногда делает его невозможным. Экстрапирамидная дизартрия часто сочетается с нарушениями слуха по типу

нейросенсорной тугоухости; при этом, прежде всего страдает слух на высокие тона.

Коррекционная работа строится с учетом степени тяжести речевого нарушения и уровня поражения речедвигательного аппарата. Особое внимание заслуживает дизрегуляция дыхательного акта во время речи, обусловленная произвольными движениями в речедвигательных мышцах и слабостью мышц грудной клетки.

Цель исследования: Изучение особенностей речевых нарушений при дискинетической форме ДЦП, разработка методов коррекции в логопедической реабилитации.

Материал и методы: Исследование проведено в условиях психо-неврологического отделения РДКБ "Аксаи". Обследованы 35 детей с дискинетической формой ДЦП в возрасте от 5 до 15 лет. Основной неврологический диагноз верифицирован неврологами первого отделения клиники. Характеристика группы по степени выраженности гиперкинезов представлена следующим образом: в 9 случаях легкая (25,71%), у 11 детей средняя (31,42%) и тяжелая в 42,85% случаев.

Результаты исследования и обсуждение: Комплексное исследование детей выявило: нарушение речи по типу экстрапирамидной дизартрии (100% случаев), нарушение интеллекта (у 48,57% детей), нарушение слуха (2,86%), а также нарушение учебной деятельности, в частности овладение навыком письма и чтения (65,71%). Клинико-логопедическая характеристика нарушений речи представлена в таблице.

Таблица - Особенности речи детей с дискинетической формой детского церебрального паралича

Степень поражения	Симптомы	Логопедическая характеристика нарушений
Легкая	Элементы гиперкинезов в мягком небе и в кончике языка; затруднено переключение. Речь внятная, но в речевом потоке даже поставленные звуки смазаны.	Отмечается выраженная асинхронность во всех отделах артикуляционного аппарата: поступление дыхательной струи не совпадает: 1 — со смыканием голосовых связок, в результате наблюдаются оглушение, затухание голоса, его прерывистость; 2 — с сокращением мягкого неба, в результате — назализация
Средняя	Увеличивается количество гиперкинезов, они распространяются на все отделы артикуляционного аппарата, мимическую мускулатуру. В речевом потоке 1/3 фонем искажается, что затрудняет понимание речи	Для звукопроизношения характерно отсутствие стабильности в нарушениях. Речь толчкообразная (нарушена фоноторно-дыхательная мускулатура). Отмечается длительный латентный период между попыткой говорить и произнесением первого звука
Тяжелая степень	Интенсивность гиперкинезов резко возрастает. При попытке к речи гиперкинезы возникают не только в речевой, мимической мускулатуре, но также и в мускулатуре конечностей, особенно ярко они проявляются в верхних конечностях	Беспорядочные непроизвольные движения в мимической мускулатуре, в органах артикуляции: язык, губы, мягкое небо; реже в конечностях, в основном при тяжелой степени дизартрии. Наряду с гиперкинезами во всех отделах речедвигательного аппарата наблюдаются резкие синкинезии, иррадиирующие возбуждение

Исследование показывает, что при различной степени тяжести речевого дефекта одно остается неизменным — это нарушение согласованной работы дыхательного и речедвигательного актов. При выборе методов коррекционной работы особый акцент поставили на обеспечение релаксации мышц диафрагмы, гортани и артикуляционного аппарата.

Коррекционная работа с детьми начиналась с дыхательных упражнений. Предварительно обучали детей произвольному дыханию в определенном ритме, координации между дыхательными движениями, фонацией и артикуляцией, широко используя для этого логоритмику. Применяли определенную последовательность упражнений по этапам:

Задачей первого этапа явилось улучшение функции внешнего дыхания пациента. В процессе занятия дети получают знания о том, что:

- дышать надо носом;
- нельзя поднимать плечи при вдохе;
- в дыхании должен активно участвовать живот.

www.kaznmu.kz

Дети приобретают навыки носового дыхания, осваивают первичные приемы дыхательной гимнастики - происходит подготовка к развитию грудобрюшного типа дыхания. Обязательно необходимо контролировать дыхание, выполнение простых упражнений «вдох — носом, выдох — ртом».

На втором этапе учим на выдохе протяжно произносить гласные фонемы. Необходимо научить ребенка произносить каждый звук до тех пор, пока хватает дыхания. Ребенок производит вдох носом и произносит гласные: и и и и и и и и; э э э э э э э э э; а а а а а а а а а; о о о о о о о о о; у у у у у у у у у.

Затем слитно и протяжно произносятся несколько разных гласных звуков на одном выдохе: а а а э э а а а е е е а а а и и и а а а о о о я я и и и о о о и и и э э э а а а а и и и э э э о о о о о о

На третьем этапе мы учим на выдохе произносить слова, словосочетания и, в заключении, простые фразы.

Далее коррекционная работа направлена на развитие всех структурных компонентов речи:

лексико-грамматическое, фонетико-фонематическое развитие, восполнения пробелов в познавательной, в учебной и моторной деятельности.

Выполнение всех этапов коррекционной логопедической работы в исследуемой группе сложно и в основном, у детей с нарушением интеллектуального развития умеренной степени (14,29%). В результате проведенной коррекции по релаксации мышц речедвигательного аппарата, контроль за дыханием у детей значительно улучшилось звукопроизношение, четкость голоса, модуляция и темп речи. Эффективность

комплексного лечения, коррекционных занятий во многом определяется мотивацией ребенка и матери, длительностью работы, поэтому перед выпиской необходимо рекомендовать ежедневные, повторные занятия в амбулаторных условиях.

Данные методы работы доказывают эффективность работы по нормализации темпа речи, по уменьшению гиперкинезов, а также по улучшению слаженной работы дыхательного и артикуляционного аппаратов, что дает возможность ребенку преодолевать проблемы в общении и в обучении.

Литература:

- 1.Бадалян Л.О. Детская неврология.- М.: Медицина, 2001 г.
- 2.Волкова Г.А. Логопедическая ритмика, 2002 г.

РОЛЬ СЕНСОРНОЙ КОМНАТЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

Курманбекова З.М., Мусаева К.К., Варзина Т.В., Надырова Э.К.

Республиканский детский реабилитационный центр «Балбулак» г.Алматы

В статье проанализированы данные 341 пациентов получавших лечебные сеансы в сенсорной комнате. Результаты показали, что 89% детей стабилизировалось положительное эмоциональное состояние, нормализовалась психоэмоциональная сфера, улучшилось сенсорное восприятие, тактильные ощущения, уменьшились тревожность, беспокойство, агрессивность.

Ключевые слова: сенсорная комната; психоэмоциональная сфера.

МҮМКІНШІЛІГІ ШЕКТЕУЛІ БАЛАЛАРҒА СЕНСОРЛЫ БӨЛМЕНІҢ ОҢАЛТУ МАҢЫЗДЫҒЫ

Курманбекова З.М., Мусаева К.К., Варзина Т.В., Надырова Э.К.

Алматы қаласы, Республикалық оңалту орталығы «Балбулак»

Мақалада сенсорлық бөлмеде ем алған 341баланың мәліметтері мен алған нәтижелері талқыланды. Ем алған балалардың 89%-нда психоэмоционалдық сферасының жақсарғаны және қобалжу, мазасыздану, агрессивтік реакцияларының тежелгені байқалған.

Түйінді сөздер: сенсорлық бөлме; психоэмоционалдық сферасы

VALUE OF THE TOUCH ROOM IN REHABILITATION OF CHILDREN WITH LIMITED POSSIBILITIES

Kurmanbekova Z.M., Musaeva K.K., Varzina T.V., Nadyrova E.K.

Republican children's rehabilitation center "Balbulak", Almaty

In article data of 341 patients receiving medical sessions in a touch room are analysed. Results showed that 89 % of children were stabilized a positive emotional condition, normalized psychoemotional the sphere, the touch perception, tactile feelings improved, uneasiness, concern, aggression decreased.

Key words: touch room; psychoemotional the sphere.

Улучшение психоэмоционального статуса ребенка и восприятия окружающего мира

www.kaznmu.kz

играет большую роль в реабилитации детей с ограниченными возможностями. С этой целью в РДРЦ «Балбулак» проводятся занятия в сенсорной комнате. Сенсорная комната

создана для стимуляции сенсорной деятельности и двигательной активности детей, имеющих сенсомоторные нарушения, снятия мышечного и психоэмоционального напряжения, тревожности и беспокойства, агрессивности и активизации мозговой деятельности, стабилизации положительного эмоционального состояния, нормализации адаптационного периода, ускорения восстановительных процессов после заболевания [1].

Именно в специально организованной для психологической работы «темной» сенсорной комнате взаимодействие между человеком и интерактивной средой осуществляется наиболее гармонично. Эта среда в определенной мере вступает в виртуальное взаимодействие с человеком, и он, откликаясь на это взаимодействие, начинает по-иному воспринимать окружающее пространство. Оно «обволакивает» его, «провоцирует» в хорошем смысле этого слова к взаимодействию на основе чувственного опыта. Такое взаимодействие отвлекает от эмоциональных и бытовых проблем, ненавязчиво вовлекает в интересную и увлекательную деятельность. Ощущение полной безопасности, комфорта, загадочности наилучшим образом способствует установлению спокойных, доверительных отношений между пациентом и специалистом [2].

Оборудование сенсорной комнаты можно условно разделить на два функциональных блока.

• Релаксационный – мягкие покрытия спокойной цветовой гаммы, пуфы и подушки,

сухой бассейн, безопасные зеркала, приборы, создающие рассеянный свет, мобайлы (подвешенные подвижные конструкции, игрушки), релаксационная музыка. Ребенок, лежа в бассейне или на мягких формах, может принять комфортную позу и расслабиться, а медленно проплывающий рассеянный свет в сочетании с музыкой создает атмосферу уюта, безопасности и спокойствия.

• Активационный – оборудование со светооптическими и звуковыми эффектами (привлекают, стимулируют и поддерживают внимание, создают радостную атмосферу праздника), сенсорные панели для рук, ног, массажные мячики.

Занятия в сенсорной комнате рекомендованы детям с раннего возраста - 1 года. Работа в сенсорной комнате позволяет более творчески использовать интерактивное оборудование. В нашем центре имеется две сенсорные комнаты. Первая сенсорная комната была подарена первой леди Казахстана Сара Алпысовны 1998 году. А, вторая «темная» сенсорная комната была подарена компанией «Mary Kay» в 2007 году безвозмездно.

Цель исследования: Определение эффективности воздействия занятий в сенсорной комнате на психо-эмоциональное состояние детей с ограниченными возможностями.

Материалы и методы исследования: нами проанализированы реабилитационные карты детей, посещавших в ходе реабилитации занятия в «темной» ультрафиолетовой сенсорной комнате.

Всего детей 341 возрасте от 3-х до 16 лет.

Таблица- Распределение детей с учетом уровня психологического развития

Наименование	Количество детей
Всего детей	341
Задержка психического развития 1-3 уровень	139
Задержка психического развития 4-5 уровень	6
Задержка психического развития легкой степени	62
Психическое развитие соответствует возрасту	133

В условиях «темной» сенсорной комнаты опосредованное познание пространства происходит в процессе погружения в «ирреальность». Программа состояла как из релаксационных занятий, так и из

www.kaznmu.kz

развивающих. Занятия отличались по сложности и насыщенности, что позволяло использовать их в работе с детьми, имеющими различные отклонения в развитии.

Занятия проводились индивидуально и в группах по 2-3 ребенка ежедневно. В зависимости от степени выявленных когнитивных нарушений и психоэмоционального статуса был составлен план занятий. Продолжительность занятий составила 15-20 минут (в зависимости от индивидуальных особенностей участников занятий и целей упражнений). Курс составил 15-18 занятий.

В коррекционной работе с гиперактивными, возбудимыми, агрессивными, расторможенными детьми при проведении занятий акцент был сделан на релаксацию. При использовании различных световых и шумовых эффектов (пузырьковая колонна, ароматерапия, лампа-костер), отмечено, что ребенок расслабляется, успокаивается, нормализуется его мышечный тонус, снимается эмоциональное и физическое напряжение, снижаются проблемы эмоционально-волевой сферы.

В случае, если ребенок пассивен занятия были направлены на активизацию познавательной деятельности и всех сенсорных процессов (зрительного, слухового, тактильного, обонятельного). С этой целью были применены игры в сухом бассейне, со светящимся душем, зеркальным шаром, которые повышают мотивацию к деятельности, создают положительный эмоциональный фон.

У детей с нарушениями когнитивных функций отмечено положительное влияние занятий в интерактивной среде «темной» сенсорной комнаты на развитие интеллектуальной деятельности. По мере развития восприятия внешние действия с предметами сокращаются, автоматизируются и интериоризируются. Они переходят в умственный план, а эталоны запоминаются. Ориентировка в них становится операцией в структуре целостного действия.

Ориентировки в действиях с предметами (реальными и интерактивными, направленные на внешние признаки объектов, становятся образами восприятия, установление связей и

зависимостей между которыми положительно влияет на развитие мышления [3]. В работе с детьми, подростками или взрослыми в сенсорной комнате возникающие аудиальные, визуальные и тактильные ощущения постепенно приобретают относительную самостоятельность и собственную логику развития.

Результаты работы показали что 89% детей улучшилось сенсорное восприятие, тактильные ощущения, уменьшилось психоэмоциональное напряжение, тревожность, беспокойство, агрессивность. Активизировалась мозговая деятельность, стабилизировалось положительное эмоциональное состояния, нормализовался адаптационный период.

Выводы. Сенсорная комната – это особым образом организованная окружающая среда, состоящая из различных стимуляторов, которые воздействуют на органы зрения, слуха, обоняния, осязания и вестибулярные рецепторы и активизируют речевое и познавательное развитие.

Использование сенсорной комнаты позволяет решать следующие задачи:

- гармонизация психоэмоционального состояния всех участников, как детей, так и родителей;
- развитие познавательной деятельности детей, их интереса к исследовательской деятельности;
- стимулирование сенсорных процессов детей;
- развитие общей и мелкой моторики ребенка, коррекция двигательных нарушений;
- осуществление помощи детям и их родителям в преодолении стрессовых ситуаций;
- развитие навыков позитивного общения.

Кроме того, использование сенсорной комнаты значительно сокращает время установления эмоционального контакта взрослого с ребенком, которое является начальным этапом психокоррекционной и развивающей работы.

Литература:

1. Практикум по патопсихологии под ред. Б.В.Зейгарник. – М., 1987

2. Лубовский В.И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей. – М., 1989
3. Нарушения психического развития у детей М., 2000 г.

РЕЧЕВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ РЕСПУБЛИКАНСКОГО НАУЧНОГО ЦЕНТРА

Садырбекова А.К.

Республиканский научный центр нейрохирургии г. Астана

Логопедическое воздействие при различных формах афазии и дизартрии направлено на коррекцию отношения больного, испытывающего серьезные нарушения в речи, к актам речевой коммуникации. Наиболее важное место в комплексе терапевтических мер занимает логопедическая работа направленная на восстановление утраченных функций речи и разработку органов артикуляции.

РЕСПУБЛИКАЛЫҚ ҒЫЛЫМИ ОРТАЛЫҚТАҒЫ НЕЙРООҚАЛТУ БӨЛІМІ ШАРТТАРЫНДА ЕМДЕЛУШІЛЕРДІҢ СӨЙЛЕУІН ОҢАЛТУ

Садырбекова А.К.

Нейрохирургияның Республикалық ғылыми орталығы, Астана қаласы

Логопед әсері сөйлеу коммуникацияның әрекетіне, сөздегі маңызды бұзушылықты бастан кешірген науқас қатынасының коррекциясына афазия және дизартрияның әр түрлі формаларында бағытталған. Терапевтиялық шараларының кешеніне өте маңызды орынды сөздің жоғартылған функцияларына бағытталған логопед жұмысы және артикуляция мүшесінің өңдеуінде орналасады.

SPEECH REHABILITATION OF PATIENTS IN DEPARTMENT OF NEUROREHABILITATION IN THE REPUBLICAN SCIENTIFIC CENTER

Sadyrbekova A.

Republican scientific center of neurosurgery, Astana

Abstract The effects of speech therapy in various forms of aphasia and dysarthria is directed at correcting the attitude of the patient with serious speech disorders to the acts of verbal communication. The most important in the complex of therapeutic measures is speech therapy work which aimed at restoring lost function and the development of organs of articulation.

Последние годы изучение различных аспектов цереброваскулярной патологии значительно активизировалось, что привело к существенному прогрессу в области снижения смертности от этого заболевания, профилактики, лечения и восстановления после перенесенного инсульта. Стало очевидно, что инсульт можно не только успешно предупредить, но и вылечить с практически полным восстановлением неврологических функций. (1) Однако, несмотря на то, что цереброваскулярная катастрофа уже не рассматривается как приговор, остается еще очень много нерешенных вопросов, в частности проблема восстановления речевой функции. К частным симптомам, сопровождающих инсульт относятся речевые расстройства - афазии и дизартрии. Речь является средством выражения мысли и одновременно - способом контакта между людьми. Речевая функция осуществляется при участии высших центров речи в височной и лобной долях коры головного мозга, а также

исполнительного органа: артикуляционного аппарата.

При нарушении функции исполнительного аппарата возникают дизартрии- затруднение или невозможность произнесения слов вследствие неполного участия или недостаточной координации между собой губ, языка, неба. Такие дефекты чаще развиваются при поражении некоторых черепно-мозговых нервов (подъязычного, лицевого, блуждающего) и других ядер в головном мозгу, или при двустороннем поражении волокон, идущих от головного мозга к этим ядрам. С неврологической точки зрения различают следующие виды дизартрии: бульбарную, псевдобульбарную, подкорковую, мозжечковую и корковую. Родовая общность всех указанных форм дизартрии у взрослых людей (точнее, у лиц уже сложившейся речи) подчеркивается следующими моментами: очаговыми поражениями двигательных отделов центральной или периферической нервной системы и расстройство произносительной

стороны устной речи при полноценной системе фонем, полном словаре и сохранном грамматическом строе.

При поражении корковых речевых центров или путей, связывающих их с другими отделами центральной нервной системы, возникает – афазия. Различают моторную, сенсорную, амнестическую и смешанную формы афазии, развивающиеся в зависимости от места поражения головного мозга. Афазия – это системное нарушение речи, которое возникает при органических поражениях мозга, охватывает разные уровни организации речи, влияет на ее связи с другими психическими процессами и приводит к дезинтеграции всей психической сферы человека, нарушая, прежде всего коммуникативную функцию речи. Все формы афазии существенно отличаются друг от друга по основному механизму, по клинической картине и по психологической структуре нарушения речи. Общим для всех форм афазии является системное нарушение речи. Каждая форма афазии возникает при поражении определенного участка коры левого полушария мозга, и находится в зависимости от локализации очага поражения и фактора. В одних случаях афазия протекает как грубое нарушение – устной – экспрессивной и импрессивной речи, в других – как нарушение импрессивной речи из-за дефектов понимания логико-грамматических конструкций речи. Во многих случаях афазия сопровождается аграфией и алексией. (2)

Поскольку речь, прежде всего, является средством общения, то центральным дефектом при всех формах афазии и дизартрии, нарушение ее коммуникативной функции ведущее в сложных случаях к полной неспособности больных к вербальной форме общения. Поэтому комплексная диагностика и коррекция речевых расстройств должны осуществляться совместными усилиями логопедов, психологов и врачей.

Основным в реабилитации больных с постинсультными речевыми нарушениями являются длительные и систематические занятия по восстановлению речи, чтения, письма, проводимые логопедом – афазиологом. В Астане в Республиканском научном центре нейрохирургии в отделении нейрореабилитации организована логопедическая служба, обеспечивающая коррекционную помощь больным, перенесшим инсульт, оперативное вмешательство, травмы головного мозга. Логопед, вооруженный знаниями нейropsychологии, квалифицированно проводит системный анализ высших психических функций в целях постановки топического и речевого диагноза, намечает пути реабилитации.

Речевую реабилитацию больных с афазией, обычно сопровождающейся нарушением письма (аграфией) и чтения (алексией), и дизартрией осуществляют логопеды-афазиологи. Занятия проводятся с пациентами в логопедическом кабинете научного центра нейрохирургии в среднем по 30-40 мин 5 раз в неделю. Занятия по восстановлению речи рекомендуют проводить на фоне приема ноотропов, сосудистых препаратов и общеукрепляющей терапии.

Речевую реабилитацию необходимо начинать уже в остром периоде инсульта, как только позволит общее состояние больного и состояние его сознания. В связи с большой истощаемостью пациентов занятия на первых этапах следует проводить по 10-15 минут. Задачей работы на раннем этапе инсульта является максимальное содействие спонтанному процессу восстановления, активизация темпа восстановления угнетенных и нарушенных речевых функций. Это связано с тем, что сразу после инсульта не всегда бывает, ясна форма афазии, в картине речевого расстройства имеется много функциональных, нейродинамических симптомов. Изжитию этих симптомов и призваны содействовать растормаживающие и стимулирующие приемы восстановления: сопряженное и отраженное и самостоятельное произнесение автоматизированных речевых рядов, стимулирование простых коммуникативных видов речи, глобального чтения и письма, преодоление расстройств произносительной стороны речи, работа над семантикой слова, восстановление аналитико-синтетического письма и чтения.

Система логопедического воздействия при дизартрии имеет комплексный характер: коррекция звукопроизношения сочетается с формированием звукового анализа и синтеза, развитием лексико-грамматической стороны речи и связного высказывания. Спецификой работы является сочетание с дифференцированным артикуляционным массажем и артикуляционной гимнастикой, логопедической ритмикой, общей лечебной физкультурой, физиотерапией и медикаментозным лечением.

Помимо индивидуальных занятий полезны групповые занятия (группа 3–5 человек) для улучшения коммуникативной стороны речи. Логопеды-афазиологи должны проводить постоянную работу с родственниками больного. Целью такой работы является ознакомление родственников со следующим:

- перспектива реабилитации;
- профилактика повторных инсультов;
- упражнения по кинезотерапии, восстановлению речи, чтения и письма,

которые они должны проводить с больным

на дому.

Литература:

1. Olesen J., Baker M.G., Freund T. et al. Consensus document on European brain research. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2006; 77; i1-i49
2. Визель Т.Г. Основы нейропсихологии. - М., 2005.

ВИТАМИНЫ ГРУППЫ «В» В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

*Сарбасова К.С., Усенбаева Р.Б., Бердыкенова А.Ж., Галым А.Г., Достоева Б.С., Мухамбетова Г.А.
Республиканская детская клиническая больница «Аксай»; КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова, г. Алматы*

Изучена переносимость витаминов группы В (препарат «Демотон В») в комплексе лечения заболеваний нервной системы у детей в возрастной категории от 8 месяцев до 15 лет. Выявлена положительная динамика с улучшением самочувствия, психо-эмоционального и неврологического статуса детей.

Ключевые слова: витамины группы В, демотон В, дети.

БАЛАЛАРДАҒЫ ЖҮЙКЕ ЖҮЙЕСІНІҢ АУРУЛАРЫНДА ЖҮЙЕЛІ ОҢАЛТУ КЕЗІНДЕГІ В ТОБЫ ДӘРУМЕНДЕРІНІҢ ҚОЛДАНЫЛУЫ

*Сарбасова К.С., Усембаева Р.Б., Бердыкенова А.Ж., Достоева Б.С., Галым А.Г., Мухамбетова Г.А.
Республикалық балалар клиникалық ауруханасы «Аксай»,
С.Ж. Асфендиярова ҚазҰМУ, Алматы қ.*

Жүйке жүйесінің ауруларымен ауыратын 8 айлық нарестеден 15 жасқа дейінгі аралықтағы В тобы (дәрілік заты «Демотон В») дәрумендерінің балалардағы әсері зерттелді. Нәтижеде науқастардың көніл-күйінің, жал-жағдайының, психо-эмоциональді фонының және неврологиялық статусының жақсаруы анықталды.

Түйінді сөздер: В тобының дәрумендері, дематон В, балалар.

VITAMINS "B" IN THE COMPLEX REHABILITATION OF DISEASES OF THE NERVOUS SYSTEM IN CHILDREN

*Sarbasova K.S., Usenbaeva R.B., Berdykenova A., Galym A.G., Dostaeva B.S., G.A. Mukhambetova
Republican Children's Clinical Hospital "Aksai"; KazNMU n.a. S.D. Asfendiyarov, Kazakhstan, Almaty*

The tolerability of B vitamins (drug "Demoton B") in the complex treatment of diseases of the nervous system in children in the age group from 8 months to 15 years. The positive dynamics with improved health, psycho-emotional and neurological status of children.

Keywords: vitamins, demoton into children.

Актуальность: Для нормальной жизнедеятельности и хорошего самочувствия человеку необходимы **витамины**, группа органических веществ, не синтезируемые клетками организма. Они выполняют важную роль в поддержании обмена веществ, усилении скорости окислительно-восстановительных процессов, влияют на антиоксидантную защиту организма. В комплексном лечении неврологических заболеваний особое значение имеют витамины группы В: В1, В2, В6 и В12. **Тиамин (витамин В1)** участвует в энергетических реакциях клетки, поддерживает функции пищеварительной, иммунной, нервной и сердечно-сосудистой систем, влияет на память. **Рибофлавин (витамин В2)** влияет на рост и восстановление клеток, входит в состав ферментов, играющих существенную роль в

реакциях окисления в тканях человека и регулируют обмен белков, жиров и углеводов. **Пиридоксин (витамин В6)** участвует в процессе кроветворения, укрепляет иммунитет за счет обеспечения нормального продуцирования Т-клеток, поддерживает здоровье сердечно-сосудистой системы, предотвращает образование сгустков крови, снижает вероятность развития инсульта, повышает работоспособность мозга, улучшает память, регулирует артериальное давление. **Цианокобаламин (витамин В12)** принимает активное участие в клеточном делении, влияет на состояние иммунной, нервной систем и клеток крови. Длительный дефицит витаминов группы В приводит к нарушениям деятельности центральной нервной системы, сопровождающимся судорогами и другими специфическими проявлениями. Витамин РР

способствует улучшению кровоснабжения тканей за счет улучшения состояния микроциркуляторного русла. При недостаточном поступлении указанных веществ повышается утомляемость, снижается работоспособность, сопротивляемость организма и гиповитаминоз пагубно влияет на растущий детский организм.

Цель исследования: Изучение переносимости препарата «Демотон В» в комплексе лечения заболеваний нервной системы у детей.

Материал и методы исследования: Изучены данные 21 пациента психо-неврологического отделения РДКБ «Акса́й» с различной патологией нервной системы в возрастной категории 8 месяцев - 2 года и 3-15 лет, получавших препарат Демотон в возрастной суточной дозе. Проведено клинко-неврологическое, нейропсихологическое, логопедическое исследования, нейрофизиологические (ЭЭГ, ЭМГ),

нейрорадиологические (КТ, МРТ головного мозга), которые позволили определить нозологическую форму заболевания и ведущий клинический синдром. Изучение препарата «Демотон В» провели с учетом его переносимости в комплексе лечения. Лечебный комплекс состоял из методов медикаментозной терапии, массажа, занятий лечебной физкультуры, физиолечения и занятий с психологом, логопедом. Подробно изучен аллергологический анамнез пациентов, длительность заболевания. Оценка клинической эффективности комплексного лечения проводили по градациям: выздоровление, улучшение, без динамики, ухудшение.

Результаты исследования и обсуждение: Препарат Демотон В получали дети внутримышечно, среднее количество полученных инъекций составили $9,24 \pm 0,55$. Характеристика группы по полу и возрасту представлена в таблице № 1.

Таблица -1 Половозрастная характеристика группы

возраст	8 мес.-2 года		3-6 лет		7-11 лет		12-15 лет		Всего	
пол	абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%
мальчики	1	9,52	2	9,52	4	19,05	4	14,29	11	52,38
девочки	1	9,52	3	14,29	2	9,52	3	14,29	10	47,62
Всего:	2	19,05	5	23,81	7	28,57	7	28,57	21	100

Согласно таблице, в группе исследования преобладали дети возрастной категории 7-11 и 12-15 лет, составив по 28,57% наблюдений. Мальчики составили - 52,38% наблюдений, девочки – 47,62% от всей группы. Назначение препарата «Демотон

В» в различных возрастных категориях позволило оценить его влияние на детский организм, профиль переносимости. Нозологические формы с клиническими синдромами указаны в таблице № 2.

Таблица – 2 Клинико-неврологическая характеристика группы

Клинический синдром	Центральный парез	Периферический парез	Миастенический	Астеноневротический	Гиперкинетический	Психо-речевые расстройства
Нозологическая форма						
Церебральный паралич (n=4)	4				2	2
Прогрессирующая мышечная дистрофия (n=2)		2				
Патология периферической нервной системы (n=4)		4				
Демиелинизирующие заболевания (n=1)	1					1
Эпилепсия (n=2)				2		2
Миастения (n=2)			2	2		
Последствие ЧМТ (n=3)	2			1		1
Резидуально-органическое состояние ЦНС (n=3)				2	1	
Всего	7	6	2	7	3	6

В обследуемой группе отмечалось сочетание нескольких клинических синдромов, обусловленных органическим поражением нервной системы. Основные неврологические синдромы представлены центральными и периферическими парезами, гиперкинетическими расстройствами, астеноневротическими состояниями и задержкой становления психо-речевых функций, снижение зрительной и слухоречевой памяти, нарушение удержания активного внимания и поведения.

В результате проведенного комплексного лечения отмечено улучшение самочувствия, психо-эмоционального статуса и неврологических данных у 18 детей (80,95%); в одном случае восстановление функций лицевого нерва (4,76%); в двух случаях динамика не наблюдалась и обусловлена нозологической формой, степенью тяжести, стадией заболевания. Подбор пациентов в

группу исследования позволил избежать нежелательных аллергических реакций на фармакологические препараты, в частности, на витамины группы В. Профиль переносимости комплексного лечения с применением физиотерапевтических методов, сеансов массажа, лечебной физкультуры и различных фармакологических препаратов в группе детей отмечен как хороший.

Таким образом, проведенное исследование позволило оценить комплексное лечение, выявить положительную динамику в неврологическом статусе детей с различной органической патологией нервной системы. Показан хороший профиль переносимости парентерального введения препарата «Демотон В» детям от 8 месяцев жизни до 15 лет при обязательном учете аллергологического анамнеза.

СТРУКТУРА КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ ЦЕНТРА КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ В ПЕРМСКОМ КРАЕ

В.Г. Черкасова, А.М. Манташова, П.Н. Чайников

*ГБОУ ВПО ПГМА имени академика Е.А. Вагнера Минздравсоцразвития России,
Кафедра спортивной медицины и реабилитологии с курсом геронтологии, г. Пермь, Россия*

Деменция и недементные когнитивные нарушения по распространенности являются ведущими среди заболеваний головного мозга. За 30 месяцев работы Центра когнитивных нарушений нами было обследовано 1093 пациента, среди которых 448 мужчин (41%) и 645 женщин (59%). Средний возраст пациентов $64,1 \pm 11,3$ г. На основании проведенных обследований определены основные причины УКР: дисциркуляторная энцефалопатия - 193 больных (31%), посттравматическая энцефалопатия - 87 больных (14%), дисметаболическая энцефалопатия при соматических заболеваниях - 62 больных (10%), дегенеративные заболевания ЦНС - 56 больных (9%); причины деменции: смешанная деменция у 117 пациентов (25%), вероятная болезнь Альцгеймера у 174 пациентов (37%), болезнь с диффузными тельцами Леви у 47 пациентов (10%), сосудистая деменция у 52 пациентов (11%). Таким образом, когнитивные нарушения являются серьезной медико-социальной и социально-экономической проблемой, в мире и России в целом и в Пермском крае в частности. Несомненно, своевременная постановка диагноза и адекватная специфическая терапия играют важную роль в решении данной проблемы.

ПЕРМ ӨЛКЕСІНІҢ КОГНИТИВТІ БҰЗУШЫЛЫҒЫ ОРТАЛЫҒЫНДАҒЫ ЕМДЕЛУШІЛЕРІНДЕ КОГНИТИВТІ БҰЗУШЫЛЫҒЫНЫҢ ҚҰРЫЛЫМЫ

В.Г. Черкасова, А.М. Манташова, П.Н. Чайников

«Академик Е.А.Вагнер атындағы Перм мемлекеттік медициналық академиясы» жоғарғы кәсіби білімінің мемлекеттік бюджеттік білім беретін мекемесі, Ресейдің денсаулық сақтау министрлігінің әлеуметтік дамуы, Перм қ., Ресей

Спорт медицина және реабилитология кафедрасының геронтология курсымен бірге

Деменция және деменция емес когнитивті бұзушылықтары ми ауруларының арасында көп таралған болып есептеледі. Когнитивті бұзушылықтарының орталығында 1093 емделуші тексерілді, оның ішінде 448 еркектер (41%) және әйелдер 645 (59%). Емделушілерінің орташа жас шамасы $64,1 \pm 11,3$ жас. Шамалы когнитивті бұзылуларының негізгі өткізілген тексерудің себебі негізде анықталғаны: дисциркуляторлы энцефалопатия - 193 науқас (31%), жарақаттанудан кейінгі энцефалопатия 87 науқас (14%), соматиялық аурулар кезінде дисметаболикалық энцефалопатия - 62 науқас (10%), ОЖЖ дегенеративті аурулары 56 науқас (9%); деменцияның себептері: аралас деменция 117 науқас (25%), ықтимал Альцгеймер ауру 174 науқас (37%), диффузиялық Леви түйіршігі бар ауру 47 науқас (10%), қан тамыр деменциясы 52 науқаста (11%). Сайып келгенде, әлемде және жеке алғанда Ресей мен Пермдік өлкеде когнитивті бұзушылықтары маңызды медицина-әлеуметтік және әлеуметтік-экономикалық мәселе болып табылады. Әлбетте, диагноздың дер кезінде қойылуы және бірдей ерекше терапия осы мәселені шешуде маңызды рөл ойнайды.

STRUCTURE OF COGNITIVE DISORDERS IN PATIENTS OF THE CENTER OF COGNITIVE IMPAIRMENT IN THE PERM REGION

V.G. Cherkasova, A.M. Mantashova, P.N. Chaynikov

"Perm State Medical Academy named after academician E.A. Wagner", Ministry of Health and Social Development, Russia, Department of Sports Medicine and Rehabilitation with Gerontology Course, Perm, Russia

Dementia and mild cognitive impairment are the leading diseases of the brain. For 30 months the Centre of cognitive impairment we examined 1093 patients, including 448 men (41%) and 645 women (59%). The average age of patients was $64,1 \pm 11,3$. The main reasons of MCI are encephalopathy - 193 patients (31%), post-traumatic encephalopathy - 87 patients (14%), dysmetabolic encephalopathy in somatic diseases - 62 patients (10%), degenerative diseases of the CNS - 56 patients (9 %); the main reasons of dementia are mixed dementia in 117 patients (25%), Alzheimer's disease in 174 patients (37%), a disease with diffuse Lewy bodies in 47 patients (10%), vascular dementia in 52 patients (11%). Thus, cognitive impairment is a serious medical and social and socio-economic problem in the world and Russia in general and in the Perm region in particular. Undoubtedly, timely diagnosis and adequate specific therapy plays an important role in solving this problem.

Деменция и недементные когнитивные нарушения по распространенности являются ведущими среди заболеваний головного мозга.

Сегодня в странах Евросоюза деменцию относят к числу одной из самых серьезных проблем здравоохранения в 21 веке: она наблюдается у 6-7% людей старше 65 лет [5]. Наиболее часто встречающейся формой деменции во многих странах является болезнь Альцгеймера (БА), которая занимает 2-3 место по величине расходов на медицинскую и социальную помощь среди неврологических и психологических расстройств. Еще чаще встречаются недементные когнитивные нарушения [4].

В настоящее время из 142,9 млн. человек (данные предварительных итогов Всероссийской переписи населения 2010 года Федеральной службы государственной статистики), постоянно проживающих в Российской Федерации, количество лиц пожилого и старческого возраста более 44 млн. человек. Исходя из этих данных, около 3 млн. лиц старше 65 лет страдает деменцией [3].

Согласно исследованиям, проведенным Центром психического здоровья РАМН, распространенность болезни Альцгеймера в нашей стране примерно такая же, как на Западе. После 70 лет старческим слабоумием страдают 4,6% людей, после 80 лет – 16-18% [1].

По данным «Пермстата» на 2010г в Пермском крае проживает лиц старше трудоспособного возраста 543 743 человек, в г.Перми 208 060 человек, на основании поло-возрастных характеристик предполагаемое количество больных с деменцией (большую часть занимает БА) в Пермском крае составляет более 38 тысяч человек, в г. Перми более 15 тысяч человек [2].

За 30 месяцев работы Центра когнитивных нарушений (ЦКН) (за период с 01.06.09 по 01.01.2012) нами было обследовано 1093 пациента, среди которых 448 мужчин (41%) и 645 женщин(59%). Средний возраст пациентов 64,1 ± 11,3г. Всего за 30 месяцев было выполнено 2124 посещений ЦКН: однократное посещение – 578 пациентов (53%), повторные посещения – 201 (18%), трижды консультировались - 112 пациентов (10%) и были 4 раза на приеме – 202 пациента (19%).

Целями направления в центр когнитивных нарушений явились - уточнение диагноза у 89%, рекомендации по лечению- 96%, помощь в решении экспертных вопросов - 36%, получение рекомендаций по направлению на обследование, в т.ч. дорогостоящее (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография) - 11%, направление на госпитализацию - 5%.

Среди обследованных пациентов синдром умеренных когнитивных расстройств диагностирован у 623 человек (57%), деменция разной степени имела место у 470 человек (43%) и представлена в легкой степени у 99 пациентов (21%), в средней степени у 254 пациентов (54%), в тяжелой степени у 117 пациентов (25%).

Всем пациентам проводили клиническое неврологическое обследование, а также стандартизированное нейропсихологическое тестирование, направленное как на выявление степени выраженности когнитивных нарушений (MMSE, батарея лобной дисфункции, тест рисования часов), так и на нозологическую диагностику. Для верификации причины когнитивных нарушений использовались «Критерии диагноза «вероятная болезнь Альцгеймера» NINDS – ADRDRA, «Критерии клинического диагноза деменции с тельцами Леви, «Критерии клинического диагноза «вероятная сосудистая деменция» NINCDS-AIREN «Критерии клинического диагноза фронто-темпоральная деменция». Для верификации потенциальных причин вторичной деменции проводились: общий анализ крови, биохимические показатели функции печени и почек, ЭКГ, по индивидуальным показаниям – исследование гормонов щитовидной железы, дуплексное (триплексное) сканирование брахиоцефальных артерий, МРТ головного мозга.

На основании проведенных обследований и статистической обработки полученной информации, структура когнитивных расстройств представлена следующим образом: 1. Причины УКР: дисциркуляторная энцефалопатия - 193 больных (31%), посттравматическая энцефалопатия - 87 больных (14%), дисметаболическая энцефалопатия при соматических заболеваниях имела место у 62 больных (10%), дегенеративные заболевания ЦНС –56 больных (9%), УКР при эпилепсии - 13 больных (2%), гипотиреоз – 87 больных (14%), психогенный характер когнитивных нарушений- 6 больных (1%), смешанные- 69 больных (11%), прочие- 50 больных (8%); 2. Причины деменции: смешанная деменция у 117 пациентов (25%), вероятная болезнь Альцгеймера у 174 пациентов (37%), болезнь с диффузными тельцами Леви у 47 пациентов (10%), сосудистая деменция у 52 пациентов (11%), посттравматическая деменция у 19 пациентов (4%), алкогольная деменция имела место у 9 пациентов (2%), гипотиреоидная деменция у 9 пациентов (2%), болезнь Паркинсона с деменцией у 5 пациентов (1%), фронто-темпоральная деменция у 19 пациентов (4%), состояние после удаления опухолей височно-теменной локализации у 5

пациентов (1%) и прочие причины у 14 пациентов (3%).

При наличии деменции пациентам ЦКН рекомендовалась терапия: галантамин (реминил) – 202 больным (43%); ривастигмин (ТТС экселон) 137 больным (28%), мемантин 226 больным (48%), церебролизин 193 больным (41%) и нейромидин в сочетании с мемантином 52 больным (11%).

Таким образом, когнитивные нарушения являются серьезной медико-социальной и социально-экономической проблемой, в мире и России в целом и в Пермском крае в частности. Несомненно, своевременная постановка диагноза и адекватная специфическая терапия играют важную роль в решении данной проблемы.

В Пермском крае проблема когнитивных нарушений решается посредством организации специализированной неврологической помощи пациентам с когнитивными нарушениями - Центра когнитивных нарушений. С 1 февраля 2012 года ЦКН расширил рамки своей деятельности.

Появилась возможность принимать больных без специальных электронных направлений, выдаваемых в поликлиниках по месту жительства. Сохранен бесплатный и введен платный прием по доступным «социальным» ценам. Непосредственно в Центре можно пройти дополнительные исследования (УЗИ, лабораторная диагностика) и получить консультацию смежных специалистов, в том числе психолога. Больные могут быть направлены на МРТ-диагностику головного мозга по специальной методике визуализации. С марта начинает работу школа для пациентов с нарушениями памяти и других когнитивных функций.

Таким образом, главной задачей работы Центра когнитивных нарушений является индивидуальное ведение пациентов с нарушениями памяти - от диагностики заболевания до максимального улучшения качества жизни пациента и его родственников с использованием как медикаментозных так и нелекарственных методов.

Литература:

1. Дамулин И.В. Болезнь Альцгеймера и сосудистая деменция /под ред. Н.Н. Яхно. – М., 2008.
2. Демографическая характеристика населения Пермского края. //Выписка из статистического реестра Пермстата от 31.03.2011г. - Пермь, 2011г.
3. Левин О.С. Диагностика и лечение деменции в клинической практике /О.С. Левин. - М., 2010.
4. Яхно Н.Н. Деменции /Н.Н. Яхно, В.В. Захаров, А.Б. Локшина и др. // Нарушения памяти при соматических заболеваниях. - М., 2010.
5. Corey-Bloom J. Diagnosis and evaluations of dementia /J. Corey-Bloom, L. Thal, D. Galasko //Neurology. - 2004.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ЛИЦ ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА

В.Г. Черкасова, Н.А. Зимушкина, А.М. Манташова

ГБОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Минздравсоцразвития России

Кафедра спортивной медицины и реабилитологии с курсом геронтологии, г. Пермь, Россия

Цель исследования: изучить гендерные особенности когнитивного статуса лиц зрелого возраста во взаимосвязи с межполушарной асимметрией и тонусом вегетативной нервной системы. Материалы и методы. Обследовано 920 человек: мужчин 503 (55%), женщин 417 (45%). Средний возраст $32,6 \pm 4,5$ лет. Всем обследованным проводились следующие стандартизированные исследования: клиническое неврологическое, лабораторное и инструментальное, осмотр специалистов, определение тонуса вегетативной нервной системы (индекс Кердо), исследование межполушарной асимметрии, исследование когнитивных функций. Результаты и их обсуждение: При оценке межполушарной асимметрии определяются различия во всех возрастных группах у мужчин и женщин. Результаты представлены в таблицах 1 и 2. Выводы: выявлены гендерные особенности когнитивных нарушений у лиц зрелого возраста, с корреляционной зависимостью памяти на числа и зрительно-пространственного гнозиса у женщин – с тонусом вегетативной нервной системы, отсроченным воспроизведением серии слов с амбидекстрией у женщин; памятью на слова и логического мышления с возрастом у мужчин.

ЕСЕЙГЕН ШАҚТАҒЫ ТҰЛҒАЛАРДА КОГНИТИВТІ БҰЗУШЫЛЫҚТАРДЫҢ ГЕНДЕРЛІК ЕРЕКШЕЛІГІ

В.Г. Черкасова, Н.А. Зимушкина, А.М. Манташова

www.kaznmu.kz

«Академик Е.А.Вагнер атындағы Перм мемлекеттік медициналық академиясы» жоғарғы кәсіби білімінің мемлекеттік бюджеттік білім беретін мекемесі, Ресейдің денсаулық сақтау министрлігінің әлеуметтік дамуы, Ресей

Спорт медицина және реабилитология кафедрасының геронтология курсымен бірге

Зерттеудің мақсаты: жартылай шар аралық асимметриясы бар есейген шақтағы тұлғаларының өзара байланыстағы когнитивті мәртебесінің гендер ерекшеліктерін және вегетативтік жүйке жүйесінің тонусын зерттеу. Материалдар және әдістер. 920 адам тексерілді: 503(55%) еркек, 417(45%) әйел. Орташа жас шамасы $32,6 \pm 4,5$ жыл. Барлық тексерілген адамдарға келесі стандартталған зерттеулер жүргізілді: клиникалық, неврологиялық, лабораториялық және аспапты, мамандардың тексеруі, вегетативтік жүйке жүйесінің тонусының (Кердо индексі) анықтауы, жартылай шар аралық асимметрияның когнитивті функцияларының зерттеуі. Нәтижелер және олардың талқылауы: Жартылай шар аралық асимметрияның бағасы кезінде барлық ер және әйел топтардағы жас шамасына байланысты айырмашылығы анықталады. Нәтижелер 1 және 2 кестеде көрсетілген. Қорытындылар: есейген шақтағы тұлғаларында когнитивті бұзушылықтардың гендерлік ерекшеліктері анықталды, әйелдерде сан және көру кеңістіктің гнозисындағы жадтың корреляция тәуелділігі, ал ерлерде - вегетативтік жүйке жүйесінің тонусы, әйелдерде амбидекстриясы бар сөз топтамасын кейінге қалдыруы; жадпен сөзге және еркектерде жас шамасымен логикалық ойлауы.

GENDER FEATURES OF COGNITIVE IMPAIRMENTS IN MIDDLE-AGED PERSONS

V.G. Cherkasova, N.A. Zimushkina, A.M. Mantashova

"Perm State Medical Academy named after academician E.A. Wagner", Ministry of Health and Social Development, Russia

Department of Sports Medicine and Rehabilitation with Gerontology Course

Aim: to study gender-specific cognitive status of persons of mature age in relation to the hemispheric asymmetry and tone of the autonomic nervous system. Materials and methods. A total of 920 people: 503 men (55%), women 417 (45%). Mean age $32,6 \pm 4,5$ years. All surveyed were conducted following standardized: clinical neurology, definition tone of the autonomic nervous system (index Kerdo), the study of asymmetry, the study of cognitive function. Results and Discussion: In assessing hemispheric asymmetry determined differences in all age groups for men and women. Results are presented in Tab.1 and 2. Conclusions: The identified gender-specific cognitive decline in middle-aged individuals, with the correlation dependence of memory and visual-spatial gnosis women - with the tone of the autonomic nervous system, otstrochennym back a series of words with ambidexterity in women, memory for words and logical thinking with age in men.

Несмотря на определенные достижения молекулярной биологии, генетики, нейробиологии, нейрофизиологии и других фундаментальных дисциплин в части изучения половых особенностей нейроанатомии в целом и когнитивных функций в частности, остается малоизученной огромная область, как половых, так и гендерных (в традиционном понимании этих терминов) особенностей когнитивных функций и когнитивных расстройств, в том числе и у лиц зрелого (трудоспособного) возраста [1,3].

Цель исследования: изучить гендерные особенности когнитивного статуса лиц зрелого возраста во взаимосвязи с межполушарной асимметрией и тонусом вегетативной нервной системы.

Материалы и методы: за период с 09. 2008 г. по 03. 2010 г. при проведении периодических медицинских осмотров обследовано 920 человек. Из них мужчин 503 (55%), женщин 417 (45%). Средний возраст обследованных составил $32,6 \pm 4,5$ лет, мужчин - $29,2 \pm 5,4$ года, женщин $33,4 \pm 4,0$ года. Критерии включения: возраст 20-39 лет, работа на одном из предприятий г. Перми,

информированное согласие на участие в исследовании. Критерии исключения: прием нейрометаболических препаратов, транквилизаторов, антидепрессантов, гипнотиков, психоактивных препаратов во время или за три недели до исследования, отказ от исследования. Осмотр производился однократно, не предполагая динамического наблюдения.

Всем обследованным проводились следующие стандартизированные исследования:

- 1) клиническое неврологическое
- 2) лабораторное (ОАК, ОАМ, биохимические показатели в соответствии с нормативными документами)
- 3) инструментальное – электрокардиография (ЭКГ)
- 4) осмотр окулиста, оториноларинголога, хирурга, дерматолога, гинеколога (женщины), терапевта
- 5) определение тонуса вегетативной нервной системы (индекс Кердо)
- 6) исследование межполушарной асимметрии

7) исследование когнитивных функций (память, внимание, мышление, пространственный гнозис, речь)

Результаты и их обсуждение: При оценке межполушарной асимметрии определяются различия во всех возрастных группах у мужчин и женщин. Так, у мужчин в возрасте 20-29 лет праворукими являлись 96 человек (57,3%), леворукими 31 (13,8%), амбидекстрами – 65 (28,9%), а в возрастной группе 30-39 данные соотношения изменились следующим образом: праворукие составили 179 человек (64,4%), леворукие - 53 (19,1%), амбидекстров было значительно меньше, чем в более молодом возрасте – 46 человек (16,5%). У женщин среди 20-29 летних праворуких было 71 человек (54,2%), леворуких 35 (26,7%), амбидекстров 25 (19,1%), а в возрасте 30-39 лет относительное количество праворуких практически не изменилось – 151 человек (52,8%), тогда как леворукость стала

гораздо более редким явлением – 46 человек (16,1%), напротив, амбидекстрия стала более частой и была зафиксирована нами у 89 женщин (31,1%).

Предпосылками к исследованию вегетативной нервной системы в отношении выявления возможной связи вегетативных и когнитивных нарушений явились общность анатомических структур, обеспечивающих вегетативные, эмоциональные и когнитивные функции. Лимбическая система участвует в регуляции вегетативно-висцерогормональных функций, направленных на обеспечение различных форм деятельности (пищевое и сексуальное поведение, процессы сохранения вида), в регуляции систем, обеспечивающих сон и бодрствование, эмоциональную сферу, а также и те функции, которые мы называем когнитивными – внимание, процессы памяти, осуществляя таким образом соматовегетативную интеграцию [2,4].

Таблица 1 - Тонус вегетативной нервной системы у мужчин и женщин при вычислении вегетативного индекса Кердо

	эйтония ВИК=0	парасимпатикотония ВИК < 0	симпатикотония ВИК > 0
Мужчины (n=503)	277 (55%)	70 (14%)	156 (31%)
Женщины (n=417)	158 (38%)	192 (46%)	67 (16%)
Всего (n=920)	435 (47%)	262 (29%)	223 (24%)

Таблица 2 - Показатели функциональной межполушарной асимметрии в зависимости от пола

Показатели	мужчины, n=503		женщины, n=417	
	20-29 лет n=225	30-39 лет n=278	20-29 лет n=131	30-39 лет n=286
Возраст, годы				
Праворукие	96 57,3%	179 64,4%	71 54,2%	151 52,8%
Леворукие	31 13,8%	53 19,1%	35 26,7%	46 16,1%
Амбидекстры	65 28,9%	46 16,5%	25 19,1%	89 31,1%

Расчет корреляционных связей изучаемых показателей с полом больных при помощи коэффициента Кендалла позволил выявить достоверные отрицательные корреляции вегетативного тонуса ($p=0,025152$), уровня когнитивных нарушений – памяти на числа ($p=0,002815$) и зрительно-пространственного гнозиса ($p=0,032795$) с женским полом. Достоверные положительные корреляции выявлены в отношении когнитивных показателей-

www.kaznmu.kz

память на слова, отсроченное воспроизведение ($p=0,028103$) и амбидекстрии у женщин. Память на слова ($p=0,049910$) и логическое мышление ($p=0,041189$) обратно коррелировала с возрастом у мужчин; и прямо коррелировала (память на слова $p=0,031171$, логическое мышление $p=0,005589$) с возрастом у женщин.

Выводы: выявлены гендерные особенности когнитивных нарушений у лиц зрелого возраста, с корреляционной зависимостью памяти на числа и

зрительно-пространственного гнозиса у женщин – с тонусом вегетативной нервной системы, отсроченным воспроизведением серии слов с амбидекстрией у женщин; памятью на слова

(непосредственное и отсроченное воспроизведение) и логического мышления с возрастом у мужчин.

Литература:

1. Гендерная психология / под ред. И.С. Клецина. - М., 2009. - 494с.
2. Захаров В.В. Нарушения памяти у пожилых /В.В. Захаров //Русский медицинский журнал. - 2003. - Т.11, №3. - С. 598-602.
3. Лурия А.Р. Нейропсихология /А.Р. Лурия. - М.: Медицина, 2003. - 402с.
4. Яхно Н.Н. Деменции /Н.Н. Яхно, В.В. Захаров, А.Б. Локшина и др. //Нарушения памяти при соматических заболеваниях. - М., 2010.

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ЯТРОГЕНИИ КАК ПРИЧИНА КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

В.Г. Черкасова, А.М. Манташова, Н.А. Зимушкина

ГБОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Минздравсоцразвития России,

Кафедра спортивной медицины и реабилитологии с курсом геронтологии, г. Пермь, Россия

Целью данного исследования явилось изучение ятрогенных (лекарственных) когнитивных нарушений у пациентов геронтологического центра. Материалы и методы. Нами обследовано 120 пациентов (мужчин - 38%, женщин 62%). Средний возраст составил $76,7 \pm 15,4$ г. Всем пациентам проведено клиническое неврологическое обследование и нейропсихологическое тестирование после как минимум 2-х месяцев пребывания в центре. Кроме того, проанализированы все истории болезни и зафиксированы группы лекарственных препаратов и конкретные средства, которые больной принимал в течение последних 2-х месяцев. Результаты и их обсуждение. При исходном тестировании показатели когнитивной сферы были следующими: нормальное состояние когнитивной сферы у 13 человек (11%), умеренные когнитивные расстройства у 44 (37%) больных, деменция у 48 пациентов (40%), в том числе легкой степени у 9 (8%), умеренной степени у 20 (17%) и выраженной степени у 15 (12%) пациентов. Всего пациенты геронтологического центра за изучаемый отрезок времени получили 458 медикаментозных назначений. Количество препаратов, принимаемых пациентом одновременно, варьировало от 1 до 13, в среднем – 4,4. Всего 93 (78%) пациента получали 104 препарата, оказывающих отрицательное влияние на когнитивные функции. Заключение. Частота лечебных ятрогений у пожилых и старых людей в 2-3 раза выше, чем у более молодых пациентов, причем часть не распознается и принимается больным и врачами за проявления основного заболевания или его осложнения. Медикаментозные осложнения могут преобладать в клинической картине и нарушать качество жизни в большей степени, чем основное заболевание (лекарственный паркинсонизм, падения, запоры, задержка мочи, когнитивные нарушения). Ориентация врача не только на достижение ближайшего результата, но и на безопасность в плане сохранения качества жизни пациента приобретает особую актуальность при лечении пациентов пожилого и старческого возраста.

ДӘРІ ЯТРОГЕНИЯЛАР ЕГДЕ ЖАС ТҮЛҒАЛАРЫНДА КОГНИТИВТІ БҰЗУШЫЛЫҚТАРЫНЫҢ СЕБЕБІ РЕТІНДЕ

В.Г. Черкасова, А.М. Манташова, Н.А. Зимушкина

«Академик Е.А.Вагнер атындағы Перм мемлекеттік медициналық академиясы» жоғарғы кәсіби білімінің мемлекеттік бюджеттік білім беретін мекемесі, Ресейдің денсаулық сақтау министрлігінің әлеуметтік дамуы, Ресей

Спорт медицина және реабилитология кафедрасының геронтология курсымен бірге

Осы зерттеудің мақсаты геронтология орталығының емделушілерінде ятрогенді (дәрі) когнитивті бұзушылықтарының зерттеуі болды. Материалдар және әдістер. Біз 120 (еркектер - 38%, әйелдер 62%) емделушіні тексердік. Емделушілердің орташа жас шамасы $76,7 \pm 15,4$ жыл. 2 ай шамадан кейін барлық емделушілерге клиникалық неврологиялық тексеру және нейропсихологиялық тестілеу жүргізілді. Бұдан басқа, аурудың барлық тарихы талқылаған және дәрі препараттардың тобы және ауру ағымында соңғы 2 айда қабылданған нақты құралдар жазылып қойған. Нәтижелер және олардың талқылауы. Когнитивті саласының көрсеткіштері бастапқы тестілеуде келесі болды: 13 адамда (11%) когнитивті саласының қалыпты жағдайы, 44

(37%) науқаста бірқалыпты когнитивті бұзулулар, 48 (40%) емделушілерде деменция жағдайы, соның ішінде жеңіл дәрежеде 9 (8%), бірқалыпты дәрежеде 20 (17%) және бейнеленген дәрежеде 15 (12%) емделушілерде анықталды. Зерттелген уақыт мерзімінде геронтология орталығының барлық емделушілері 458 дәрі-дәрмекпен тағайындауларды алды. Емделушімен бір уақытта қолданылған препараттардың санын 1-ден 13 аралығындағы өзгерді, орташа - 4,4. Когнитивті функцияларына теріс ықпал көрсететін 104 препараттарды барлық 93 (78%) емделуші алды. Қорытынды. Емдік ятрогениялардың жиілігі жас емделушіге қарағанда егде және қарияларда 2-3 есе жоғары, негізгі аурудың әсер етуі немесе оның кедергілеріне дәрігерлермен науқастар қабылдайды және анықталмайды. Негізгі ауруға (дәрі паркинсонизм, құлау, тиектер, қуық кідірісі, когнитивті бұзушылықтар) қарағанда дәрі-дәрмектік кедергілер клиникалық суретте басым болуға және тұрмыс сапасын үлкен дәрежеде бұза алады. Дәрігердің бағыты нәтиженің табысында ғана емес, егде және қарттық жас шамасындағы емделушілерінің емдеуі кезінде тұрмыс сапасының сақтауы жоспарында қауіпсіздігі маңызды орын алады.

DRUG IATROGENESIS AS A CAUSE OF COGNITIVE IMPAIRMENTS IN THE ELDERLY

V.G. Cherkasova, A.M. Mantashova, N.A. Zimushkina

“Perm State Medical Academy named after academician E.A. Wagner”, Ministry of Health and Social Development, Russia

Department of Sports Medicine and Rehabilitation with Gerontology Course

The purpose of this study was to examine iatrogenic (drugs) cognitive impairments in patients of gerontology center. Materials and methods: We examined 120 patients (men 38%, women 62%). The average age was $76,7 \pm 15,4$. All participants underwent a clinical neurological examination and neuropsychological testing after at least 2 months in the middle. In addition, the analysis of all medical cases and documented group of drugs and specific tools that the patient received in the last 2 months. Results and discussion: cognitive performance shown normal cognitive function in 13 people (11%), mild cognitive impairment and 44 (37%) patients, dementia in 48 patients (40%), including mild in 9 (8%), moderate in 20 (17%) and severe degree in 15 (12%) patients. All patients gerontology center over the study time period were 458 medicinal purposes. The amount of drugs taken by the patient at the same time varied from 1 to 13, on average - 4.4. Only 93 (78%) of 104 patients received the drug, with adverse effects on cognitive function. Conclusion: The frequency of treatment of iatrogenic in older people are 2-3 times higher than in younger patients, and part is not recognized and accepted by patients and physicians in the manifestations of the underlying disease or its complications. Medication complications may dominate the clinical picture and disrupt the quality of life to a greater extent than the underlying disease (drug parkinsonism, falls, constipation, urinary retention, and cognitive impairment). The orientation of the doctor not only to achieve immediate results, but also for security in terms of preserving the quality of life of the patient is of particular relevance in the treatment of elderly and senile age.

Возрастные анатомо-физиологические особенности головного мозга в пожилом возрасте имеют макро и микроскопические, а также нейромедиаторные стигмы. Так, уменьшение массы мозга начинается уже после 40 лет у мужчин и 50 лет у женщин, достигая максимума к 70 годам [4,8]. Характерным признаком возрастных изменений являются также расширение желудочковой системы мозга и борозд (лобные, теменные, височные) [5]. С 20 до 80 лет утрачивается 30-50% нейронов (кора, гиппокамп, подкорковые ядра, ядра лицевых нервов, блуждающих нервов. Неизбежно происходят дистрофические изменения в глии с дегенерацией дендритов, аксонов, замедлением нейронального транспорта и формированием порочного круга дегенерации [7, 8].

Патоморфологическими исследованиями установлено, что качественные признаки (утрата нейронов, амилоидные бляшки, нейрофибрилярные клубочки и др.) достаточно универсальны и имеют место как при физиологической атрофии головного мозга, так и

при большинстве патологических атрофий [8], имея лишь различную количественную представленность.

Как следствие возрастных морфологических изменений головного мозга видоизменяется и нейромедиаторное обеспечение церебральных структур [6]. Со временем развивается дофаминергическая, норадреналинергическая и холинергическая недостаточность, а также дисбаланс в глутаматергической и серотонинергической системах, что имеет соответствующие клинические проявления и, безусловно, отражается на церебральном уровне воздействия фармакологических средств [1,3], включая развитие побочных эффектов терапии, развитие которых не характерно для пациентов младших возрастных групп.

Целью данного исследования явилось изучение ятрогенных (лекарственных) когнитивных нарушений у лиц пожилого и старческого возраста – пациентов геронтологического центра.

Материалы и методы. Нами обследовано 120 пациентов (мужчин-38%, женщин 62%)

проживающих в краевом геронтологическом центре. Возрастная характеристика клиентов Верхне-Курьинского геронтологического центра: до 59 лет – 6 чел (5%), 60-75 лет - 39 чел (33%), 75-90 - 65 чел (54%), старше 90 лет - 10 чел (8%). Средний возраст составил $76,7 \pm 15,4$ г.

Всем пациентам проведено клиническое неврологическое обследование и нейропсихологическое тестирование после как минимум 2-х месяцев пребывания в центре. Кроме того, проанализированы все истории болезни и зафиксированы группы лекарственных препаратов и конкретные средства, которые больной принимал в течение последних 2-х месяцев.

Исследование когнитивной сферы было направлено как на выявление умеренных когнитивных нарушений, так и на верификацию деменции и включало тест рисования часов, тест 5 слов в интерпретации Дюбуа и минимальную оценку психических функций по шкале MMSE [2,4]. Для верификации причины когнитивных нарушений использовались. Критерии диагноза «вероятная болезнь Альцгеймера», критерии клинического диагноза деменции с тельцами Леви, критерии клинического диагноза «вероятная сосудистая деменция» и критерии клинического диагноза фронто-темпоральная деменция [4,7], а также клинические и параклинические признаки заболеваний и травм – потенциальных причин деменции вторичного генеза.

Результаты и их обсуждение. При исходном тестировании показатели когнитивной сферы были следующими: нормальное состояние когнитивной сферы у 13 человек (11%), умеренные когнитивные расстройства у 44 (37%) больных, деменция у 48 пациентов (40%), в том числе легкой степени у 9 (8%), умеренной степени у 20 (17%) и выраженной степени у 15 (12%) пациентов. Обращают на себя внимание различия в количественном составе группы с УКР и деменцией легкой степени выраженности, являющиеся «смежными». Вероятно, эти различия связаны с разными клиентскими группами, составляющими их. Так, преимущественно синдром УКР был зарегистрирован нами у клиентов, поступивших в геронтологический центр для постоянного проживания, и находящихся здесь более 1,5 лет. В то время как пациенты с деменцией, в том числе и легкой степени выраженности, составили отдельную клиентскую группу поступающих для временного проживания (от 1 до 6 мес.), а одной из причин их стационарирования и являются выраженные когнитивные нарушения, сопровождающиеся нарушением повседневной активности.

Всего пациенты (120 человек) геронтологического центра за изучаемый отрезок времени получили 458 медикаментозных назначений, в том числе 47 больных 1-го отделения милосердия – 196 медикаментозных назначений, 33 пациента 2-го отделения милосердия – 190 медикаментозных назначений, и 72 пациента «амбулаторного» отделения 72 назначения соответственно. Количество препаратов, принимаемых пациентом одновременно, варьировало от 1 до 13, в среднем – 4,4. Среднее количество, принимаемых одновременно препаратов составило для пациента 1-го отделения милосердия - 4,4; 2-го отделения милосердия – 5,8; «амбулаторного» отделения – 3,1.

Всего 93 пациента получали 104 препарата, оказывающих отрицательное влияние на когнитивные функции (1 препарат получали - 85, 2 препарата - 5, 3 препарата – 3 человека). Так, холинолитики принимали 7 человек (4 из них амитриптилин, 3 платифиллин), преднизолон 4 человека, теофиллин 6 человек, дигоксин 27 больных, бензодиазепины 16 (релиум 11, коназепам 3, рудотель 3) человек, барбитураты - 1, антигистаминные - 4, каптоприл 9 больных, фамотидин – 8 человек, нейролептики - 18, циннаризин 4 человека.

Лекарственные препараты, действие которых не предусматривает отрицательного влияния на когнитивную сферу, принимали 10 пациентов, а пациенты, принимающие местное лечение или не принимающие никаких лекарственных препаратов составили группу численностью 17 человек.

Таким образом, лекарственные препараты, отрицательно влияющие на когнитивные функции, получали 78% пациентов геронтологического центра.

Заключение. Частота лечебных ятрогений у пожилых и старых людей в 2-3 раза выше, чем у более молодых пациентов, причем часть не распознается и принимается больным и врачами за проявления основного заболевания или его осложнения. Медикаментозные осложнения могут преобладать в клинической картине и нарушать качество жизни в большей степени, чем основное заболевание (лекарственный паркинсонизм, падения, нарушения сознания, запоры, задержка мочи, когнитивные нарушения).

Ориентация врача не только на достижение ближайшего результата, но и на безопасность в плане сохранения качества жизни пациента приобретает особую актуальность при лечении пациентов пожилого и старческого возраста.

Литература:

1. Гаврилова С.И. Фармакотерапия болезни Альцгеймера /С.И. Гаврилова. - М., 2003. - 319с.
2. Захаров В.В. Нарушения памяти у пожилых /В.В.Захаров //Русский медицинский журнал. - 2003. - Т.11, №3. - С. 598-602.
3. Каммерер С. Лечение нарушений памяти Рус.мед. журн.-2003.-том 11.-№3.-С.583-586.
4. Левин О.С. Диагностика и лечение деменции в клинической практике / О.С. Левин. - М., 2010.
5. Танёва Н. Сравнительная характеристика желудочковой системы и субарахноидальных пространств в разных возрастных группах. Рентгенол и радиол. –1997.-№3.-С.17.
6. Arnaiz E. Neuropsychological features of mild cognitive impairment and preclinical Alzheimers disease /E. Arnaiz , O. Almkvist //Acta neurol. Scand. - 2009. - Vol.107. - P. 34-41.
7. Corey-Bloom J. Diagnosis and evaluations of dementia /J. Corey-Bloom, L. Thal, D. Galasko // Neurology. - 2004.
8. Palsson S. Depression, cerebral atrophy cognitive performance and incidence of dementia / S. Palsson, O. Aevansson, J. Skoog //British J. of psychiatry. - 1999. - Mar. - P. 174-179.

СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ ЭПИЛЕПСИИ (ОБЗОР ПРОБЛЕМЫ)

А.Х. Эгембердиева

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент

Проведен анализ литературы по социальному функционированию и качеству жизни больных с различными вариантами эпилепсии. Учет комплекса характеристик, включающих наряду с клиническими данными показатели для больных эпилепсией, является в современных условиях наиболее адекватным для оказания им специализированной психиатрической помощи.

ЭПИЛЕПСИЯНЫҢ ТҮРЛІ ТҮРЛЕРІМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫҢ ӘЛЕУМЕТТІК БЕЙІМДЕЛУ ЖӘНЕ ТҰРМЫС САПАСЫ (МӘСЕЛЕНІҢ ШОЛУЫ)

А.Х. Эгембердиева

Оңтүстік Қазақстанның мемлекеттік фармацевтикалық академиясы, Шымкент қаласы

Эпилепсияның түрлі түрлерімен ауыратын науқастардағы әлеуметтік функцияланған және өмірінің сапасын бағалау үшін мақалада әдебиеттік шолу жүргізілді. Сол аурудың клиникалық көріністеріне байланысты нақты сипаттамаларын есепке ала отырып, психиатриялық көмекті көрсету үшін қазіргі таңдағы емді тиімді қолдану қажет.

SOCIAL INTEGRATION AND QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH VARIOUS EPILEPSY (REVIEW OF THE PROBLEM)

A.H. Aegemberdiyeva

South-Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Shymkent

The analysis of the literature on social functioning and quality of life of patients with various epilepsy. Accounting for the complex characteristics, including clinical data, along with indicators of social functioning and quality of life of patients with epilepsy, is in the present conditions the most appropriate to provide them with specialized psychiatric care.

Эпилепсия остается одной из серьезнейших проблем, как психиатрии, так и неврологии. Это связано с рядом факторов и, прежде всего, с широким распространением заболевания, потенциально тяжелыми его последствиями [15,16]. Качество жизни, по определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), является «многомерной, сложной структурой,

включающей восприятие индивидом своего физического и психологического состояния, своего уровня независимости, своих взаимоотношений с другими людьми и личных убеждений, а также свое отношение к значимым характеристикам окружающей среды» [10]. С 1991 г. ВОЗ проводит разработку единого международного инструмента для оценки качества жизни. Разработанный опросник «Шкала качества жизни» (ВОЗКЖ-100)

является одним из инструментов измерения меры благополучия респондентов и их удовлетворенности условиями своей жизни в связи с болезнью. Это относится в полной мере и к больным эпилепсией. Особое место занимают вопросы психического здоровья населения, являющегося индикатором интеллектуального и духовного состояния общества, необходимым условием его успешного социально-экономического развития, фактором национальной безопасности страны [21,22]. Проблема социального функционирования и качества жизни больных, страдающих различными вариантами эпилепсии, привлекает все большее внимание исследователей во всем мире [1,2,4,6]. В настоящее время показатели социального функционирования и качества жизни, наряду с клиническими данными, все более активно рассматриваются в качестве диагностических критериев [11,12]. Наряду с этим, все большее внимание уделяется субъективным переживаниям пациентов [5,8]. Показатели социального функционирования и качества жизни пытаются использовать для планирования и оценки деятельности психиатрических служб, при изучении клинических особенностей и результатов лечения больных.

Особенно это касается заболеваний, которые имеют четко выраженную социальную направленность. К таким болезням можно отнести в частности эпилепсию. По сравнению с другими нервнопсихическими заболеваниями именно эпилепсия значительно влияет на уровень социального функционирования и качество жизни пациентов, в связи с ограничениями ряда социальных функций, в том числе трудовой деятельности, квалификации, учебе. Многие социально-психологические проблемы связаны с различными ограничениями для больных эпилепсией, несовершенством правовой помощи и отсутствием необходимой поддержки их обществом [13,15]. В широком круге этих проблем особое место занимают вопросы психического здоровья населения, являющегося индикатором интеллектуального и духовного состояния общества, необходимым условием его успешного социально-экономического развития, фактором национальной безопасности страны. Проблема социального функционирования и качества жизни больных, страдающих эпилепсией привлекает все большее внимание исследователей во всем мире [14,19]. Отмечается рост интереса к этому вопросу и в нашей стране [7,9].

Литература:

1. Altshuler L., Rausch R., Delrahim S., Kay J., Crandall P. Temporal lobe epilepsy, temporal lobectomy, and major depression, *J. Neuropsychiatry, Clin. Neurosci.*, 1999;11: 436–443.
2. Авакян Г.Н., Генералов В.О., Олейникова О.М., Маслова Н.Н., Бадалян О.Л., Бурд С.Г., Бойко А.Н. Симптоматическая посттравматическая эпилепсия. Клиника, диагностика, лечение. Методические рекомендации. Москва, 2004.- 40 с. Карлов В.А. Эпилепсия М.: Медицина, 1990, 336с.
3. Aldenkamp A.P., Arends J., Bootsma H.P. et al. Randomized double-blind parallel-group study comparing cognitive effects of lowdose lamotrigine with valproate and placebo in healthy volunteers // *Epilepsia*. — 2002. — V. 43. — P. 19, 26.
4. Aldenkamp A.P., Krom M.D., Reijls R. Newer antiepileptic drugs and cognitive i Болдырев А.И. Социальный аспект больных эпилепсией. М.: Медицина, 1978. ssues // *Epilepsia*. — 2003. — V. 44, suppl. 4. — P. 21-29.
5. Болдырев А.И. Социальный аспект больных эпилепсией. М.: Медицина, 1978.
6. Bergin P., Nhomson P., Baxendale S. et al. Remote memory in epilepsy // *Epilepsia*. — 2000. — V. 41. — P. 231-239
7. Blake R.V., Wroe S.J., Breen E.K. et al. Accelerated forgetting in patients with epilepsy: evidence for impairment in memory consolidation // *Brain*. — 2000. — V. 123. — P. 472-483.
8. Вассерман Л.И., Громов С.А., Михайлов В.А., Лынный С.Д., Флерова И.Л. Концепции реабилитации и качества жизни: преемственность и различия в современных подходах. Психосоциальная реабилитация и качество жизни: Сборник научных трудов. СПб.: СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2001; 103–15.
9. Commission on Classification and Terminologi of the International League against epilepsy. Proposal for classification of epilepsies and epileptic syndromes. *Epilepsia* 2000; 30:389–99.
10. Громов С. А. Контролируемая эпилепсия. СПб., 2004. Диагностика, лечение, социальные аспекты эпилепсии. Материалы сателлитного симпозиума 7-го европейского конгресса по эпилепсии /Под ред. 10. Гусева Е. И., Гехт А. Б. СПб, 2006.
11. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2009 г. Здоровье и системы здравоохранения. ВОЗ, 2009.
12. Громов С.А. Контролируемая эпилепсия. Клиника, диагностика, лечение. СПб.: ИИЦ “Балтика”, 2004.

13. Groll S, Weidenhammer W, Schmidt A. Considerations on the use of the construct «Quality of life» as a goal variable in clinical research. *Schweizerische Rundschau für Medizin Praxis* 1991; 80 (20):560–4.
14. Карлов В.А. Эпилепсия. М.: Медицина, 1990.
15. Kotsopoulos I.A. et al. Systematic review and meta-analysis of incidence studies of epilepsy and unprovoked seizures. *Epilepsia*. 2002.
- Leonardi M., Ustun B. The global burden of epilepsy. *Epilepsia*. 2002. 43 (Suppl. 6)
16. Незнанов Н.Г., Петрова Н.Н. Качество жизни как мера оценки эффективности реабилитации больных. Психосоциальная реабилитация и качество жизни: Сборник научных трудов. СПб.:СПбНИПНИ им. В.М.Бехтерева, 2001; 301–11.
17. Незнанов Н. Г., Громов С. А., Михайлов В. А. Эпилепсия. Качество жизни, лечение. СПб., 2005.
18. Использование опросника качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике: Пособие для врачей и психологов. Сост. Бурковский Г.В. и др. СПб.:СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1998.
19. Зенков Л. Р., Притыко А. Г. Фармакорезистентные эпилепсии. М.: МЕДпресс-информ, 2003.
20. Sorensen AS et al. Personality characteristics and epilepsy. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 620–31.
21. Шомахова М.М., Лебедева А.В., Ершов А.В. и др. Предикторы нарушений когнитивных функций при эпилепсии //Журн. неврол. психиат. — 2011. — Т. 111, № 5, вып. 2. Эпилепсия. — С. 65-71.
22. Усюкина М.В., Фролова А.В. Деменция при эпилепсии //Журн. неврол. психиат. — 2011. — Т. 111, № 5, вып. 2. Эпилепсия. — С. 72-76.

РАЗДЕЛ 4

ТРАДИЦИОННЫЕ И АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОБЛЕМЕ БОЛИ В МЕДИЦИНЕ XXI ВЕКА

4 ТАРАУ

XXI ҒАСЫР МЕДИЦИНАСЫНДАҒЫ АУЫРУ МӘСЕЛЕЛЕРІНЕ ДӘСТҮРЛІ ЖӘНЕ АЛЬТЕРНАТИВТІ КӨЗҚАРАС

CHAPTER 4

TRADITIONAL AND ALTERNATIVE APPROACHES TO PAIN PROBLEM IN XXI CENTURY MEDICINE

СОВРЕМЕННАЯ КОНЦЕПЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ СИНДРОМАМИ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА

Бучакчийская Н.М., Марамуха И.В., Бахарева Л.В., Марамуха В.И., Боненко В.П., Марамуха А.А.

*ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования» МОЗ Украины,
КУ «Запорожская областная клиническая больница» ЗОС,
КУ «Запорожский центр медико-социальной экспертизы» ЗОС,
г. Запорожье, Украина*

На основании многолетнего анализа результатов лечения больных и инвалидов с рефлекторными и корешковыми компрессионными синдромами остеохондроза позвоночного столба предложена современная концепция лечения и реабилитации в этой нозологической группе с включением метода мануальной терапии (МТ).

Ключевые слова: мануальная терапия, лечение и реабилитация, остеохондроз позвоночника.

ОМЫРТҚАНЫҢ ОСТЕОХОНДРОЗЫНДА НЕВРОЛОГИЯЛЫҚ СИНДРОМЫ БАР МҮГЕДЕКТЕРДІ ЖӘНЕ НАУҚАСТАРДЫ ОҒАЛТУ ЖӘНЕ ЕМДЕУДІҢ ҚАЗІРГІ ТҰЖЫРЫМДАМАСЫ

Бучакчийская Н.М., Марамуха И.В., Бахарева Л.В., Марамуха В.И., Боненко В.П., Марамуха А.А.

Нәтижелердің көпжылдық талдауда науқастардың және мүгедектердің рефлекторлық және омыртқа остеохондрозы бағанасының компрессионды түбір синдромдары негізінде осы нозологиялық топта мануалды терапия (МТ) әдісін қоса оғалту және емдеудің қазіргі тұжырымдамасы ұсынылды.

Түйінді сөздер: мануалды терапия, емдеу және оғалту, омыртқаның остеохондрозы.

THE MODERN CONCEPT OF TREATMENT AND REHABILITATION OF PATIENTS AND INVALIDS WITH NEUROLOGIC SYNDROMES OF THE OSTEOCHONDROSIS OF THE BACKBONE

Buchakchijsky N.M., Maramuha I.V., Bahareva L.B., Maramuha V.I., Bonenko V.P., Maramuha A.A.

On the basis of the long-term analysis of results of treatment of patients and invalids with reflex and radicular compression syndromes of an osteochondrosis of a spine column offer the modern concept of treatment and rehabilitation in this nosological group with inclusion of a method of manual therapy.

Keywords: manual therapy, treatment and rehabilitation, osteochondrosis of the backbone.

Вступление. Вопросы лечения и реабилитации пациентов с рефлекторными и корешковыми компрессионными синдромами поясничного остеохондроза являются одними из самых актуальных в современной вертеброневрологии.

Рецидивирующей болью в позвоночнике страдает до 80% людей в общей популяции. Высоким остается процент инвалидизации. Страдают люди наиболее трудоспособного возраста 20-60 лет, что приводит к значительным экономическим потерям общества. Стабильно высоким остается показатель

первичного выхода на инвалидность. Так, по Запорожской области в 2009 году показатель по данной нозологии составлял 0,4 на 10 тысяч населения, в 2010 году – 0,4 и в 2011 – 0,4 соответственно. Поэтому, так актуален поиск новых путей решения этой проблемы.

Цель работы: создание современной концепции лечения и реабилитации больных и инвалидов с неврологическими синдромами остеохондроза позвоночника

Материалы и методы. Проведен анализ лечения больных и инвалидов за последние 10 лет, которые прошли лечение в специализированном неврологическом отделении. Неврологическое отделение №2 КУ "Запорожская областная клиническая больница" ЗОС, является клинической базой ГУ "Запорожская медицинская академия последипломного образования" МОЗ Украины. В течение многих лет клиника являлась Всесоюзной, а затем и Всеукраинской школой мануальной терапии. Сотрудниками клиники защищено 12 кандидатских и 2 докторские диссертации посвященных проблемам вертеброневрологии. Активно продолжают проводиться научные изыскания. Поддерживаются связи с учеными ближнего и дальнего зарубежья. Особенностью клиники, в течение 30 лет занимающейся лечением неврологических проявлений остеохондроза позвоночника, является использование кинезиотерапевтических методов лечения, основной из которых – МТ. В последние годы преимущество отдается ее мягким составляющим – точечному и сегментарному массажу, постизометрической и постреципрокной

релаксации мышц, мышечным тракциям, мобилизациям. Используются как общепринятые приемы (K. Lewit, R. Maigne, G. Maitland), так и разработанные и запатентованные нами. Применяются подводные тракции в специально оборудованном бассейне. Используется весь спектр физиотерапевтических процедур – магнитотерапия, лазеротерапия, СМТ, ДДТ, ультразвук и пр., бальнеопроцедуры. Каждому пациенту подбирается комплекс ЛФК. Кинезиотерапевтическое лечение строго индивидуально. Медикаментозные средства практически не используются в лечении. До начала лечебного процесса, всем без исключения больным проводятся тщательные клинико-лабораторные, нейроортопедические, рентгенологические исследования. Все пациенты обследуются КТ и МРТ методами. Поэтому, нам удалось исключить ошибки и осложнения при проведении МТ. Благодаря созданной концепции нам удалось получить положительные результаты лечения в 97% случаев, несмотря на то, что, как правило, в клинику обращаются пациенты с самыми сложными проявлениями патологии, которые до этого длительно и безуспешно лечились традиционными методами.

Выводы. Мы считаем возможным рекомендовать предложенную современную концепцию специалистам практикующим МТ, для лечения и реабилитации больных и инвалидов с неврологическими синдромами остеохондроза позвоночника, с включением метода МТ, в условиях неврологических стационаров.

ОЦЕНКА КОМПЕНСАТОРНО-ПРИСПОСОБИТЕЛЬНЫХ МЕХАНИЗМОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

*Гареева Ю.В., Мударисова Д.З., Абдулганиев Э.Б., Новиков Ю.О.
Центр мануальной терапии, г. Уфа, Россия.*

В статье показано, что для оценки компенсаторно-приспособительных механизмов при лечении заболеваний опорно-двигательной системы может применяться метод омегаметрии. Он позволяет определить эффективность лечения и течение заболевания.

Ключевые слова: омегаметрия, заболевания опорно-двигательной системы, компенсаторно-приспособительные механизмы.

ТІРЕК-ҚОЗҒАҒЫШ ЖҮЙЕСІ АУРУЛАРЫН ЕМДЕУ КЕЗІНДЕ ӨТЕМДЕУІШ-БЕЙІМДЕЛГІШ БАҒАСЫНЫҢ ТЕТІКТЕРІ

Гареева Ю.В., Мударисова Д.З., Абдулганиев Э.Б., Новиков Ю.О.

Мақалада тірек-қозғағыш жүйесі ауруларын емдеу кезінде өтемдеуіш-бейімделгіш бағасының тетіктеріне омегаметрия әдісіне пайдалануға болатынын көрсетеді. Ол емдеудің және ауру ағымының тиімділігін анықтауына мүмкіндік береді.

Түйінді сөздер: омегаметрия, тірек-қозғағыш жүйесінің аурулары, өтемдеуіш-бейімделгіш тетіктері.

ESTIMATION OF COMPENSATORY-AND-ADAPTIVE MECHANISMS IN CASE OF TREATMENT OF DISEASES OF LOCOMOTIVE SYSTEM

Gareyev U.V., Mudarisova D.Z., Abdulganiev E.B., Novikov J.O.

In article it is shown, that the method of omegametry can be applied to an estimation of compensatory-and-adaptive mechanisms in case of treatment of diseases of locomotive system. It allows to define efficiency of treatment and a disease current.

Keywords: omegametry, diseases of locomotive system, compensatory-and-adaptive mechanisms.

Одной из актуальных проблем современной медицины являются заболевания опорно-двигательной системы. На ранних стадиях заболевания симптомы могут быть минимальными или вовсе отсутствовать. При снижении компенсаторно-приспособительных реакций организма (под воздействием физических нагрузок, постуральных и викарных перегрузок, психо-эмоциональных перегрузок) отмечается прогрессирование заболеваний. На ход лечения и течение заболеваний влияют как проводимый лечебный комплекс, так и компенсаторно-приспособительные реакции организма, определить которые можно с помощью омегаметрии.

Целью данного исследования является оценка компенсаторно-приспособительных реакций организма при проведении комплексного восстановительного лечения заболеваний опорно-двигательной системы с применением метода омегаметрии.

Материалы и методы: под нашим наблюдением находилось 54 пациента в возрасте от 19 до 72 лет с заболеваниями опорно-двигательной системы, такими как плечелопаточный перiarтроз, остеоартроз коленных суставов и кокцигодинии. Длительность заболеваний составляла от 1 мес. до 2 лет. Из них пациентов, страдающих плечелопаточным перiarтрозом, составило 14 человек, гонартрозом – 19, кокцигодинией – 21. Всем пациентам проводился нейроортопедический осмотр, мануальное тестирование, а также клинко-инструментальные методы исследования. Для оценки компенсаторно-приспособительных реакций организма всем пациентам проводилось обследование методом омегаметрии. Прибор омегаметрии представляет собой двухканальный высокоомный измеритель биопотенциалов с цифровой индикацией на табло абсолютных значений ОП в миллиметровом диапазоне с использованием жидкостных диффузных хлорсеребряных электродов, которые исключают влияние поляризационных эффектов извне. В состоянии бодрствования дифференцируются следующие уровни бодрствования – 1 уровень характеризуется низкими негативными значениями

омегатенциалов от 0 до 20 мв и как следствие низкий уровень бодрствования с появлениями астенизации. 2 уровень имеет средние значения омегатенциала от 21 до 40 мв, что соответствует оптимальному уровню бодрствования, адекватной реакцией на эндогенные и экзогенные факторы. 3 уровень характеризуется высокими негативными значениями омегатенциалов в пределах 41 мв и выше, что указывает о состоянии психо-эмоционального напряжения.

Данные обследования после однократной функциональной нагрузки позволяют оценивать состояние нейрорефлекторных механизмов и состояние вегетативной регуляции, оценить системные приспособительные реакции организма. В начале обследования регистрировались исходные данные в положении сидя в течение 4 мин., затем давалась нагрузка в виде приседаний в течение минуты и вновь регистрировались показатели СМФП в течение 4 минут (фоновое ОП), затем давалась нагрузка в виде приседаний в течение минуты и вновь регистрировались показатели СМФП в течение 4 мин.

Лечебные мероприятия включали в себя медикаментозное лечение (НПВС, хондопротекторы, витамины, миорелаксанты), физиотерапию, лечебный массаж, мягкие методы мануальной терапии, по показаниям лечебные блокады, ИРТ, гирудотерапию, ЛФК.

Результаты и обсуждения: Клиническое обследование выявило у всех пациентов с гонартрозом и плечелопаточным перiarтрозом болевой синдром и ограничение подвижности суставов различной степени выраженности, у пациентов в 70% случаев до лечения и 12% после лечения.

Оценка болевого синдрома проводилась по шкале ВАШ и оценивалась по 5 балльной шкале. Средний показатель до лечения составил 3,4 балла, после лечения 4,5 балла. Триггерные зоны выявлены у 80% пациентов до лечения, после лечения количество пациентов с активными триггерными зонами снизилось до 38%.

При проведении рентгенологического обследования плечевых суставов у 9 пациентов имелись изменения в области большого бугорка

плечевой кости в виде негрубого остеопороза. При рентгенографии коленных суставов у 12 человек сужение суставной щели, краевые остеофиты у 7 человек, при рентгенографии копчика у 7 человек остеохондроз крестцово-копчикового сочленения. Результаты УЗИ плечевого сустава выявили у 12 пациентов изменения в ротационной манжетке, при проведении УЗИ коленных суставов у 16 пациентов, в нагружаемых зонах медиальных мышечков БК истончение суставного хряща.

Оценка компенсаторных механизмов нашла отражение в методе омегаметрии: напряжение механизмов регуляции и гиперактивности симпатического звена наблюдалось у 12 пациентов до лечения (фоновые показатели 140 мВ), у 8 пациентов после лечения. Низкие значения ОП (от -5 до -20), были у 22 пациентов до лечения и у 12 пациентов после лечения (что характеризует сниженным уровнем бодрствования и астеническими проявлениями с ограничением приспособительных возможностей основных регуляторных систем).

Интересно отметить, что у всех пациентов до лечения отмечались высокоамплитудные

колебания, что свидетельствует о чрезмерной активации стресс-реализующих систем и гиперметаболическом дефиците. После лечения фоновые ОП достигли средних негативных значений (от -25 до 40) у 44 пациентов, что свидетельствует об активации стресс-реализующих систем на фоне нормального состояния систем гомеостаза. После проведенного лечебного комплекса у 51 пациента колебания стали низкоамплитудными. У 52 пациентов с длительностью заболевания до 6 мес. выявлялся 3 уровень омегапотенциалов, что говорит о высоких адаптационных способностях организма, при длительности заболевания более 6 мес. у 48 пациентов выявлялся 1 уровень омегапоказателей, что свидетельствует о хронизации процесса и астенизации организма.

Выводы: Таким образом, омегаметрия позволяет оценивать уровень приспособительно-компенсаторных механизмов организма пациентов в процессе восстановительного лечения опорно-двигательной системы.

ФОРМАЛИЗОВАННАЯ АМБУЛАТОРНАЯ КАРТА У БОЛЬНЫХ КОКЦИГОДИНИЯМИ

*Гареева Ю.В., Новиков Ю.О.
Центр мануальной терапии, г. Уфа, Россия*

В работе доказана эффективность формализованной амбулаторной карты у больных кокцигодинами, которая повышает эффективность лечебно-профилактических мероприятий и диспансеризации.

Ключевые слова: формализованная амбулаторная карта, кокцигодиния, лечебно-профилактические мероприятия, диспансеризация.

КОКЦИГОДИНИЯСЫ БАР НАУҚАСТАРДЫҢ НЫСАНДАНДЫРЫЛҒАН АМБУЛАТОРЛЫ КАРТАСЫ

*Гареева Ю.В., Новиков Ю.О.
Мануалды терапия орталығы, Уфа қаласы, Ресей*

Жұмыста кокцигодиниясы бар науқастардың нысандандырылған амбулатория картасының тиімділігі дәлелдеген, ол емдік-алдын алу шаралар және диспансеризацияның тиімділігін жоғарылатады.

Түйінді сөздер: нысандандырылған амбулатория картасы, кокцигодиния, емдік-алдын алу шаралар, диспансеризация.

THE FORMALIZED AMBULATORY CARD IN PATIENTS WITH COCCYGODYNIA

Gareyev JU.V., Novikov J.O.

In work efficiency of the formalized ambulatory card in patients with coccygodynia which raises efficiency of treatment-and-prophylactic actions and prophylactic medical examination is proved.

Keywords: formalized ambulatory card, coccygodynia, treatment-and-prophylactic actions, prophylactic medical examination.

Создание формализованной документации рекомендуется при различных заболеваниях, что

позволяет статистически обрабатывать собранные данные клинко-инструментального обследования,

проводить дифференциальную диагностику и определять тактику лечения, а также осуществлять динамическое наблюдение за диспансерной группой.

Целью работы явилась разработка и внедрение в практическую деятельность Центра мануальной терапии унифицированной карты обследования больных кокцигодинами.

Для решения поставленной задачи было обследовано 234 больных с кокцигодинами, у которых были выделены основные симптомы заболевания, что позволило разработать формализованную амбулаторную карту. Наряду с оценкой степени тяжести работы, учитывались перенесенные заболевания, травмы и операции на органах малого таза, также оценивалась длительность заболеваний и частота обострений, начало заболевания и длительность последнего обострения, и фактор, спровоцировавший последнее обострение.

При клиническом исследовании оценивали выраженность болевого синдрома, степень иррадиации боли в пояснично-крестцовый отдел позвоночника, ягодицы, половые органы и прямую кишку, степень болезненности при усилении крестцово-копчиковой флексии и при переректальной пальпации (которая оценивалась в баллах от 0 до 3): 0 – отсутствие болезненности, 1 – умеренная болезненность без двигательных реакции, 2 – выраженная болезненность, сопровождающаяся мимической реакцией больного, 3 – резко выраженная болезненность,

сопровождающаяся общей двигательной реакцией больного. Наряду с этим болезненность мышц тазового дна оценивалась по ВАШ (от 1-100%), учитывалось количество триггерных точек. При помощи миоэлектрометрии определяли степень повышения мышечного тонуса в области m. levator ani, m. piriformis, m. coccygeus с обеих сторон. Важными при кокцигодинами являлись симптомы Ласега, Боннэ, Фурмана, оценивали ягодичный, коленные и ахилловы рефлексы. Учитывали наличие нарушений функций тазовых органов. Всем пациентам проводили нейровизуализационное обследование с оценкой типа таза по Gutmann: ассимилированный, нормальный и перегруженный. Для исключения сопутствующей патологии малого таза проводилось УЗИ органов малого таза, консультация уролога, проктолога. Наряду с этим у всех пациентов оценивался психоэмоциональный статус по шкале депрессии Зунга. Для интерпретации данных комплексного обследования их переводили в сопоставимые единицы, путем сравнения каждого параметра с соответствующей нормой и последующим подсчетом результирующего показателя болезни.

Выводы: Таким образом, использование формализованной документации при проведении осмотров больных позволяет выявить первичную и вторичную кокцигдинию, что способствует оптимальному выбору лечебно-профилактических мероприятий и последующему диспансерному наблюдению.

ПРИМЕНЕНИЕ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ С ОСТЕОПАТИЧЕСКИМИ ТЕХНИКАМИ ПРИ МИОФАСЦИАЛЬНЫХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМАХ НА УРОВНЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Зарипова Э.Н., г.Алматы

В статье рассмотрены биомеханические аспекты миофасциальных болевых синдромов на уровне грудной клетки, предложены наиболее эффективные методики мануальной терапии и остеопатические техники для лечения.

Ключевые слова: мануальная терапия, остеопатические техники, миофасциальные болевые синдромы.

КЕУДЕ БӨЛІМІ ДЕҢГЕЙІНДЕ МИОФАСЦИРАЛДЫ ҚАТЕРЛІ СИНДРОМЫ КЕЗІНДЕ ОСТЕОПАТИКАЛЫҚ ТЕХНИКАСЫМЕН МАНУАЛДЫ ТЕРАПИЯНЫ ҚОЛДАНУ

Зарипова Э.Н.

Мақалада кеуде бөлімі деңгейінде миофасциралды қатерлі синдромының биомеханикалық қыры қарастырылды, емдеудің остеопатикалық техниканың және мануалды терапия әдісінің ерекше әдісі ұсынылды.

Түйінді сөздер: мануалды терапия, остеопатикалық техника, миофасциралды қатерлі синдромы.

APPLICATION OF MANUAL THERAPY WITH OSTEOPATHIC TECHNIQUES IN CASE OF MYOFASCIAL PAIN SYNDROMES AT THORAX LEVEL

Zaripova E.N.

Biomechanical aspects of myofascial pain syndromes at thorax level are proposed, and the most effective methods of manual therapy and osteopathic techniques for treatment are offered in this article.

Keywords: manual therapy, osteopathic techniques, myofascial pain syndromes.

Жалобы на боли в грудной клетке от многочисленных пациентов слышат врачи как широкого профиля – терапевты, так и узкой специализации – неврологи, ревматологи, ортопеды, рефлексотерапевты, психотерапевты, а так же мануальные терапевты. Врачи неонкобольных сталкиваются чаще всего с проблемой неспецифической мышечно–скелетной боли которую пытаются решить. Но проблема осложняется тем, что они не обладают обстоятельными знаниями о функциональных особенностях позвоночника и мышечно-фасциальной системы, вследствие чего недооценивают роль функциональных нарушений опорно-двигательного аппарата. Среди больных преобладают лица трудоспособного возраста: 35-50 лет. Их число в последние годы увеличивается. Миофасциальные болевые синдромы относятся к соматогенным и характеризуется развитием миофасциальной дисфункции с мышечными уплотнениями и триггерными точками.

Мышечно–фасциальная система является частью постуральной системы, обеспечивающей сложнейшую задачу- сохранения устойчивости вертикальной позы человека в условиях разнообразных движений рук ног головы и туловища.

Усталость определенных мышц сказывается на регуляции позы вследствие избыточного сенсорного ввода в ЦНС и усиления неустойчивости. Таким образом анализ экспериментальных работ показывает, что патобиомеханические изменения в структурах вызывают рассогласование между реальным и воспринимаемым ЦНС положением звеньев тела. Неадекватная сенсорная информация вызывает нарушения в реализации движений, способствуя формированию неоптимального двигательного стереотипа, что приводит к повышению мышечного напряжения основных постуральных мышц, дополнительным энергетическим затратам в ЦНС и мышцах, способствует формированию миофасциального болевого синдрома.

Следовательно, в патогенезе миофасциальных болевых синдромов принимают участие функциональные биомеханические нарушения в миофасциальных структурах, поэтому патогенетически обоснованным и клинически эффективным методом лечения мышечно-

фасциального синдрома на уровне грудного отдела позвоночника является коррекция патобиомеханики в мышечно-фасциальных тканях. Мануальная терапия является ведущим методом в патогенетической терапии миофасциальных болевых синдромов и включение ее в дополнение к общепринятому лечению боли в спине позволяет, как правило, избежать значительных дополнительных затрат на стационарное лечение, лекарства и физиопроцедуры, а так же ускорить выздоровление пациента.

Был проведен анализ результатов лечения 25 пациентов, у которых обнаружен миофасциальный синдром на уровне грудной клетки. Боли определялись миофасциальными дисфункциями на уровне мышц грудной клетки и триггерными пунктами, что было обнаружено при мануальном тестировании.

Для коррекции миофасциальных дисфункций были проведены техники мануальной терапии и остеопатические техники с применением релаксации, мобилизации пассивными движениями, постизометрической релаксации, тракции, использовалась миофасциальная релиз-техника.

В результате лечения улучшение состояние и купирование боли с восстановлением нормальной биомеханики позвоночника наблюдалось у 20 пациентов (80%), у 5 пациентов (20%) - улучшение со снижением болевого синдрома, регрессом неврологических проявлений и улучшением двигательной активности.

В сравнительном аспекте были проанализированы результаты лечения у пациентов с миофасциальным синдромом, которые получали медикаментозное лечение, физиопроцедуры, комплекс лечебной гимнастики. Была установлена наибольшая эффективность лечения с применением мануальной терапии и остеопатических техник в наблюдаемой группе пациентов: более значимые результаты и меньшие сроки лечения.

Заключение: Мануальная терапия – это эффективное лечение миофасциальных синдромов, патогенетический метод, направленный на устранение функциональных биомеханических нарушений в миофасциальных тканях, имеющих значение в механизмах развития указанных болевых синдромов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ВЕРТЕБРОГЕННЫХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМАХ НА УРОВНЕ ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Зарипова Э.Н., г. Алматы

Функциональные биомеханические нарушения играют существенную роль в патогенезе вертеброгенных болевых синдромов на уровне грудного отдела позвоночника. Мануальная терапия является эффективным методом лечения данной патологии.

Ключевые слова: функциональные биомеханические нарушения, вертеброгенные болевые синдромы, мануальная терапия.

ОМЫРТҚАНЫҢ КЕУДЕ БӨЛІМІ ДЕҢГЕЙІНДЕ ВЕРТЕБРОГЕНДІ ҚАУІПТІ СИНДРОМЫ КЕЗІНДЕ МАНУАЛДЫ ТЕРАПИЯНЫҢ ТИІМДІЛІГІ

Зарипова Э.Н.

Функционалды биомеханикалық бұзушылықтары омыртқаның кеуде бөлімі деңгейінде вертеброгенді қауіпті синдромы патогенезінде маңызды орын алады. Мануалды терапия айтылған патологияны емдеуде тиімді әдіс болып табылады.

Түйінді сөздер: функционалды биомеханикалық бұзушылықтар, вертеброгенді қауіпті синдромы, мануалды терапия.

EFFICIENCY OF MANUAL THERAPY IN CASE OF VERTEBROGENEOUS PAIN SYNDROMES AT LEVEL OF THORACIC SPINE

Zaripova E.N.

Functional biomechanical dysfunctions play an essential role in pathogenesis of vertebrogenous pain syndromes at level of thoracic spine. Manual therapy is an effective method of treatment of the given pathology.

Keywords: functional biomechanical dysfunctions, vertebrogenous pain syndromes, manual therapy.

Боли в грудной клетке являются одной из проблем современной медицины. Они значительно ухудшают качество жизни людей, приносят страдания, так как они нередко принимают затяжной характер, а так же являются причиной снижения работоспособности, что имеет огромное клиническое, социальное и экономическое значение для общества.

Жалобы больного являются лишь симптомом, а не основанием для диагноза. Боль может исходить из разных анатомических образований, где сформировалась патологическая алгическая система. Это может быть позвоночник, миофасциальная структура, грудная клетка, связочно-капсульный аппарат ребер и т.д. Вертеброгенные болевые синдромы не всегда связаны с морфологическими изменениями в позвоночнике - остеохондрозом. Часто они связаны с биомеханическими нарушениями, к которым относится соматическая дисфункция, указанная в Международной Классификации Болезней МКБ 10. Соматическая дисфункция - это нарушение функции взаимосвязанных элементов опорно-двигательной системы: скелетных, суставных, миофасциальных структур и связанных с ними сосудистых, лимфатических и нервных элементов. Соматические дисфункции в позвоночных двигательных сегментах ведут к

активированию ноцицепторов, обладающих полимодальностью, к включению проводящих спинальных путей и супраспинальных структур, что проявляется болевым синдромом. Следовательно, в патогенезе вертеброгенных болевых синдромов принимают участие функциональные биомеханические нарушения в позвоночных двигательных сегментах, в результате чего идет или ирритация, или компрессия нервных корешков.

Мануальная терапия представляющая собой лечение с помощью ручного воздействия на позвоночник, направленного именно на коррекцию указанных функциональных биомеханических нарушений. Поэтому мануальная терапия является патогенетическим методом лечения при вертеброгенных болевых синдромах, связанных с функциональными биомеханическими нарушениями в позвоночном двигательном сегменте. Для обоснования эффективности применения метода мануальной терапии мною проводился анализ результатов лечения 20 пациентов с вертеброгенными болевыми синдромами на уровне грудной клетки.

У всех пациентов (100%) отмечался рефлекторный синдром. Мануальное тестирование определило соматические дисфункции в позвоночных двигательных сегментах на уровне грудного отдела позвоночника.

Для коррекции в лечебных целях применялась мануальная терапия. Проводились преимущественно мышечно-энергетические и тракционные техники с использованием аутомобилизации. У всех пациентов с вертеброгенными болевыми синдромами (100%) состояние значительно улучшилось - купировался болевой синдром рефлекторного генеза, произошел значительный регресс клинических симптомов, патофизиомеханических проявлений или восстановление нормальной биомеханики позвоночника.

Сравнительный анализ результатов лечения показал наибольшую эффективность при сочетании

медикаментозной терапии, физиотерапии с мануальной терапией, что намного сокращает сроки лечения.

Заключение: Патофизиологически обоснованным и клинически эффективным методом лечения больных с вертеброгенным болевым синдромом является мануальная терапия, которая направлена на устранение функциональных биомеханических нарушений в позвоночных двигательных сегментах, принимающих непосредственное участие в развитии боли на уровне грудного отдела позвоночника.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ БОЛИ И ПУТИ ЕЕ КУПИРОВАНИЯ

Красноярова Н.А.

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей, г. Алматы

В статье описаны особенности формирования патологической боли, представлена классификация болевых синдромов по патогенезу, предложены пути ее купирования с учетом механизмов развития.

Ключевые слова: болевой синдром, генератор патологически усиленного возбуждения, патологическая алгическая система, ноцицептивные, невропатические, психогенные.

ПАТОЛОГИЯЛЫҚ АУРУДЫҢ ҚАЛЫПТАСҚАНДЫҒЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ ЖӘНЕ ОНЫҢ ЖОЙЫЛУЫНЫҢ ЖОЛДАРЫ

Красноярова Н.А.

Мақалада патологиялық аурудың пайда болу ерекшеліктері сипатталған, патогенез бойынша қатерлі синдромның классификациясы көрсетілген, даму тетіктерінің есепке ала отырып оның жолдарын жою ұсынылды.

Түйінді сөздер: қатерлі синдром, қозудың күшейтілген патологиялық генераторы, патологияның алгиялық, ноцицептік, невропатиялық, психогенді жүйесі.

FEATURE OF FORMATION OF THE PATHOLOGICAL PAIN AND WAYS OF ITS KNOCKING OVER

Krasnoyarova N.A.

Abstract In article features of formation of the pathological pain are described, classification of pain syndromes on pathogenesis is presented, ways of its knocking over taking into account development mechanisms are offered.

Keywords: pain syndrome, the generator of pathologically strengthened excitation, pathological algic system, nociceptive, neuropathic, psychogenic

Боль является самой частой жалобой, приводящей к врачу. А что же такое боль? Международные эксперты разработали следующее определение: «Боль - это неприятное ощущение и эмоциональное переживание, связанное с действительным или возможным повреждением тканей или описываемое в терминах такого повреждения».

Боль возникает вследствие активации *ноцицептивной системы*, которая осуществляет восприятия, проведение и обработку информации о самых разнообразных вредоносных для

организма раздражителях. Восприятие осуществляется ноцицепторами, которые могут быть активированы механическими стимулами, термическими реакциями, химическими раздражителями или обладать полимодальностью, реагируя на многие воздействия. Ноцицепторы представляют собой периферические сенсорные нейроны с аксоном и дендритами. Тела располагаются преимущественно в спинномозговых узлах, связанных с чувствительной иннервацией структур тела - кожа, подкожная клетчатка, надкостница, суставы, мышцы, связки, внутренние органы, и в Гассеровом узле

тройничного нерва для чувствительной иннервации головы и лица. Центральные отростки ноцицепторов входят в составе задних корешков в спинной мозг или направляются в составе чувствительного корешка тройничного нерва в головной мозг, передавая возбуждение от периферических терминалей по слабо миелинизированным А-дельта волокнам и немиелинизированным волокнам С-афферентов. Передача ноцицептивного сигнала осуществляется по спиноталамическому, спиноретикулярному, спиномезенцефалическому трактам, по центробежным путям от Гассерова узла к различным подкорковым отделам головного мозга и ядрам таламуса – коллекторам всех видов чувствительности. Затем болевые сигналы поступают в высшие звенья ноцицептивной системы – соматосенсорная кора, кора островка, передней части поясной извилины, переднелобным отделам коры больших полушарий, задней части теменной коры. Кортикальные отделы имеют тесные двусторонние связи с ядрами таламуса и структурами лимбической системы (миндалина, гиппокамп, свод, перегородка, энторинальная кора), с ретикулярной формацией ствола мозга и гипоталамусом. Именно это обеспечивает появление при болевых синдромах сенсорных и мотивационно-аффективных компонентов, мнестических расстройств, вегетативных реакций. Ноцицептивная система является многоуровневой и иерархически организованной.

Антиноцицептивная система контролирует многообразную деятельность сложно устроенной ноцицептивной системы, являясь эндогенной системой торможения. Она угнетает передачу болевых импульсов в задних рогах спинного мозга, тормозит ретикулярную формацию, ядра таламуса. В противоболевой деятельности наибольшее значение имеют нейрхимические механизмы, связанные с опиоидергической, серотонинергической, норадренергической и каннабиноидной системами мозга.

Нарушение равновесия между ноцицептивной системой и антиноцицептивной системой ведет к развитию патологической боли, причиняющей страдания многим миллионам людей в мире. Эта боль представляет огромную опасность для организма человека, она нарушает системы регуляции гомеостаза, ведет к расстройствам микроциркуляции, является причиной иммунной недостаточности, приводит к нетрудоспособности, лишает сил, вызывает страх и депрессию, декомпенсирует деятельность висцеральных систем – сердечно-сосудистой, дыхательной, желудочно-кишечного тракта и т.д. Патологическая

боль оказывает дезадаптирующее влияние на организм, сама является опасностью для организма.

В настоящее время теория генераторных и системных механизмов патологической боли, разработанная Г.Н. Крыжановским (1980, 1997), объясняет возникновение и развитие данной болезни. Основой патологической боли является формирование в центральной нервной системе генератора патологически усиленного возбуждения, представляющего собой агрегат гиперактивных нейронов, продуцирующий чрезмерный неконтролируемый поток импульсов. Он представляет собой патологическую интеграцию на уровне межнейронных отношений. Генератор оказывает влияние на другие структуры ноцицептивной системы, формируя патологическую алгическую систему. Патологическая алгическая система служит патофизиологической основой болевого синдрома, определяет его клиническую картину.

Формирование патологической боли включает в себя следующие процессы:

1. усиление потока болевой импульсации с периферии в результате нейрогенного воспаления и повышенного высвобождения тканевых, плазменных и нейрогенных алгогенов, развития периферической сенситизации;

2. развитие антидромной стимуляции и нейрогенного воспаления, усиливающих периферическую сенситизацию и поток болевых импульсов в центральную нервную систему;

3. активация NMDA-рецепторов нейронов в задних рогах спинного мозга, образование в синапсах специфических нейромедиаторов и нейромодуляторов, развитие центральной сенситизации с последующим истощением и гибелью нейронов, развитие зон вторичной гипералгезии;

4. ослабление деятельности и дезинтеграция антиноцицептивной системы;

5. образование в центральной нервной системе генераторов патологически усиленного возбуждения – агрегатов гиперактивных нейронов с ослабленным тормозным контролем;

6. формирование патологической алгической системы, определяющей течение и характер всех компонентов патологической боли: болевой перцепции, страдания и болевого поведения.

По патогенезу все болевые синдромы делятся на три группы:

1. ноцицептивные,
2. невропатические,
3. психогенные.

При ноцицептивных болевых синдромах генератор патологически усиленного возбуждения формируется либо в соме (мышцы, кости, суставы, кожа, сосуды и т.д.), либо в висцеральных органах. При невропатических болях генератор патологически усиленного возбуждения возникает вследствие повреждения или дисфункции соматосенсорной системы. Пусковыми факторами в генезе психогенной боли являются эмоциональные и другие психические расстройства.

Следовательно, первый уровень формирования патологической боли связан с образованием генератора патологически усиленного

возбуждения, второй уровень – проводящие болевой импульс пути, третий этап – высшие звенья центральной нервной системы. С учетом особенностей формирования патологической боли необходимо правильно определить и пути ее купирования. Для купирования патологической боли прежде всего следует устранить генератор патологически усиленного возбуждения, не допустить образования вторичных генераторов на уровне проводящих болевые импульсы путей, уделить внимание высшим звеньям центральной нервной системы. С учетом особенностей формирования патологической боли можно повысить эффективность ее купирования.

МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ И ОСТЕОПАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА КАК ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ УСТРАНЕНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА

Красноярова Н.А.

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей, г. Алматы

В статье представлены результаты устранения болевого синдрома с помощью приемов мануальной терапии и остеопатической медицины. Показана эффективность применения этих методов коррекции биомеханических и биодинамических нарушений.

Ключевые слова: болевой синдром, мануальная терапия, остеопатическая медицина, коррекция, биомеханические нарушения, биодинамические нарушения.

МАНУАЛДЫ ТЕРАПИЯ ЖӘНЕ ОСТЕОПАТИКАЛЫҚ МЕДИЦИНА ҚАТЕРЛІ СИНДРОМЫН ЖОЮЫНДА ТИІМДІ ӘДІСІ РЕТІНДЕ

Красноярова Н.А.

Мақалада мануалды терапия және остеопатикалық медицинаны қабылдауының көмегімен қатерлі синдромы жлйылуының нәтижелері берілген. Осы әдістерді қолданғанда биомеханикалық және биодинамикалық бұзылымдарының түзетуінде тиімділігі көрсетілді.

Түйінді сөздер: қатерлі синдром, мануалды терапия, остеопатикалық медицина, түзету, биомеханикалық бұзылымдар, биодинамикалық бұзылымдар.

MANUAL THERAPY AND OSTEOPATHIC MEDICINE AS EFFECTIVE METHODS OF ELIMINATION OF PAIN SYNDROME

Krasnoyarova N.A.

The results of elimination of the pain syndrome by means of methods of manual therapy and osteopathic medicine are presented in article. Efficiency of application of these methods of correction of biomechanical and biodynamic disorders is shown.

Keywords: pain syndrome, manual therapy, osteopathic medicine, correction, biomechanical disorders, biodynamic disorders.

Каждый человек в течение жизни ощущал боль, иногда – многократно. Чувство боли знакомо каждому. Без этого чувства существование человека невозможно. Но, когда боль сама становится не сигналом опасности, а самостоятельной болезнью, она превращается в важнейшую проблему, требующую своего

разрешения. Распространенность боли в современном обществе приняло характер эпидемии. Головные боли встречаются более, чем у 70% населения развитых стран Европы и Америки. До 90% взрослого населения имеют на протяжении жизни боли в нижней части спины. 90-95% детей страдают болями в животе, не имеющими в своей основе органических

изменений. Боли в области сердца встречаются при 40 заболеваниях. Боль в грудной клетке – вторая по частоте причина обращения за экстренной медицинской помощью после острых болей в животе. Каждый пятый взрослый европеец страдает хроническим болевым синдромом.

Боль – это психоэмоциональное ощущение, которое реализуется вследствие взаимодействия ноцицептивной и антиноцицептивной системы, сигнализирует о каких-то повреждающих воздействиях.

Классификация болевых синдромов по патогенезу различает три вида болевых синдромов:

1. соматогенные болевые синдромы (ноцицептивные),
2. нейрогенные болевые синдромы (невропатические).
3. психогенные болевые синдромы.

Среди соматогенных болевых синдромов выделяют соматические и висцеральные боли. Патогенетическая классификация болевых синдромов позволяет установить локализацию генератора патологически усиленного возбуждения, формирующего патологическую алгическую систему.

Образование генератора патологически усиленного возбуждения довольно часто связано с развитием биомеханических и биодинамических нарушений, вызывающих раздрацию ноцицепторов, изменения в функционировании физиологических систем организма и т.д.

Мануальная терапия и остеопатическая медицина являются ведущими методами коррекции биомеханических и биодинамических изменений, в результате чего мануальная терапия и остеопатическая медицина являются эффективными методами устранения болевых синдромов, воздействуя на самые патогенетические механизмы развития многочисленных болевых синдромов соматогенной, нейрогенной и психогенной природы.

Целью исследования явилось изучение эффективности устранения болевых синдромов соматогенной, нейрогенной и психогенной природы с помощью применения мануальной терапии и остеопатической медицины, оценка этой эффективности и обоснование рациональности использования этих методов при болевых синдромах, в патогенезе которых имеют значение биомеханические и биодинамические нарушения.

Материал и методы исследования. В соответствии с поставленной целью было исследовано 590 пациентов с болевыми синдромами: 87 пациента с висцеральными болями (14,7%), 116 пациентов с миофасциальными болевыми синдромами (19,7%),

329 пациентов с нейрогенными болевыми синдромами (55,8%), 58 пациентов с психогенными болевыми синдромами (9,8%). Среди них было 396 женщин (67,1%) и 194 мужчин (32,9%).

Все пациенты прошли клиническое обследование, мануальную диагностику с включением остеопатического алгоритма исследования. 452 больных (76,6%) получили рентгенологические исследования, 61 больной (10,3%) – ультразвуковую диагностику, 98 больных (16,6%) – электроэнцефалографию, 190 больных (32,2%) – офтальмоскопию, 25 больных (4,2%) – нейропсихологическое обследование.

Все пациенты (100%) получили курсы мануальной терапии и остеопатические техники. Применялась релаксация, мобилизация с включением методики мобилизации мягких тканей и костно-суставных структур, манипуляции в виде толчка и тракционного толчка, мягкотканые приемы и артикуляции, методы краниальной остеопатии, мышечно-энергетические техники, приемы висцеральной остеопатии, специфические техники. Курс мануальной терапии с применением остеопатических приемов состоял из 2-3-4 сеансов, которые проводились через 3-5 дней. Каждому сеансу предшествовала мануальная диагностика, динамика ее результатов оценивалась после сеанса.

Анализ результатов исследования. Анализ результатов исследования показал, что с помощью мануальной терапии и остеопатической медицины, направленных на коррекцию патобиомеханических и патобиодинамических нарушений, удалось эффективно воздействовать на болевой синдром соматогенной, нейрогенной и психогенной природы. В результате применения мануальной терапии и остеопатической медицины удалось у 309 пациентов (52,4%) устранить болевой синдром на фоне коррекции биомеханических и биодинамических нарушений, у 281 пациента (47,6%) – болевой синдром исчез через 2-3 недели после проведенного курса коррекции. Проведенные в динамике рентгенологические, ультразвуковые, электроэнцефалографические исследования показали положительную динамику. У пациентов нормализовалась картина глазного дна, улучшился нейропсихологический статус и, особенно, мнестический процесс.

Выводы. Мануальная терапия и остеопатическая медицина, направленные на коррекцию патобиомеханических и патобиодинамических нарушений, являются эффективными методами устранения соматогенных, нейрогенных и психогенных болевых синдромов, когда указанные нарушения имеют определенное значение в патогенезе патологической боли. Рационально

внедрить методы мануальной терапии и приемы
osteopathic medicine в комплекс лечения

боли.

ОБОСНОВАННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ

Красноярова Н.А.

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей, г. Алматы

Эта работа обосновывает подход к лечению головных болей с помощью применения метода остеопатической медицины. Остеопатическая медицина направлена на коррекцию соматических дисфункций на уровне шейного отдела позвоночника и дисфункций в краниосакральной системе, имеющих определенное значение в патофизиологических механизмах головных болей.

Ключевые слова: головная боль, патофизиологические механизмы, соматическая дисфункция на уровне шейного отдела, дисфункция в краниосакральной системе, остеопатическая медицина.

БАС АУРУЫН ЕМДЕУДІҢ ЖҮЙЕЛІ ЖОЛДАРЫ

Красноярова Н.А.

Бұл жұмыс остеопатикалық медицина әдісін қолдануымен бас ауруын емдеу жолдарын дәлелдеуге анықталған. Остеопатикалық медицина омыртқаның мойын бөлімі деңгейінің соматикалық дисфункциясын және бас ауруының патофизиологиялық тетіктерінде нақты мағынаға ие краниоскраниалды жүйенің дисфункциясын түзетуге бағытталған.

Түйінді сөздер: бас ауруы, патофизиологиялық тетіктер, омыртқаның мойын бөлімі деңгейінің соматикалық дисфункциясы, краниоскраниалды жүйенің дисфункциясы, остеопатикалық медицина.

THE PROVED APPROACHES TO TREATMENT OF HEADACHES

Krasnoyarova N.A.

This paper proves the approach to treatment of headaches by means of application of the method of osteopathic medicine. Osteopathic medicine is directed on correction of somatic dysfunctions at level of cervical department and dysfunctions in craniosacral system, having certain value in pathophysiological mechanisms of headaches.

Keywords: headache, pathophysiological mechanisms, somatic dysfunction at level of cervical department, dysfunction in craniosacral system, osteopathic medicine.

История головной боли начинается с древнейших времен. Об этом свидетельствуют надписи на камнях, сделанные 5 тысяч лет назад. Упоминания о головной боли встречаются в трудах Гиппократ, Сократа, Платона, Галена, Авиценны. Известно, что многие знаменитые люди страдали упорными головными болями – Юлий Цезарь, Александр Македонский, Бетховен, Дарвин, Гейне, Чайковский и другие. Да и вообще считается, что в настоящее время не менее 90% населения хоть однажды испытывали головные боли.

Головная боль, которая снижает умственную и физическую работоспособность, ухудшает семейные и производственные отношения, значительно влияет на качество жизни, является важнейшей медико-социальной проблемой. К головной боли относят любое неприятное ощущение в области от бровей до затылка. Морфофункциональными структурами, определяющими появление головной боли,

являются ноцицепторы, расположенные в твердой мозговой оболочке, в стенке венозных синусов, в артериях основания мозга и во внечерепных артериях, в тканях, покрывающих череп. Источниками головной боли служат черепномозговые нервы: тройничный, языкоглоточный, блуждающий, первый и второй шейные спинномозговые корешки. Научные исследования свидетельствуют и о наличии в оболочках мозга «неспецифических» ноцицепторов. В результате ирритации ноцицепторов запускается деятельность патологических интеграций – генератора патологически усиленного возбуждения и патологической алгической системы с непрямым вовлечением структур таламуса. Высшие отделы центральной нервной системы не только реагируют на поступающие ноцицептивные сигналы, но в них происходят и пластические изменения. В формировании болевого синдрома

существенную роль играют и ингибиторные пути антиноцицептивной системы.

В настоящее время во всем мире используется классификация головной боли, разработанная классификационным комитетом Международного общества головной боли, основанная на клинических, генетических, эпидемиологических и патофизиологических исследованиях. Большой интерес представляет и патогенетическая классификация головных болей, разработанная В.Н. Шток (2007), которая позволяет определить патогенез, чтобы разработать эффективное патогенетическое лечение головной боли.

В патофизиологических механизмах головных болей определенное значение имеют соматические дисфункции на уровне шейного отдела позвоночника, ведущие к нарушению синергизма с окружающими мягкими тканями, сосудисто-лимфатическими и нервными образованиями, способствующие гемодинамическим изменениям в вертебрально-базиллярном бассейне, ликвородинамическим расстройствам. Соматические дисфункции шейного отдела позвоночника вызывают дисбаланс перикраниальной мускулатуры, имеют определенное значение для развития цервикогенной головной боли, оказывают влияние на первый и второй спинномозговые корешки, на тригемино-цервикальную систему. Соматические дисфункции имеют определенное значение в патофизиологических механизмах головных болей. В настоящее время в медицине появилось новое направление – остеопатическая медицина, которая рассматривает краниосакральную систему как функциональную физиологическую систему, состоящую из следующих анатомических отделов:

1. менингеальные оболочки;
2. костные структуры, к которым крепятся менингеальные оболочки;
3. соединительно-тканые структуры, связанные тесно с менингеальными оболочками;
4. церебро-спинальная жидкость;
5. все структуры, связанные с секрецией, резорбцией и локализацией церебро-спинальной жидкости.

Дисфункции в краниосакральной системе обязательно включаются в патофизиологические механизмы головных болей.

Остеопатическая медицина, основанная на ведущих медицинских концепциях современности и постулатах остеопатии, направлена на коррекцию соматических дисфункций на уровне шейного отдела позвоночника и дисфункций в краниосакральной системе, имеющих значение в патофизиологических механизмах головных болей. Следовательно, остеопатическая медицина является патогенетическим методом лечения головных болей.

950 пациентов с разнообразными головными болями (первичные головные боли – мигрень, головные боли напряжения, вторичные головные боли – цервикогенная головная боль, головные боли, связанные с поражением сосудов головного мозга и шеи, головная боль вследствие внутричерепной гипертензии) получили сеансы остеопатических техник, направленные на коррекцию соматических дисфункций на уровне шейного отдела позвоночника, и краниосакральную терапию. Проведено 2-3-4 сеанса с промежутками в 1-3 дня. В результате лечения головных болей с помощью применения остеопатической медицины получены следующие результаты: значительное улучшение – у 398 пациентов (41,9%), улучшение – у 552 пациентов (58,1%). Во всех случаях удалось добиться положительного результата только в разной степени. Дополнительные методы исследования, проведенные в динамике (ультразвуковая доплерография брахиоцефальных сосудов, электроэнцефалография, офтальмоскопия, эхоэнцефалография), свидетельствовали об эффективности такой терапии. Эффективность применения техник остеопатической медицины при лечении головных болей подтверждена при сравнительном анализе с результатами общепринятого лечения (медикаментозные средства, физиотерапия, массаж) у 400 пациентов с головными болями подобного вида.

Выводы: соматические дисфункции на уровне шейного отдела позвоночника и дисфункции в краниосакральной системе имеют определенное значение в патофизиологических механизмах головных болей, что позволяет обосновать применение методов остеопатической медицины при лечении головных болей.

АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПЛЕЧЕЛОПАТОЧНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА

Лукин А. Ю.

*Институт остеопатической медицины,
Лечебно-оздоровительный центр "Aspasia", г. Алматы*

В работе обоснована эффективность комплексного лечения с применением мануальной терапии и медикаментозной терапии при плечелопаточном болевом синдроме. Подобный метод лечения отнесён к патогенетическому лечению болей верхнего плечевого пояса.

Ключевые слова: плечелопаточный болевой синдром, медикаментозная терапия, мануальная терапия, патогенетическое лечение.

ИЫҚ-ЖАУЫРЫННЫҢ ҚАТЕРЛІ СИНДРОМЫН ЕМДЕУДЕ АЛЬТЕРНАТИВТІ ЫҚПАЛЫ

Лукин А. Ю.

Мақалада иық-жауырынның қатерлі синдромы кезінде мануалды терапия және дәрі-дәрмек терапиясын қолданғандағы тиімділігі дәлелденген. Осындай әдіс жоғарғы иық бөлімінің патогенетикалық емдеуіне жатады.

Түйінді сөздер: иық-жауырынның қатерлі синдромы, дәрі-дәрмек терапиясы, мануалды терапия, патогенетикалық емдеу.

ALTERNATIVE APPROACHES TO TREATMENT OF HUMEROS-CAPULAR PAIN SYNDROME

Lukin A.J.

In work efficiency of complex treatment with application of manual therapy and medicamentous therapy is proved in case of humeros-capular pain syndrome. The similar method of treatment is carried to pathogenetic treatment of pains of the top humeral belt.

Keywords: humeros-capular pain syndrome, medicamentous therapy, manual therapy, pathogenetic treatment.

Плечелопаточный болевой синдром, осложнённый контрактурой, является постоянным спутником таких заболеваний, как плечелопаточный периартрит, периартроз, ревматоидный артрит, диабетическая артропатия, остеохондроз шейного отдела позвоночника и некоторых других патологических состояний плечевого сустава.

Этот синдром может развиваться в результате травм – вывиха плеча, разрыва сухожилия надостной мышцы, физической перегрузки и нарушений биомеханики шейного отдела позвоночника. Частота заболеваний периартикулярных тканей области плечевого сустава составляет от 40 до 84% и занимает второе место после заболеваний коленного сустава. Болевую контрактуру плечевого сустава, возникающую вследствие травмы, заболевания, а порой и без видимых причин принято называть плечелопаточным периартритом. Это состояние характеризуется выраженным болевым синдромом в плечевом суставе как в повседневной активности, так и в покое. Оно нередко осложняется затяжным течением до нескольких месяцев, а порой и лет. Стойкое ограничение объёма движений, вызванное болью, часто переходит в мышечную, а затем и десмогенную контрактуру.

Актуальность этой проблемы в значительной мере обусловлена ещё и тем, что боль и ограничение

движений являются основными клиническими проявлениями целой группы заболеваний и синдромов, поражающих плечевой сустав. Синдромы “шея-плечо”, “шея-кисть” нередко осложняют течение таких заболеваний, как остеохондроз позвоночника, особенно с наличием грыжевого выпячивания диска C4-C5, C5-C6 и т.д.

Болевой синдром в области плечевого пояса (включая шею, кисть) может быть обусловлен целым рядом профессиональных заболеваний, чаще именуемых синдромами. Условно эти сгруппированные по клиническим проявлениям синдромы можно разделить на три группы:

- 1) с преимущественным поражением нервов;
- 2) с преимущественным поражением сосудов (артерий и вен);
- 3) с преимущественным поражением мышц и сухожилий.

При миофасциальных болевых синдромах поражаются мышцы и покрывающие их фасции. Происходит нарушение их тонуса и сократительной активности, что приводит к появлению усталости, болей и ограничению движений в области плечевого пояса и непосредственно плечевого сустава. В клинической картине этого заболевания принято определять локальные и отражённые боли, так называемые “активные и латентные” триггерные точки.

В теоретическом обосновании этиопатогенеза плечелопаточного синдрома на современном этапе выделяют четыре основных направления – четыре теории:

- 1) нейрогенную;
- 2) сосудистую;
- 3) дегенеративную;
- 4) механическую.

Плечевое сплетение за счёт передних ветвей спинномозговых нервов (C5-C8, Th1,а иногда Th2-Th3). Выходя из межпозвонкового отверстия от IV шейного до I - II грудного позвонков, они следуют в межлестничный промежуток сверху и кзади от подключичной артерии. Надключичные и подключичные ветви осуществляют иннервацию тканей плечевого пояса и свободной части верхней конечности. Поэтому патологическая биомеханика шейного отдела позвоночника резко отражается на формировании болевых синдромов верхних конечностей. Сниженная скорость кровотока по плечевой артерии влияет и на капиллярное, и на микроциркулярное кровообращение в периартикулярных тканях плечевого пояса, приводя к дегенерации хрящевой ткани. А миофасциальные влияния усугубляют ещё больше состояние нервно-сосудистого пучка, снижая приток и отток крови и лимфы. Изменяется местный гомеостаз, возрастает ацидоз, повышается содержание недоокисленных метаболитов в тканях. Из этого можно сделать вывод, что любая теория этиопатогенеза развития плечелопаточного болевого синдрома имеет место быть первым провоцирующим фактором развития патологии, вовлекая все остальные компоненты.

При лечении плечелопаточного болевого синдрома наиболее рационально использовать такие методы лечения, которые направлены на устранение функциональных биомеханических нарушений на уровне всего шейного отдела позвоночника, влияющие на кровообращение в зоне всего плечевого пояса, и улучшающие венозный отток, и повышающие активность антиноцицептивной системы за счёт нормализации нормальной кислотно-щелочной среды данного региона. К таким методам лечения можно отнести мануальную терапию.

Мануальная терапия направлена на коррекцию функциональных биомеханических нарушений на уровне шейного отдела позвоночника, участвующих в патогенезе развития болевых синдромов верхних конечностей. Мягкотканые техники и техники ПИР (постизометрической релаксации) мануальной терапии способствуют расслаблению глубоких мышц плеча, что улучшает микроциркуляцию тканей и нервов, снижается ацидоз, увеличивается объём свободного

пространства для проходящих нервов плечевого пояса, снижается давление на капсулу плечевого сустава. Мобилизационные техники увеличивают объём движения в плечевом суставе, и снижают вероятность конфликтов прилегающих суставов ключицы и лопатки с ротаторными манжетками плеча. Благоприятное воздействие мобилизационных и манипулятивных техник в области шейного отдела позвоночника повышает свободу движения нервных корешков, идущих к плечевому поясу и улучшает трофические процессы в нервных тканях. Мануальная терапия в комплексе с медикаментозной терапией способна прервать порочный круг формирования стойких болей в области верхней конечности при плечелопаточном болевом синдроме.

Целью исследования явилась оценка эффективности лечения болей плечевого сустава и окружающих тканей при сочетании мануальной терапии со стандартным комплексным лечением медикаментозными средствами.

Материал и методы. Проведено обследование 55 пациентов с болями в верхнем плечевом поясе, находящихся на лечении в дневном стационаре лечебно-оздоровительного центра “Aspasia”, г. Алматы. Среди них было 37 женщин (67%) и 18 мужчин (33%) в возрасте от 26 до 76 лет.

У 16 человек (29%) наблюдалась нейропатия надлопаточного нерва в следствии спазма прилегающих мышц, особенно надостной, у 31 пациента (56%) выявлен адгезивный капсулит плечевого сустава, у 2 (3%) отмечен апофизит (коракоидит) клювовидного отростка лопатки, а оставшиеся 6 пациентов (12%) имели болевые ощущения и снижение объёма движения в плечевом суставе, только в следствии нарушения биомеханики шейного отдела позвоночника. Мануальная диагностика выявила у всех пациентов нарушение биомеханики шейного отдела позвоночника, особенно средне и нижне шейного уровня. В дневном стационаре лечебно-оздоровительного центра “Aspasia”, все пациенты получали медикаментозное лечение, включающее анальгетики и нестероидные противовоспалительные средства, вазоактивные препараты, средства с дегидратирующим действием, при дегенеративных процессах – хондропротекторы. Регулярно проходили курс физиотерапии. В остром периоде применялись лечебные блокады. Ко всем пациентам данной группы (100%) применялись приёмы мануальной терапии для коррекции функциональных биомеханических нарушений на уровне шейного отдела позвоночника и верхнего плечевого пояса.

Результаты и обсуждение. У всех пациентов с плечелопаточным болевым синдромом,

получавших медикаментозное, физиотерапевтическое лечение в сочетании с мануальной терапией состояние значительно улучшилось, боли в плечевом поясе прекратились, сгладилась неврологическая симптоматика, восстановилась биомеханика шейного отдела позвоночника. Сравнительный анализ результатов лечения показал наибольшую эффективность при сочетании медикаментозной терапии с мануальной терапией. В результате мануальной терапии, устраняющей соматические дисфункции шейного отдела позвоночника и верхнего плечевого пояса, имеющие значение для патогенеза

плечелопаточного болевого синдрома, в результате медикаментозной терапии ликвидируются очаги патологической афферентации, формирующие боль. Продолжительность излечения сокращается с 1,5-2 месяцев до 2-3 недель. Такое комбинированное лечение даёт наилучшие результаты при терапии болей в плече.

Выводы. Комплексное лечение плечелопаточного болевого синдрома с применением мануальной терапии на фоне медикаментозной терапии является более эффективным и снижает продолжительность сроков полного выздоровления.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДА МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Марамуха В. И.

*КУ “Запорожская областная клиническая больница” ЗОС,
г. Запорожье, Украина.*

Проведен анализ результатов лечения 120 пациентов с неврологическими синдромами остеохондроза поясничного отдела позвоночного столба. Разработаны эффективные лечебные комплексы с включением методик мануальной терапии (МТ).

Ключевые слова: поясничный остеохондроз, мануальная терапия, “мягкие методики”.

МАНУАЛДЫ ТЕРАПИЯ ӘДІСІН ҚОЛДАНА ОТЫРЫП БЕЛ ОСТЕОХОНДРОЗЫНЫҢ НЕВРОЛОГИЯЛЫҚ СИНДРОМЫН ЕМДЕУДІҢ ТӘЖІРИБЕСІ

Марамуха В. И.

Бел бөлімінің остеохондрозының бел бағанасының неврологиялық синдромы бар 120 науқасты емдеу нәтижелерінің талдауы жүргізілді. Мануалды терапия (МТ) әдісін қоса отырып емдеудің тиімді кешені жасалынды.

Түйінді сөздер: бел остеохондрозы, мануалды терапия, «жұмсақ әдістер».

EXPERIENCE OF TREATMENT OF NEUROLOGIC SYNDROMES OF THE LUMBAR OSTEOCHONDROSIS WITH USE THE METHOD OF MANUAL THERAPY

Maramuha V.I.

The analysis of results of treatment of 120 patients with neurologic syndromes of an osteochondrosis of lumbar department of a spine column is carried out. Effective medical complexes with inclusion of techniques of manual therapy (MT) are developed.

Keywords: lumbar osteochondrosis, manual therapy, “soft techniques”.

Вступление. Важнейшей проблемой вертебрологии является эффективное лечение неврологических проявлений остеохондроза позвоночника. Как известно, вертеброгенные боли поясничной локализации преобладают в 70% случаев. Чаще всего страдают заболеванием лица молодого и среднего, самого трудоспособного возраста.

Цель работы. Разработка новых эффективных лечебных комплексов с включением метода МТ

для лечения неврологических синдромов поясничного остеохондроза.

Материалы и методы. В специализированном неврологическом отделении №2 КУ “Запорожская областная клиническая больница” ЗОС, входящем в состав клиники нервных болезней ГУ ЗМАПО МОЗ Украины, обследовано и пролечено 120 больных с неврологическими синдромами поясничного остеохондроза. Все больные предварительно прошли тщательные клинические,

нейроортопедические, рентгенологические и МРТ – исследования. Выраженность болевого синдрома оценивалась по шкале ВАШ, которая при поступлении составляла 8 – 10 баллов. Для каждой из 3 групп пациентов были подобраны лечебные комплексы с использованием разных методик МТ. Комплекс в себя включал: мануальную терапию; физиобальнеолечение, ЛФК. Несколько раз в день, обученные врачом больные применяли аутоПИРМ. Больные 1-й группы лечились по традиционным методикам МТ с использованием точечного и сегментарного массажа, мышечных тракций, постизометрической (ПИРМ) и пострецепторной релаксации мышц (ПРР), мобилизаций, манипуляций. У пациентов 2-й группы МТ проводилась по щадящим методикам, однократно в течение дня, без использования манипуляций. Пациенты 3-й группы лечились “мягкой” МТ интенсивно, сеансы МТ проводились через каждые 2 – 3 часа в течение дня.

Наибольшая результативность лечения отмечена у пациентов группы лечившихся по интенсивной

методике МТ с использованием только ее щадящих составляющих: массажа, ПИРМ, ПРР, мышечных тракций, в сравнении с больными принимавшими лечение по классической методике МТ и принимавшими лечение с использованием “мягкой” МТ однократно в течение дня. Быстрее купировался болевой вертебральный синдром, регрессировала неврологическая симптоматика, восстанавливалась трудоспособность. Осложнений от проводимого лечения ни в одной из представленных нами групп не отмечалось.

Выводы. Таким образом, проанализировав вышесказанное, мы считаем возможным рекомендовать, предложенную лечебную тактику интенсивного лечения, с использованием “мягких методик” МТ через каждые 2 – 3 часа в течение одного дня, для лечения неврологических синдромов поясничного остеохондроза, в условиях неврологического стационара. Предложенный метод лечения малозатратен из-за полного отказа от использования медикаментозных средств.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ВЕРТЕБРО-ВИСЦЕРАЛЬНЫХ СИНДРОМАХ С ПОЗИЦИЙ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВЕДУЩЕЙ ЗНАЧИМОСТИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ОЧАГА

Мерзенюк О.С., Криворучко В.И., Акопов В.К., Машков И.А.

Академия повышения квалификации руководящих работников и специалистов курортного дела, спорта и туризма, г. Сочи, Россия

Резюме. В статье обоснована необходимость выделения вертебро-висцеральных синдромов в зависимости от активации вертеброгенного и/или висцерогенного патологического очага. Это позволяет определить вид мануальной терапии и повысить ее эффективность.

Ключевые слова: вертебро-висцеральные синдромы, вертеброгенный и/или висцерогенный патологический очаг, патобиомеханика, мануальная терапия.

ПАТОЛОГИЯЛЫҚ ОШАҚТЫҢ МӘНДІ ЖҮРГІЗУДІ ТАҒАЙЫНДАЛҒАН АЙҚЫНДАМАСЫ БАР ВЕРТЕБРОГЕНДІ-ВИСЦЕРАЛДЫ СИНДРОМЫ КЕЗІНДЕ САРАЛАНҒАН МАНУАЛДЫ ТЕРАПИЯ

Мерзенюк О.С., Криворучко В.И., Акопов В.К., Машков И.А.

Мақалада вертеброгенді немесе висцерогенді патологиялық ошақтың жылдамдығына тәуелді вертеброгенді-висцералды синдромын бөліп алуының қажеттілігіне негізделген. Бұл мануалды терапияның түрін анықтауға және оның тиімділігін жоғарылатуға мүмкіндік береді.

Түйінді сөздер: вертеброгенді-висцералды синдром, вертеброгенді немесе висцерогенді патологиялық ошақ, патобиомеханика, мануалды терапия.

DIFFERENTIAL MANUAL THERAPY IN CASE OF VERTEBROGENEOUS-AND-VISCERAL SYNDROMES FROM POSITIONS OF DEFINITION OF THE LEADING IMPORTANCE OF THE PATHOLOGICAL CENTRE

Merzenjuk O.S., Krivoruchko V.I., Akopov V.K., Mashkov I.A.

In article necessity of allocation of vertebrogenous-and-visceral syndromes depending on activation of vertebrogenous and/or visceral pathological centre is proved. It allows to define a kind of manual therapy and to raise its efficiency.

Keywords: vertebrogenous-and-visceral syndromes, vertebrogenous and/or visceral pathological centre, pathobiomechanics, manual therapy

Цель исследования: уточнить клинику, патогенез развития рефлекторных вертебро-висцеральных и висцеро-вертебральных синдромов с позиций патобиомеханики для определения ведущей значимости патологического очага и назначения дифференцированной мануальной терапии (висцеральной, вертебральной, комбинированной).

Для достижения этой цели были поставлены следующие **задачи:**

1. Изучить особенности патобиомеханических изменений нижнегрудного, поясничного отделов позвоночника и внутренних органов брюшной полости, влияющих на формирование патологических связей вертебро-висцерального нарушения.

2. Уточнить клинические проявления и дополнить семиологию вертебро-висцеральных и висцеро-вертебральных синдромов с позиций патобиомеханики взаимовлияний позвоночника и внутренних органов брюшной полости.

3. Обосновать и сформулировать критерии определения значимости активации вертеброгенного и/или висцерогенного патологического очагов, формирующих рефлекторные синдромы.

4. Разработать показания к вертебральной, висцеральной и комбинированной мануальной терапии и оценить ее эффективность в зависимости от доминантности активации вертеброгенного или висцерогенного патологического очага.

Клинический материал:

1. Основная группа больных – 580 человек с вертебро-висцеральными синдромами, сопровождавшимися болью в области спины (груднопоясничный и поясничный уровень) и живота, получивших комбинированную вертебральную и висцеральную мануальную терапию (МТ);

2. Контрольная группа № 1 – 250 человек с вертеброгенным болевым синдромом только в спине (груднопоясничный и поясничный уровень), и получивших вертебральную МТ;

3. Контрольная группа № 2 – 250 человек с экстравертебральным висцеральным синдромом, имевшим только абдоминалгию (висцералгический синдром) разного уровня и характера, и получивших висцеральную МТ.

Исследование проводилось в течение 6 лет. Отбор пациентов на исследование предусматривал 2 условия:

1. наличие рефлекторной болевой ситуации в области позвоночника и/или живота;

2. наличие явного болезненного нарушения биомеханики нижнегрудного и поясничного отделов позвоночника и нейрорефлекторно связанных с ним внутренних органов.

Для решения поставленной цели и задач использованы клинический неврологический, рентгенологический, электронейромиографический методы, мануальное тестирование, компьютерная и магнитно-резонансная томография. Цифровой материал обработан на компьютере IBM с использованием программы «EXCEL-99»

Результаты исследования. В 85,6% - 89,8 % клинических случаев основной и контрольных групп № 1 и № 2 динамика патобиомеханических проявлений позвоночника и/или внутренних органов коррелировала с положительной динамикой клинических проявлений и степенью выраженности болевого синдрома.

Исходя из диалектического учения о явлении и сущности по оценке характеристики взаимосвязи и взаимообусловленности и основываясь на наших результатах эффективности вертебральной, висцеральной и комбинированной МТ, можно выделить 3 группы вертебро-висцеральных синдромов в зависимости от значимости активации патологического (вертеброгенного или висцерогенного) очага в реализации вертебро-висцерального нарушения.

- 1 группа – доминирующая зависимость активации одного вертеброгенного или висцерогенного патологического очага от другого в реализации вертебро-висцерального нарушения. МТ (вертебральная или висцеральная), направленная на коррекцию ПБМИ доминирующего звена, дает высокую эффективность, и эта МТ является профилактикой будущих патологических изменений.

- 2 группа – равнозначная (преходящая) зависимость активации вертеброгенного или висцерогенного патологического очага в реализации вертебро-висцерального нарушения. Мануальная терапия должна быть комбинированной (вертебральной и висцеральной) и направленной на коррекцию актуальных ПБМИ позвоночника и внутренних органов.

- 3 группа – полная независимость активации вертеброгенного или висцерогенного патологического очага друг от друга в реализации вертебро-висцерального нарушения. Здесь задачи комбинированной МТ (вертебральной и висцеральной) предусматривают воздействие на локальный патологический процесс позвоночника

и внутренних органов. «Вмешательство» в существующие независимые вертебро-висцеральные взаимоотношения активизирует вертеброгенный и висцерогенный патологические очаги, как бы вызывая их обострение, которое может привести к формированию более адекватных рефлекторных связей.

Обоснование критериев доминантности активации вертеброгенного или висцерогенного патологического очага определялось по особенностям: 1. патобиомеханических изменений (ПБМИ) в позвоночнике, висцеральных структурах брюшной полости; 2. клиническим проявлениям вертебро-висцеральных синдромов; 3. степени выраженности болевых рефлекторных синдромов; 4. восстановлению «рисунка боли» при

раздражении актуальных ПБМИ в скелетно-мышечной системе и/или висцеральной сфере; 5. данных электронейромиографического исследования сегментарного аппарата спинного мозга с использованием «Н» - рефлекса и др.

Вывод. На основании вышеизложенного можно сделать вывод, что строгое выделение вертебро-висцеральных синдромов в зависимости от доминантности активации вертеброгенного и/или висцерогенного патологического очага позволяет назначать наиболее адекватные виды МТ (вертебральную, висцеральную или комбинированную) и получать наибольшую эффективность от лечения. Эффективность МТ во всех группах исследования была одинаково высокой и в среднем составила 68,7 %.

ПРИНЦИПЫ КЛАССИФИЦИРОВАНИЯ СКОЛИОЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПОЗИЦИЙ ДИАЛЕКТИЧЕСКОГО УЧЕНИЯ

Мерзенюк О.С., Криворучко В.И., Акопов В.К., Машков И.А.

*Академия повышения квалификации руководящих работников и специалистов курортного дела,
спорта и туризма, г. Сочи, Россия*

В статье предложена классификация сколиоза у детей и подростков с позиций диалектического учения. Работа содержит примеры формулировки диагноза.

Ключевые слова: классификация, сколиоз, диалектическое учение.

БАЛАЛАРДА СКОЛИОЗДЫҢ КЛАССИФИКАЦИЯЛЫҚ ҚАҒИДАТТАРЫ ЖӘНЕ ЖАСӨСПІРІМДЕРДІҢ ДИАЛЕКТИКАЛЫҚ ҮЙРЕНУІНІҢ АЙҚЫНДАМАСЫ

Мерзенюк О.С., Криворучко В.И., Акопов В.К., Машков И.А.

Мақалада балаларда сколиоздың классификациялық қағидастары және жасөспірімдердің диалектикалық үйренуінің айқындалуы көрсетілген. Жұмыс диагноз құрастыруының мысалдарынан құралған.

Түйінді сөздер: классификация, сколиоз, диалектикалық үйрену.

PRINCIPLES OF CLASSIFY OF SCOLIOSIS AT CHILDREN AND TEENAGERS FROM POSITIONS OF THE DIALECTIC DOCTRINE

Merzenjuk O.S., Krivoruchko V.I., Akopov V.K., Mashkov I.A.

In article classification of a scoliosis at children and teenagers from positions of the dialectic doctrine is offered. Work contains examples of the formulation of the diagnosis.

Keywords: classification, scoliosis, dialectic doctrine.

На основании многолетнего опыта наблюдения и реабилитации детей и подростков, страдающих сколиотической деформацией, и исходя из диалектического учения о явлении и сущности с использованием пяти философских категорий (качественной, пространственной, количественной, временной и характеристики, обуславливающей взаимосвязь и взаимозависимость) предложена рабочая схема классификации сколиоза.

РАБОЧАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ СКОЛИОЗА

1. Вид сколиоза (качественная характеристика):

1.1. функциональный (сколиотическая осанка);

1.2. функционально-структурный;

1.3. структурный (сколиотическая деформация).

2. Форма сколиоза
(пространственная характеристика):
- 2.1. С – образная: 2.1.1. лордотическая; 2.1.2. кифотическая
- 2.2. S – образная: 2.2.1. лордотическая; 2.2.2. кифотическая.
3. Степень выраженности сколиоза
(количественная характеристика):
- 3.1. 1-ая ст. (угол искривления до 10 °);
- 3.2. 2-ая ст. (до 30 °);
- 3.3. 3-ая ст. (до 60 °);
- 3.4. 4-ая ст. (свыше 60 °).
4. Возраст проявления сколиоза
(временная характеристика):
- 4.1. раннее детство (до 7 лет);
- 4.2. позднее детство (с 8 до 12 лет);
- 4.3. подростковый (с 13 до 16 лет);
- 4.4. юношеский (с 17 до 21 года).
5. Вариант сколиоза (характеристика взаимосвязи и взаимозависимости):
- 5.1. опорно-двигательный:
- 5.1.1. с доминирующей патологией в позвоночнике:
- 5.1.1.1. функциональные нарушения;
- 5.1.1.2. структурные нарушения;
- 5.1.1.3. функционально-структурные нарушения;
- 5.1.2. с доминирующей патологией в костях таза и нижних конечностях;
- 5.1.3. с равнозначной зависимостью патологии в позвоночнике, тазе и нижних конечностях.
- 5.2. неврологический:
- 5.2.1. с доминирующими признаками минимальной церебральной дисфункции;
- 5.2.2. с доминирующими признаками минимальной спинальной дисфункции;
- 5.2.3. с равнозначной зависимостью церебральной и спинальной дисфункции.
- 5.3. кранио-вертебральный:
- 5.3.1. с доминирующей патологией в кранио-вертебральном переходе;
- 5.3.2. с доминирующей патологией в сфено-базилярном синхондрозе;
- 5.3.3. с доминирующей патологией в височно-нижнечелюстном суставе и височных костях;
- 5.3.4. с равнозначной зависимостью патологии в кранио-вертебральном

- переходе, сфено-базилярном синхондрозе, височно-нижнечелюстном суставе и височных костях.
- 5.4. висцеральный:
- 5.4.1. с доминирующей патологией в органах грудной полости;
- 5.4.2. с доминирующей патологией в органах брюшной полости;
- 5.4.3. с доминирующей патологией в органах малого таза;
- 5.4.4. с равнозначной зависимостью патологии органов грудной, брюшной и полости малого таза.
- 5.5. сочетанный.

С позиций нашей классификационной схемы клинический диагноз сколиоза будет выглядеть следующим образом:

Пример 1 – Больная Мал-ва, 10 лет. Диагноз: сколиоз, функционально-структурный, С-образная лордотическая форма, 2-ой степени выраженности, выявленный в раннем детстве, опорно-двигательный вариант с равнозначной зависимостью патологии в позвоночнике, тазе и нижних конечностях.

Пример 2 – Больная Кон-ва, 15 лет. Диагноз: сколиоз, структурный, S-образная кифотическая форма, 3-ой степени выраженности, выявленный в позднем детстве, неврологический вариант с с доминирующими признаками минимальной спинальной дисфункции.

Пример 3 – Больной Ел-в, 17 лет. Диагноз: сколиоз, функциональный, С-образная лордотическая форма, 1-ой степени выраженности, выявленный в подростковом возрасте, кранио-вертебральный вариант с доминирующей патологией в кранио-вертебральном переходе.

Выводы. Таким образом, нам представляется, что предлагаемая рабочая классификация поможет более адекватно подойти к осмыслению этиопатогенетических особенностей формирования и течения сколиоза у детей и подростков, а также позволит достаточно эффективно осуществлять реабилитацию больных с данной патологией в плане прогноза, определения принципов, тактики, алгоритма и показаний к различным видам наиболее значимой восстановительной терапии.

НЕОБХОДИМОСТЬ ОЦЕНКИ БИОМЕХАНИЧЕСКОГО СТАТУСА И МАНУАЛЬНАЯ КОРРЕКЦИЯ

«КЛЮЧЕВЫХ ЗОН» ТЕЛА ЧЕЛОВЕКА

Мерзенюк О.С., Криворучко В.И., Акопов В.К., Машков И.А.

Академия повышения квалификации руководящих работников и специалистов курортного дела, спорта и туризма, г. Сочи, Россия

В работе показана необходимость оценки биомеханического статуса при различных сомато-неврологических заболеваниях у взрослых и детей. Мануальная терапия должна быть направлена на коррекцию «ключевых зон» опорно-двигательного аппарата, кранио-сакральной и висцеральной систем.

Ключевые слова: сомато-неврологические заболевания, биомеханика, опорно-двигательный аппарат, кранио-сакральная система, висцеральная система, «ключевые зоны», мануальная терапия.

АДАМ ДЕНЕСІНДЕГІ «КІЛТТІ АЙМАҚ» МАНУАЛДЫ ТҮЗЕТУ ЖӘНЕ БИОМЕХАНИКАЛЫҚ МӘРТЕБЕ БАҒАСЫНЫҢ ҚАЖЕТТІЛІГІ

Мерзенюк О.С., Криворучко В.И., Акопов В.К., Машков И.А.

Жұмыста ересек және балаларда әртүрлі сомато-неврологиялық аурулар кезінде биомеханикалық бағысының қажеттілігі көрсетілген. Мануалды терапия «кілтті аймақ», тірек-қозғағыш аппараты, кранио-сакралды және висцералды жүйесін түзетуіне бағыталу керек.

Түйінді сөздер: сомато-неврологиялық аурулар, биомеханика, тірек-қозғағыш аппараты, кранио-сакралды жүйе, висцералды жүйе, «кілтті аймақ», мануалды терапия.

NECESSITY OF THE ESTIMATION OF THE BIOMECHANICAL STATUS AND MANUAL CORRECTION OF «KEY ZONES» BODIES OF THE PERSON

Merzenjuk O.S., Krivoruchko V.I., Akopov V.K., Mashkov I.A.

In work necessity of the estimation of the biomechanical status is shown in case of various somatic-and-neurological diseases at adults and children. Manual therapy should be directed on correction of «key zones» in locomotive system, kranio-sacral and vicreral systems.

Keywords: somato-neurologic diseases, biomechanics, locomotive system, craniosacral system, vicrelal system, «key zones», manual therapy.

В рамках плановых научно-исследовательских работ на протяжении более 25 лет, предусматривающих оценку эффективности мануальной терапии с холистических позиций состояния организма (опорно-двигательный аппарат, кранио-сакральная система, висцеральная сфера) при различных сомато-неврологических заболеваниях у взрослых и детей (более 3000 человек), мы пришли к выводу о необходимости обязательной биомеханической оценки и мануальной коррекции следующих «ключевых» зон опорно-двигательного аппарата, кранио-сакральной и висцеральной систем:

- голеностопный и подтаранный сустав;
- головка малоберцовой кости;
- крестцово-подвздошное (дисфункция крестца) и подвздошно-крестцовое сочленение (дисфункция подвздошной кости);
- крестцово-бугорная связка;

- копчик;
 - сегменты L5-S1; Th10-L1; C7-Th3; C0-1 и C1-2;
 - положение грудины, а также состояние средостения и сочленений грудины (стерно-ксифоидеус и стерно-манубриум);
 - сфенобазиллярный синхондроз (симфиз).
- С учетом большого травматизма головы (мозговых и лицевых костей) как у детей, так и у взрослых, особенно хочется выделить значимость биомеханической оценки и коррекции скуловых костей (соединяют вынесенные за пределы черепа костной дугой два важных отдела - мозговой и лицевой череп) и височных нижнечелюстных суставов (суставы равновесия).

- диафрагмы тела: большого затылочного отверстия черепа; верхней апертуры грудной клетки; грудно-брюшная; урогенитальная (тазовая);
- печень и желчный пузырь (органы стресса);

- сфинктер Одди, дуодено-еюнальный сфинктер (органы стресса);
- почки;
- илеоцекальный клапан;
- предстательная железа, матка.

Таким образом, на основании многолетнего опыта исследования и применения мануальной терапии у большого количества больных с соматической и сомато-неврологической патологией мы считаем,

что обязательная мануальная экспертиза и коррекция вышеуказанных «ключевых» зон опорно-двигательного аппарата и кранио-сакральной системы позволяет адаптировать и улучшить статическую, динамическую составляющие двигательного стереотипа и получить стойкий клинический и психо-соматический эффекты.

РАЗЛИЧИЯ ПАТОБИОМЕХАНИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ В ПОЗВОНОЧНО-ДВИГАТЕЛЬНЫХ СЕГМЕНТАХ ПРИ ПРОТРУЗИЯХ И ГРЫЖАХ МЕЖПОЗВОНОЧНЫХ ДИСКОВ

Новосельцев С.В., Малиновский Е.Л.

*СПБМАПО, Институт остеопатии, г. Санкт-Петербург,
ООО «Центр реабилитации», г. Обнинск, Россия*

Данное исследование устанавливает различные патобиомеханические механизмы возникновения протрузий и образования грыж межпозвонковых дисков в позвоночно-двигательных сегментах с последующим развитием артритов и артрозоартритов дугоотростчатых суставов.

Ключевые слова: дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника, протрузии и грыжи межпозвонковых дисков, артрит и артрозоартрит дугоотростчатых суставов, патобиомеханика.

ОМЫРТҚААРАЛЫҚ ДИСКТЕГІ ЖАРЫҚША ЖӘНЕ ПРОТРУЗИЯ КЕЗІНДЕ ОМЫРТҚА-ҚОЗҒАҒЫШ СЕГМЕНТ ДАМУЫНЫҢ ПАТОБИОМЕХАНИКАЛЫҚ ТЕТІКТЕРІ

Новосельцев С.В., Малиновский Е.Л.

Осы зерттеу протрузиялар пайда болуының әр түрлі биомеханикалық тетіктері және буын қабынулар және өсінділі буындардың артрозартрит қабынуларының келесі дамуы бар омыртқа-қозғағыш сегменттеріндегі омыртқа аралық диск жарықтарының құрылуы орнатады.

Түйінді сөздер: омыртқа дегенеративті-дистрофиялық аурулары, омыртқааралық дисктегі жарықшалар және протрузиялар, артрит және буын қабынулар және өсінділі буындардың артрозартрит қабынулары, патобиомеханика.

DISTINCTIONS OF PATHOBIOMECHANICAL MECHANISMS IN THE VERTEBRAL-MOTOR SEGMENTS IN CASE OF PROTRUSIONS AND HERNIAS OF INTERVERTEBRAL DISKS

Novoseltsev S.V., Malinovsky E.L.

The given research establishes various pathobiomechanical mechanisms in case of protrusions and hernias of intervertebral disks in the vertebral-motor segments with the subsequent development of arthritis and artrosoarthritis the joints of vertebrae.

Keywords: degenerate-dystrophic diseases of a backbone, protrusions and hernias of intervertebral disks, arthritis and artrosoarthritis the joints of vertebrae, pathobiomechanics.

Наиболее тяжелым осложнением при дегенеративно-дистрофических заболеваниях позвоночника является грыжа межпозвонкового диска. В большинстве случаев заболевания наличие грыжи межпозвонковых дисков сопровождается яркими клиническими проявлениями, обусловленными стенозом латеральных и позвоночного каналов. Результатом дискогенного стеноза латеральных и позвоночного

канала является выраженный болевой синдром, нарушение деятельности сегментарных нервов с последующей невропатией – в совокупности симптоматика этих процессов и определяет тяжесть заболевания.

Для выявления грыж межпозвонковых дисков традиционно используются методы лучевой диагностики. На современном этапе медицинской диагностики предпочтение отдается компьютерным методам исследования,

представленными рентгеновской и магнитно-резонансной томографией. Из указанных методов предпочтение для исследования структур позвоночника отдается МР-томографии, в основном за счет более успешной визуализации мягких тканей. В связи с этим МРТ в настоящее время рассматривается в качестве «золотого стандарта» при диагностике грыж и протрузий межпозвонковых дисков.

На фоне несомненных успехов в диагностике грыж межпозвонковых дисков следует указать и на некоторые неясные моменты, связанные, в частности, с определением роли в патологическом процессе воспалительных и деформирующих процессов в дугоотростчатых суставах.

С этой целью было проведено сопоставление степени выраженности дегенеративных и дистрофических процессов в позвонках и межпозвонковых дисках при грыжах и протрузиях с частотой артритических процессов в дугоотростчатых суставах позвоночно-двигательных сегментов поясничного отдела позвоночника.

Материалы и методы. В группу исследования были включены пациенты с выраженными болевыми синдромами в области поясничного отдела позвоночника, обусловленными грыжами либо протрузиями межпозвонковых дисков, установленными на основании МР-томографии. Всего проведен анализ 81 пациента в возрасте от 18 до 70 лет. В соответствии с типологией грыжи пациенты распределены на 3 подгруппы. Эти подгруппы сформировались следующим образом: подгруппа «А»: включала пациентов с протрузиями дисков; подгруппа «В»: пациентов с протрузиями и грыжами дисков; подгруппа «С»: пациентов с грыжами дисков. Пациенты в вышеописанных подгруппах распределились следующим образом:

в подгруппу «А» вошло 25,9%, в подгруппу «В» - 46,9%, в подгруппу «С» - 27,2%.

МРТ проводилось на аппарате фирмы «Hitachi» с магнитной индукцией 0,4 Тл. Обязательными для достоверного исследования считалось проведение анализа фронтальной и сагиттальной томограмм, позиционирующихся на середине тел поясничных позвонков и серии аксиальных томограмм, визуализирующих суставные фасетки дугоотростчатых суставов (ДОС) на уровне ПДС от L1-L2 до L4-L5.

Типологическая оценка деформаций тел позвонков производилась по следующим градациям: при минимальной деформации тела позвонка регистрировалось снижение высоты позвонка на 21-24%. При умеренной деформации высота любого отдела позвонка составляла 25-39%. При тяжелой степени деформации высоты тела позвонка снижена более чем на 40%.

Также в контексте определения типологии дегенеративно-дистрофических процессов в позвоночнике проводилось оценка количества артритов и артрозоартритов в ДОС. При этом интерпретация активного артритического процесса в ДОС выполнялась на основе отека периартикулярных тканей в сочетании с сужением суставной щели. Симптоматика артрозоартрита определялась за счет добавления к вышеописанной симптоматике деформации и (или) склероза замыкательных пластинок.

Результаты и их обсуждение. Исследование частоты встречаемости нарушений позвонков поясничного отдела в исследуемых подгруппах показывает при наличии истинной грыжи МПД наибольшую долю дегенерации дисков, в сравнении со случаями наличия только лишь протрузий (подгруппа «А») (табл. 1).

Таблица 1 - Распределение количества дегенеративных и дистрофических нарушений в позвонках поясничного отдела

Поясничные позвонки, №	Подгруппа «А», %		Подгруппа «В», %		Подгруппа «С», %	
	ДГ, %	ДТ, %	ДГ, %	ДТ, %	ДГ, %	ДТ, %
1	30	-	44,7	10,5	40,9	9,1
2	35	-	57,9	5,3	40,9	4,5
3	45	-	57,9	18,4	45,5	4,5
4	45	15	60,5	18,4	63,6	-
5	45	20	55,3	28,9	68,2	18,2

Условные обозначения: ДГ – дегенерация, ДТ – дистрофия.

Изучение распределения типологии деформации позвонков в подгруппах исследования выявляет наибольшую сохранность тел позвонков верхней

трети отдела (L1-L2) и прогрессирование деформации нижних позвонков. Причем наибольшая доля изменений была обнаружена в

подгруппах «А» и «В». Напомним, что общим признаком, объединяющим эти подгруппы

является наличие протрузий в ПОП (рис. 1-3).

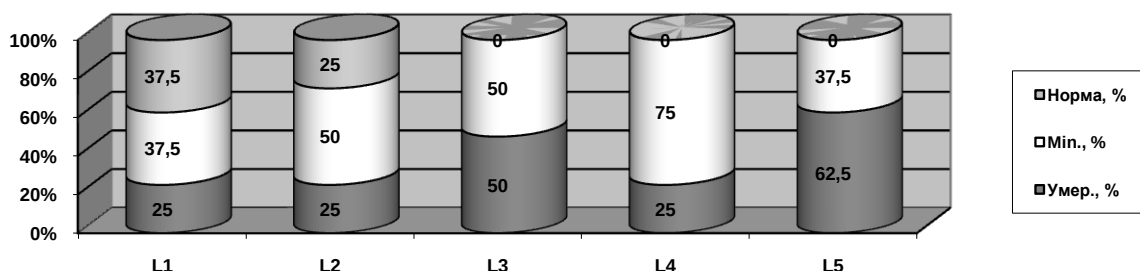


Рис. 1. Распределение типов деформаций позвонков в подгруппе «А». Условные обозначения, здесь и далее: Норма – отсутствие отклонений, Min., – минимальные отклонения, умер., - умеренные изменения тела позвонка.

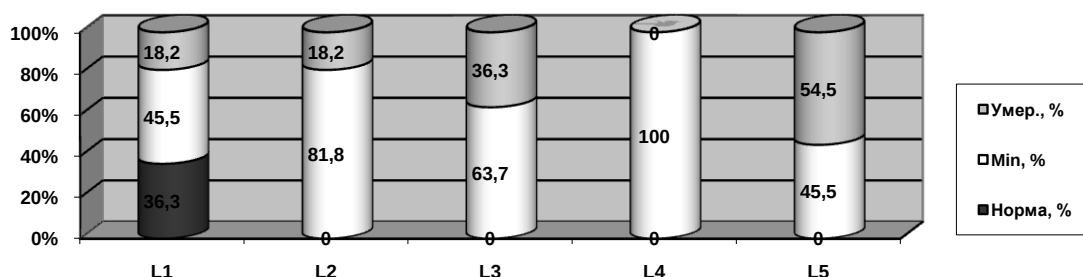


Рис. 2. Распределение типов деформаций позвонков в подгруппе «В».

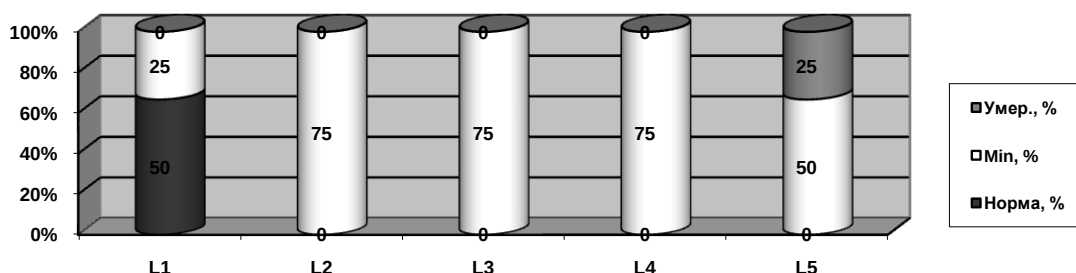


Рис. 3. Распределение типов деформаций позвонков в подгруппе «С».

Превалирование умеренного и минимального типов деформаций позвонков в подгруппах с протрузиями (подгруппы «А» и «В») и меньшая выраженность этих процессов при грыжах (подгруппа «С») позволяет предположить, что результатом протрузий является длительная нагрузка на позвонки вследствие биомеханических нарушений, в то время как при грыжах следствием

патологического процесса может явиться действие острого травматического агента на фоне дегенерации диска.

Подтверждением этому является результат анализа частоты встречаемости количества дегенераций МПД у пациентов с грыжами дисков (в подгруппах «В» и «С») (табл. 2).

Таблица 2 - Распределение дегенеративных и дистрофических процессов в межпозвонковых дисках поясничного отдела позвоночника

Межпозвонковый диск, уровень	Подгруппа «А», %		Подгруппа «В», %		Подгруппа «С», %	
	ДГ, %	ДТ, %	ДГ, %	ДТ, %	ДГ, %	ДТ, %
L1-2	30	30	26,3	10,5	18,2	13,6
L2-3	25	35	31,6	15,8	22,7	13,6
L3-4	20	35	44,7	21,1	27,3	13,6
L4-5	20	35	44,7	23,7	50,0	22,7
L5-S1	40	30	52,6	21,1	59,1	27,3

Условные обозначения: ДГ – дегенерация, ДТ – дистрофия.

Коррелятивный анализ типологии дегенеративных и дистрофических нарушений позвонков и дисков (по частоте встречаемости) в зоне локализации протрузии диска и смежных ПДС (выше- и

нижележащий уровень) в подгруппе «А» показывает большую нагрузку на вышележащие ПДС (рис. 4).

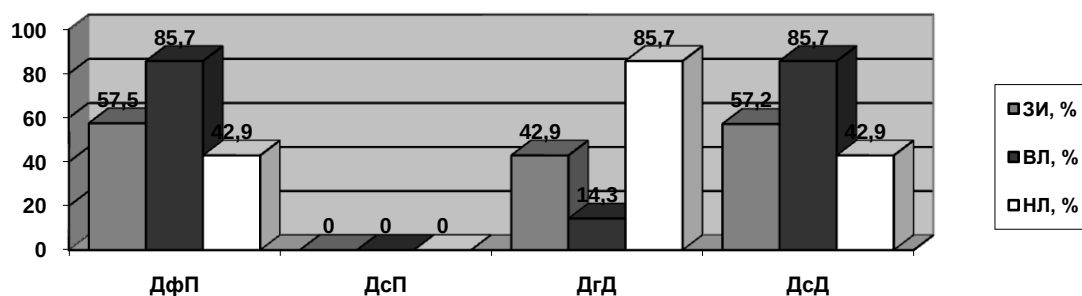


Рис. 4. Распределение дегенеративных и дистрофических процессов в позвоночно-двигательных сегментах в зоне локализации протрузии и смежных сегментах.

Условные обозначения: ДФП – деформация позвонков, ДсП – дистрофия позвонков, ДгД – дегенерация диска, ДсД – дистрофия диска, ЗИ – ПДС в зоне интереса, ВЛ – вышележащий ПДС, НЛ – нижележащий ПДС.

Аналогичные исследования при сочетании грыж и протрузий (подгруппа «В») и при грыжах

(подгруппа «С») в зоне интереса и смежных ПДС также выявляет дегенеративно-дистрофические процессы в позвонках и дисках при наличии протрузий (табл. 3) и избирательное поражение структур ПДС в зоне локализации грыжи диска (табл. 4).

Таблица 3 - Распределение дегенеративных и дистрофических процессов в зоне локализации протрузий и грыж в смежных сегментах

Признак	Зона локализации грыжи (ПДС), %	Вышележащий ПДС, %	Нижележащий ПДС, %
Деформация позвонков	100	100	20
Дистрофия позвонков	60	50	20
Дегенерация диска	70	50	20
Дистрофия диска	70	90	10
Протрузия диска	-	100	20

Таблица 4 - Распределение дегенеративных и дистрофических процессов в в зоне локализации грыжи в смежных сегментах

Признак	Зона локализации грыжи (ПДС), %	Вышележащий ПДС, %	Нижележащий ПДС, %
Деформация позвонков	100	100	-
Дистрофия позвонков	66,7	-	-
Дегенерация диска	100	-	-
Дистрофия диска	66,7	33,3	-

Изучение взаимосвязи патологических изменений в ДОС в виде воспалительных и деформирующих процессов выявляет корреляцию дегенеративных

изменений в позвонках и дистрофических изменений в межпозвонковых дисках (рис. 5-7).

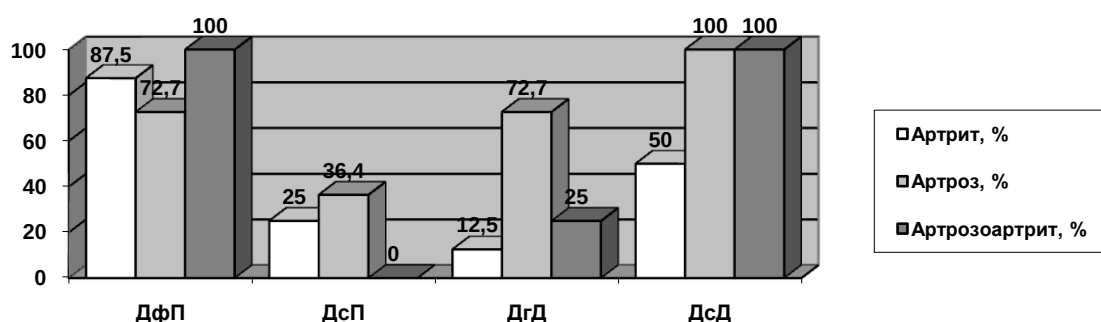


Рис. 5. Корреляция артритов и артрозов в дугоотростчатых суставах с дегенеративными и дистрофическими изменениями в позвонках и межпозвонковых дисках в подгруппе «А».

Условные обозначения, здесь и далее: ДфП – деформация позвонков, ДсП – дистрофия позвонков, ДгД – дегенерация диска, ДсД – дистрофия диска.

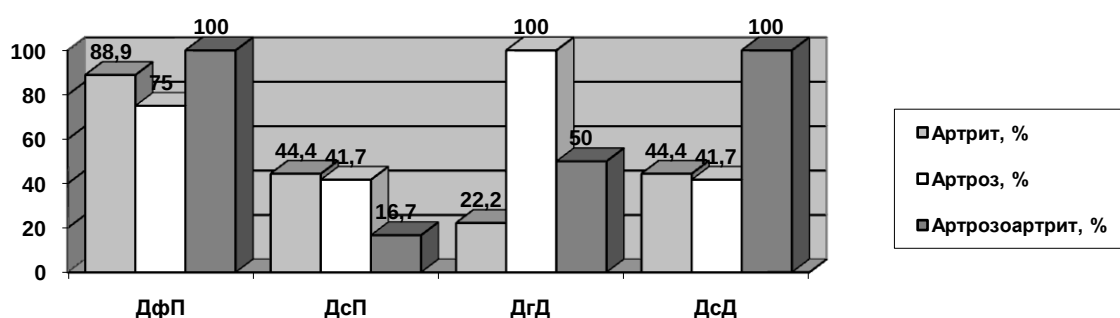


Рис. 6. Корреляция артритов и артрозов в дугоотростчатых суставах с дегенеративными и дистрофическими изменениями в позвонках и дисках в подгруппе «В».

Изменение соотношений между позвонками в результате уменьшения высоты дисков, а в части случаев и высоты отдельных позвонков, приводит в

итоге к изменениям взаимоотношений между суставными отростками ДОС.

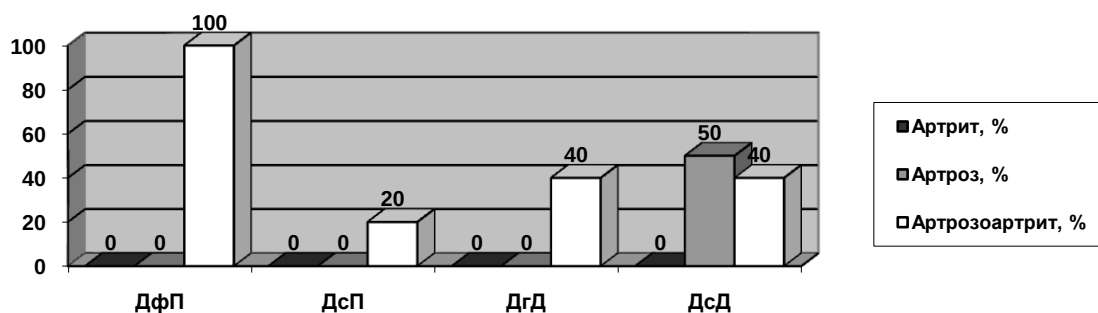


Рис. 7. Корреляция артритов и артрозов в дугоотростчатых суставах с дегенеративными и дистрофическими изменениями в позвонках и дисках в подгруппе «С».

Деформация суставных взаимоотношений влечет в свою очередь напряженность суставов, микротравматизацию периартикулярных структур, обуславливающую в конечном итоге развитие артритического процесса.

Выводы

1. Возникновение протрузий определяется длительными биомеханическими нарушениями в поясничном отделе позвоночника и повышенной несбалансированной нагрузкой на отдельные позвоночно-двигательные сегменты. При этом позвоночно-двигательный сегмент,

позиционирующийся выше протрузии испытывает большую нагрузку.

2. Образование грыжи в наибольшей степени связано с острой травматической ситуацией на фоне дегенеративного процесса в межпозвонковом диске, обуславливающей потерю его эластичности.

3. Развитие артритов и артрозоартритов дугоотростчатых суставов обусловлено дегенеративно-дистрофическими процессами в позвонках и межпозвонковых дисках, выступающих в качестве первичных, пусковых механизмов в развитии патоморфоза данных артритов.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ СОПОСТАВЛЕНИЯ ПРИ СПОНДИЛОГЕННЫХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМАХ У ПАЦИЕНТОВ С ГРЫЖАМИ И ПРОТРУЗИЯМИ ПОЯСНИЧНЫХ ДИСКОВ, ИХ ОСТЕОПАТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ

Новосельцев С.В., Малиновский Е.Л.

СПБМАПО, Институт остеопатии, г. Санкт-Петербург, Россия
ООО «Центр реабилитации», г. Обнинск, Россия

У пациентов с грыжами и протрузиями поясничных дисков клинические симптомы и результаты диагностики выявили объективные различия, что позволило разработать методы применения остеопатической коррекции, которая позволит повысить эффективность лечения.

Ключевые слова: спондилогенные болевые синдромы, грыжи и протрузии поясничных дисков, остеопатическая коррекция.

ЖАРЫҚША ЖӘНЕ БЕЛ ДИСКІСІ ПРОТРУЗИЯСЫ БАР ЕМДЕЛУШІЛЕРДІҢ СПОНДИЛОГЕНДІ ҚАТЕРЛІ СИНДРОМЫ, ОНЫҢ ОСТЕОПАТИКАЛЫҚ ТҮЗЕТУДІҢ КЛИНИКА-ДИАГНОСТИКАЛЫҚ САЛЫСТЫРУЛАР

Новосельцев С.В., Малиновский Е.Л.

Жарықша және бел дискісі протрузиясы бар емделушілердің клиникалық симптомдары және диагностиканың нәтижелері емдеу тиімділігін жоғарылатуға мүмкіндік беретін остеопатикалық түзетуге қолданудың әдістері жасауға мүмкіндік беретін нақты айырмашылықтар айқындалды.

Түйінді сөздер: спондилогенді қатерлі синдромы, жарықша және бел дискісі протрузиясы, остеопатикалық түзету.

CLINICAL-AND-DIAGNOSTIC COMPARISONS IN CASE OF SPONDYLOGENEOUS PAIN SYNDROMES IN PATIENTS WITH HERNIAS AND PROTRUSIONS OF LUMBAR DISKS, THEIR OSTEOPATHIC CORRECTION

Novoseltsev S.V., Malinovsky E.L.

At patients with hernias and protrusions of lumbar disks clinical symptoms and results of diagnostics have revealed objective distinctions that has allowed to develop application methods of osteopathic corrections which will allow to raise efficiency of treatment.

Keywords: spondylogenous pain syndromes, hernias and protrusions of lumbar disks, osteopathic correction.

По данным ВОЗ не менее 2/3 людей в человеческой популяции страдает дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника, известными под общим названием «остеохондроз». Наиболее тяжелым осложнением в ряду дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника является грыжа межпозвонкового диска.

Грыжа межпозвонкового диска является существенной клинической проблемой, так как нередко бывает причиной стойкого болевого синдрома и сопутствующей неврологической симптоматики, обусловленной механической компрессией сегментарных нервов, а также нарушением ликвородинамики при стенозе латеральных и позвоночного канала. Грыжа межпозвонкового диска способна стать причиной инвалидизации и преждевременного ухода из активной производственной деятельности. Данные факторы и обуславливают существенную медицинскую и социально-экономическую значимость проблемы лечения грыж межпозвонковых дисков.

В число методов терапии данной нозопатологии входят хирургическое и терапевтическое лечение. Хирургическое лечение межпозвонковой грыжи рассматривается как метод выбора, на начальном же этапе применяются консервативные методы терапии. К терапевтическим методам, помимо традиционно применяемой медикаментозной терапии, относятся: мануальная терапия, биодинамика, остеопатия, краниосакральная терапия, массаж, иглорефлексотерапия.

Целью настоящего исследования явилось проведение клинической апробации методики мануальной терапии по остеопатическому варианту, направленной на купирование болевой и неврологической симптоматики, обусловленной межпозвонковыми грыжами и протрузиями в поясничном отделе позвоночника.

Материалы и методы. На основании МРТ-исследований пациенты были подразделены на 3 самостоятельные подгруппы. В подгруппу «А» были включены пациенты, у которых болевой синдром и неврологическая симптоматика были обусловлены наличием протрузии (протрузий) в одном из позвоночно-двигательных сегментов поясничного отдела позвоночника. В подгруппу «В» включены

пациенты, у которых наряду с протрузией (протрузиями) зарегистрирована межпозвонковая грыжа, а в подгруппу «С» вошли пациенты с наличием грыжи диска в поясничном отделе позвоночника. Пациентам всех подгрупп было проведено неврологическое обследование по классической схеме и остеопатический осмотр с целью выявления дисфункциональных биомеханических нарушений.

Остеопатическое лечение больных с болевыми и неврологическими проблемами межпозвонковых дисков и протрузий состояло из нескольких этапов, включавших:

1. Фасциальную коррекцию торсии крестца.
2. Коррекцию дисфункций тазовых костей.
3. Декомпрессию L5-S1.
4. Коррекцию связочного стрейна пояснично-крестцового отдела позвоночника.
5. Мягкотканное лечение поясничной области.
6. Мобилизацию периферических нервов нижних конечностей.
7. Коррекцию дисфункций шейного отдела позвоночника с декомпрессией C0-C1.
8. Затылочно-крестцовое уравнивание.
9. Компрессию 4-го желудочка (CV4) по направленному жидкостному варианту.

При лечении пациентов с грыжами дисков принципиально было выделено 2 этапа работы. В остром периоде заболевания выполнялся первый этап посредством проведения локальной работы с пораженными тканями. На втором этапе терапии проводилась глобальная работа с телом пациента. Второй этап лечебного воздействия реализовался в подостром или же восстановительном периоде. В процессе выполнения второго периода производилось уравнивание гравитационных линий и кинематических цепей.

Результаты и их обсуждение. Критериями для окончания курсового лечения по вышеописанной схеме остеопатической коррекции явились стандартные категории оценки, в число которых вошли: восстановление функции позвоночника, купирование болевого синдрома, нормализация общего состояния здоровья, восстановление трудоспособности.

Лечение каждого пациента осуществлялось регулярно 1 раз в неделю. По мере купирования болевой и неврологической симптоматики курс терапии завершался. Сообразно с вариабельностью длительности курсового лечения были ранжированы следующие категории:

- короткий курс, длительностью 1-4 процедуры;
- средняя продолжительность курса, в пределах 5-6 процедур;

- длительный курс, осуществляемый в пределах 7-10 процедур;

- пролонгированный курс, определяемый количеством процедур более 10.

Анализ продолжительности курсового лечения в соответствии с ранжированными категориями продолжительности курса остеопатической терапии в рассматриваемых подгруппах показал наличие пролонгированных курсов в подгруппах «А» (25%) и «В» (8%) (рис. 1).

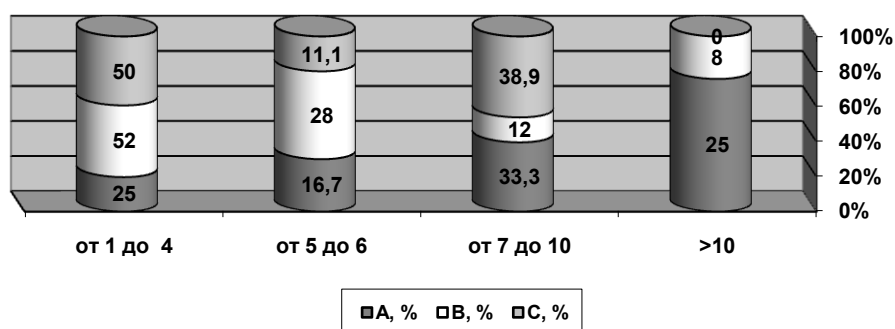


Рис. 1. Распределение категорий продолжительности курсового лечения в исследуемых подгруппах.

Необходимо особо отметить, что в подгруппе «С» пациенты с пролонгированными курсами терапии зарегистрированы не были. Также необходимо отметить и то, что в подгруппах «В» и «С» отмечено наибольшее количество коротких курсов терапии: 52 и 50%, соответственно.

Оценка типологии биомеханических нарушений в группах исследования выявила наиболее часто встречающиеся причины со стороны поясничного

отдела позвоночника, крестца и отдаленных зон (как правило, зона С0-С1). Примечательно, что при грыжах межпозвонкового диска (в подгруппе «С») биомеханические нарушения преимущественно фиксировались в поясничном отделе, в то время как при протрузиях (подгруппы «А» и «В») биомеханические нарушения в отдаленных зонах имели наибольшую долю (рис. 2).

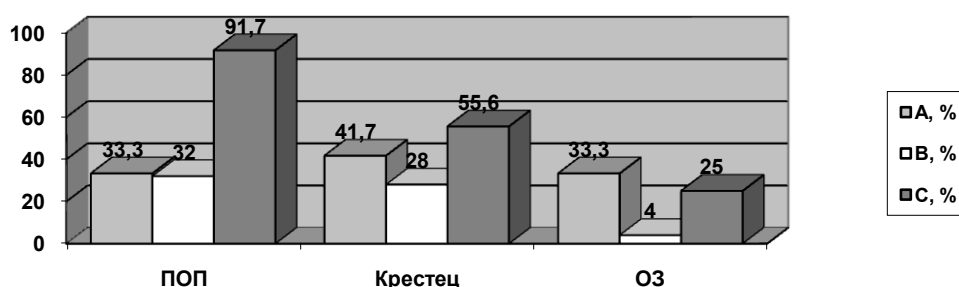


Рис. 2. Зональное распределение биомеханических нарушений в исследуемых подгруппах.

Условные обозначения: ПОП – поясничный отдел позвоночника, ОЗ – отдаленная зона, А-С – обозначение подгрупп исследования.

Изучение распределения отдельных типов биомеханических нарушений в подгруппах исследования выявило первостепенное превалирование дисфункций со стороны фасеток дугоотростчатых суставов во всех анализируемых подгруппах (табл.1). Также в подгруппе «С» отмечена существенная доля торсионных

нарушений со стороны крестца. В остальных же исследуемых подгруппах заметного превалирования второстепенных типов дисфункций выявлено не было, отмечено приблизительно равномерное распределение дисфункций на вышележащих уровнях.

Таблица 1 - Распределение типов биомеханических дисфункций в исследуемых подгруппах

Тип дисфункции	Подгруппа, %		
	A	B	C
Дисфункция фасеток по типу FRS, ERS	75	66,7	76,9
Торсия крестца по типу D/S, D/D, S/S.	25	33,3	61,5
Блок крестцово-подвздошного сочленения	37,5	16,7	23,1
Блок C0-C1	37,5	8,3	23,1
Дисфункция затылочно-сосцевидного шва	12,5	-	-
Компрессия L5-S1	12,5	8,3	-
Смещение подвздошной кости вверх	-	8,3	-
Групповая дисфункция Позвонков	-	-	7,7
Итого	100	100	100

При анализе типологии функциональных нарушений во всех подгруппах отмечено сочетание дисфункций в области поясничного отдела

позвоночника и в других, смежном и отдаленных регионах (рис. 3).

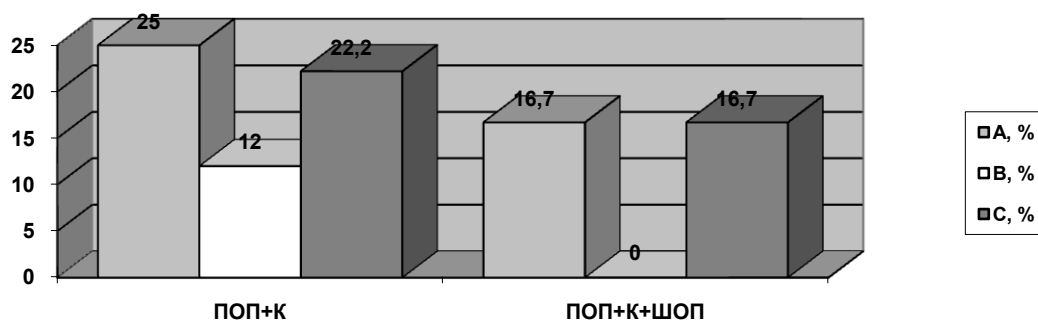


Рис. 3. Распределение пациентов в подгруппах исследования с различной типологией дисфункциональных поражений.

Условные обозначения: ПОП – поясничный отдел позвоночника, К – крестец, ШОП – шейный отдел позвоночника, уровень C0-C1.

Анализ частоты встречаемости типов биомеханических нарушений при различной продолжительности курсовой терапии показывает, что при коротких курсах выявляется не меньшее, а

наоборот, большее количество биомеханических дисфункций, в то время как при пролонгированных сеансах отмечено относительно меньшее количество дисфункций (рис. 4).

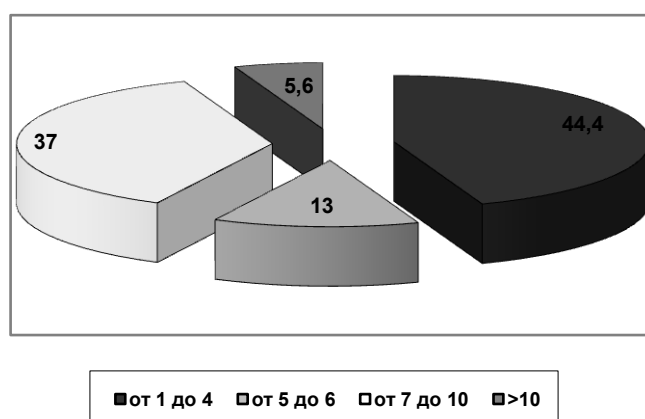


Рис. 4. Долевое распределение количества дисфункций при различной продолжительности курса мануальной терапии.

Анализ давности заболевания и средней продолжительности курсовой мануальной терапии больных в исследуемых подгруппах не выявил явных закономерностей. Также и поиски прямых корреляционных связей между анамнестической длительностью заболевания и степенью дегенеративно-дистрофических изменений в поясничном отделе позвоночника не привели к заметным успехам. Наиболее значимым в этом аспекте явилось исследование взаимосвязей

между степенью дегенеративных и дистрофических поражений позвонков и дисков, а также пострурой поясничного отдела позвоночника и длительности курсового остеопатического лечения (табл.2). Согласно данному исследованию, количество выполненных лечебных сеансов прямопропорционально степени дегенеративно-дистрофических изменений позвонков и межпозвонковых дисков.

Таблица 2 - Лучевая симптоматика МРТ исследований поясничного отдела позвоночника в подгруппах исследования при различной длительности курса мануальной терапии

Критерий диагностики	Длительность курса, сеансов											
	1-4			5-6			7-10			>10		
	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C
Выпрямление лордоза	25	66,7	33,3	50	71,4	100	50	33,3	100	100	100	-
Сколиоз	17,5	16,7	11,1	-	8,6	50	25	-	-	50	50	-
Дегенерация позвонков	75	33,3	11,1	-	57,1	100	25	66,7	71,4	50	50	-
Дистрофия позвонков	25	41,7	33,3	50	57,1	-	25	66,7	57,1	100	50	-
Деформация дисков	75	66,7	44,4	50	57,1	100	-	66,7	57,1	100	50	-
Дистрофия дисков	75	75	33,3	50	57,1	100	25	33,3	57,1	50	50	-
Грыжа Шморля	25	41,7	22,2	-	42,9	50	50	33,3	42,9	-	100	-
Артрозо-артрит ДОС	25	66,7	11,1	50	14,3	-	-	33,3	14,3	50	50	-

Условные обозначения, здесь и далее: ДОС — дугоотростчатые суставы.

Также определены закономерности распределения лучевой симптоматики при дисфункциях в поясничном отделе и их сочетании с ближайшим (крестец) и отдаленным (шейный отдел) регионами

(табл. 3). В данном аспекте выявлены наименьшие поструральные и дегенеративно-дистрофические нарушения при сочетании дисфункций крестца и поясничного отдела позвоночника и наибольшее

количество рассматриваемых признаков – при поясничного отдела позвоночника.
наличии дисфункций в пределах только

Таблица 3 - Распределение МРТ симптомов при различных дисфункциях, обнаруживаемых при грыжах и протрузиях межпозвонковых дисков

Диагностические критерии	Область локализации дисфункции		
	ПОП	ПОП+К	ПОП+К+ШОП
Выпрямление лордоза	100	75	66,7
Сколиоз	27,9	25	33,3
Дегенерация позвонков	72,7	37,5	100
Дистрофия позвонков	63,6	25	66,7
Деформация дисков	90,9	62,5	100
Дистрофия дисков	90,9	75	100
Грыжа Шморля	45,5	75	-
Артрозоартрит ДОС	54,5	62,5	33,3

Условные обозначения: ПОП – поясничный отдел позвоночника, К – крестец, ШОП – шейный отдел позвоночника (область С0-С1).

В заключение отметим, что наименьшая продолжительность курсовой терапии в соответствии с принципами разработанной остеопатической коррекции при лечении больных с грыжами межпозвонковых дисков и наибольшая – при лечении пациентов с протрузиями отражает общие особенности дисфункциональных нарушений при этих нозопатологиях.

При грыжах дисков биомеханические нарушения распространены на поясничный отдел и ближайший регион – крестец, в то время как протрузии являют собой вторичное нарушение поясничного отдела, обусловленное более глобальными биомеханическими нарушениями, обусловленными постуральными проблемами и вышележащими нарушениями.

Следует признать, что выявление этих глобальных нарушений на клинко-диагностическом уровне является отдельной важной темой в проблематике данных исследований.

Также в число общих закономерностей вошла выявленная положительная корреляционная связь между продолжительностью курсовой терапии и лучевой симптоматикой, полученной при МРТ исследованиях, отражающей постуральное состояние поясничного отдела позвоночника и степень дегенеративно-дистрофических нарушений со стороны межпозвонковых дисков и позвонков.

В процессе исследований была отмечена обратно пропорциональная связь между количеством дисфункций в различных регионах и

длительностью лечебного курса мануальной терапии. При большем количестве дисфункций длительность курса была короче и, наоборот, меньшее количество дисфункций встречалось у больных с длительными и пролонгированными курсами.

Такая закономерность может отражать процесс адаптации организма: ограниченное количество дисфункций соответствует адаптации биодинамики к длительно существующей проблеме, фактически, сформированной уже на гомеостатическом уровне, а больший набор дисфункций, в том числе и в отдаленных регионах, указывает на пока еще не сформированные паттерны движений. В данном случае устойчивый характер дисфункции при наличии протрузии либо грыжи межпозвонкового диска может вполне правомерно рассматриваться как вариант адаптации организма к заболеванию. В рамках этой закономерности может быть определена курабельность заболевания: больший набор дисфункций у больного определяет лучший прогноз при выполнении лечения за счет пока еще неустоявшегося паттерна движений в пораженном регионе тела.

Анализируя клинические аспекты проведенной работы можно с уверенностью заявить, что представленная методика мануальной терапии протрузий и грыж межпозвонковых дисков поясничного отдела позвоночника способна внести весомый вклад в лечение больных с данными нозопатологиями.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА КЛИНИЧЕСКИ АКТУАЛЬНЫХ СУХОЖИЛЬНО-МЫШЕЧНЫХ МЕРИДИАНОВ

Петров К.Б., Санкина Е.А., Замойская О.Н.

*ГБОУ ДПО «Новокузнецкий институт усовершенствования врачей» Минздравсоцразвития,
Кафедра восстановительной медицины, кафедра рефлексотерапии г. Новокузнецк, Россия*

Ультразвуковая диагностика клинически актуальных сухожильно-мышечных меридианов, предложенная авторами, способствует улучшению диагностики и повышению эффективности лечения болевых синдромов.

Ключевые слова: ультразвуковая диагностика, сухожильно-мышечные меридианы, иглорефлексотерапия, мануальная терапия, массаж.

СІЇР-БҰЛШЫҚ ЕТТІК МЕРИДИАНДАРДЫҢ МАҢЫЗДЫ КЛИНИКАЛЫҚ УЛЬТРАДЫБЫСТЫ ДИАГНОСТИКАСЫ

Петров К.Б., Санкина Е.А., Замойская О.Н.

Авторлармен ұсынған сіңір-бұлшық еттік меридиандардың маңызды клиникалық ультрадыбысты диагностикасы диагностиканың

жақсартуына және қатерлі синдромдардың емдеудің тиімділігін жоғарылатуына мүмкіндік туғызады.

Түйінді сөздер: ультрадыбысты диагностикасы, сіңір-бұлшық еттік меридиандар, инерефлексотерапия, мануалды терапия, массаж.

ULTRASONIC DIAGNOSIS OF CLINICALLY ACTUAL MUSCLE-TENDON MERIDIANS

Petrov K.B., Sankina E.A., Zamojskaja O.N.

The ultrasonic diagnostics of clinically actual muscle-tendon meridians, offered by authors, promotes improvement of diagnostics and increase of efficiency of treatment of pain syndromes.

Keywords: ultrasonic diagnostics, muscle-tendon meridians, reflexology, manual therapy, massage.

Актуальность. В традиционной восточной медицине для клинической диагностики состояния канально-меридианальной системы используются древняя методика пульсовой диагностики, исследование Шу и Мо пунктов, а также осмотр и пальпация микропунктурных зон. Их субъективизм и слабая доказательность очевидны. Начиная с 50-х годов XX века, с диагностической целью начали исследовать различные электрические характеристики меридианов. Все эти методы дают информацию о канально-меридианальной системе вообще, без подразделения её на второстепенные ответвления (специальные, Ло-продольные и т.п.). Они малопригодны для диагностики состояния мышечно-сухожильных меридианов.

Задача настоящей разработки состоит в создании объективного, простого, надёжного и высокоинформативного способа верификации клинически актуальных мышечно-сухожильных меридианов с помощью ультразвуковой диагностики.

Описание метода. С 80-х годов XX века ультразвуковое исследование (УЗИ) стало широко применяться для оценки состояния мышечно-скелетной системы. При ультразвуковой визуализации нормальные мышцы обладают характерной эхоструктурой: на гипоехогенном фоне выделяются тонкие эхогенные полосы, обычно

параллельные её длинной оси. Произвольно сокращённая мышца имеет более однородную эхогенность, по сравнению с покоем. При патологических мышечно-тонических реакциях и дистрофических процессах в мышечной ткани и межмышечных фасциях выявляются разнокалиберные точечные и линейные гиперэхогенные включения, которые разрывают нормальные фасцикулярные линии.

Для выполнения поставленной задачи специалисту по УЗИ-диагностике необходимо не только выявить соответствующие изменения в отдельно взятой мышце, но и проследить их в пределах всего меридиана, имеющего сложную трёхмерно-пространственную топографию. Решение данной проблемы потребовало разработать специальную систему координат, позволяющую описать залегание того или иного мышечно-сухожильного меридиана по отношению к продольно-поперечным осям исследуемых верхних и нижних конечностей.

В соответствии с этим длинники предплечья (от локтя - до запястья) и голени (от колена - до лодыжек) были подразделены на верхнюю, среднюю и нижнюю треть. Длинники плеча (от ключицы - до надмыщелков) и бедра (от паха - до колена) - на верхнюю и нижнюю половины. Исходя из особенностей глубины залегания, на предплечье и голени было выделено 3 слоя мышц, а на плече и

бедре – два. Считается, что каждый слой по толщине равен соответственно трети или половине расстояния от центрально расположенных костных структур до границы с подкожной клетчаткой. По окружности каждая часть конечности была условно разделена в соответствии с часовым циферблатом на 12 равных зон. При этом за 12 часов принята середина дорзальной поверхности, а за 6 часов – вентральной. На правых конечностях середина их латеральных поверхностей соответствует 9 часам, а середина медиальных – 3 часам; на левых – наоборот: середина латеральных поверхностей соответствует 3 часам, а середина медиальных – 9 часам.

Поскольку известно, из каких мышц состоит каждый мышечно-сухожильный меридиан и топография каждой мышцы, то возможно определить местоположение конкретного меридиана в соответствующей половине или трети конечности, а также в «слое» и «часе». Для облегчения этой задачи с помощью электронных таблиц «Microsoft Office Excel 2007» была разработана специальная программа. При её использовании специалисту по УЗИ достаточно отметить в полях ввода выявленные участки патологических изменений в мышечной ткани. Программа по особому алгоритму вычисляет вероятность заинтересованности того или иного мышечно-сухожильного меридиана в процентах. «Процент заинтересованности меридиана» отражает отношение суммарного количества мышц (или их фрагментов) с выявленными патологическими изменениями в каждой трети или половине сегмента конечности к общему числу мышц, относящихся к данному меридиану. Этот показатель динамично меняется в процессе лечения.

Степень клинической актуальности считается высокой, если процент заинтересованности равен или превышает 50%, что является основанием для использования данного меридиана при лечении сопряжённых с ним через висцерофасциальные связи внутренних органов или структур опорно-двигательного аппарата в первую очередь. Заинтересованность в пределах от 30% до 49%, считается средней, и меридиан используется в лечебных мероприятиях во вторую очередь. При заинтересованности менее 30% данную миовисцерофасциальную связь признают клинически неактуальной и не используют в лечении.

УЗИ клинически актуальных мышечно-сухожильных меридианов можно осуществлять при помощи

любого ультразвукового диагностического сканера, оснащённого мультислотным линейным датчиком с частотой 5 - 14 МГц. В нашем случае использовался аппарат ACCUVIX V20-RUS «MADISON» в режиме 2D с датчиком в 5 МГц, обеспечивающим глубину проникновения до 4 сантиметров.

При исследовании верхних конечностей диагностику осуществляют в положении больного сидя. Датчик накладывают строго перпендикулярно на середину верхней половины плеча. Получив ЭХО-сигнал от плечевой кости, толщину мышечной ткани на плече делят на два слоя, считая, что каждый из них равен половине расстояния от центрально расположенных костных структур до границы с подкожной клетчаткой. В пределах каждого из выделенных слоёв производят сонографию мышц, перемещая сканер по окружности конечности. Локализацию

патологически изменённых участков мышечной ткани отмечают в соответствующей ячейке полей ввода программы. Аналогичным образом проводят обследование предплечья в верхней, средней и нижней трети. При этом глубину мышечного массива делят уже на три слоя.

Во время УЗИ-диагностики нижних конечностей положение больного лёжа на животе, спине или на боку (в зависимости от изучаемого «часа»). При сканировании бедра датчик последовательно располагают в его верхней, средней и нижней трети. За точку отсчёта, как и в предыдущем случае, принимают гиперэхогенную костную ткань, расположенную срединно. Толщину мышц делят на три слоя. При локации в области голени излучатель последовательно располагают в её верхней и нижней половинах, а глубину массива мышц делят на два слоя.

Выводы. Предложенный способ ультразвуковой диагностики мышечно-сухожильных меридианов и программа интерпретации его результатов может найти применение в рефлексотерапии, мануальной терапии и массаже. Описанная методика абсолютно безопасна для пациентов, отличается простотой выполнения и интерпретации результатов. Она позволяет проводить диагностику специалистам, не подготовленным в области рефлексотерапии, а также обладает высокой чувствительностью к динамически меняющемуся в процессе лечения состоянию миотатических цепей у больных с патологией опорно-двигательного аппарата и внутренних органов. С её помощью можно выбирать более оптимальные схемы лечения и зоны воздействия.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ

*Пинегин Л.Е., Пинегина Н.О.**Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул, Россия*

В статье проведено изучение результатов комплексного лечения головных болей напряжения и сделан вывод о его эффективности, особенно при проведении гипноза и психотерапии в сочетании с применением церебролизина.

Ключевые слова: головные боли напряжения, механизм развития, комплексное лечение

БАС АУРУЫ КҮШЕУІН КЕШЕНДІ ЕМДЕУ

Пинегин Л.Е., Пинегина Н.О.

Мақалада бас ауруы күшеуінің кешенді емдеуі зерттеуінің нәтижелері көрсетілген және гипноз және церебролизинді қолданумен қатар психотерапияның өткізуінде оның тиімділігіне қорытынды жасаған.

Түйінді сөздер: бас ауруы күшеуі, даму тетіктері, кешенді емдеу

COMPLEX TREATMENT OF TENSION HEADACHES

Pinegin L.E., Pinegina N.O.

In article studying of results of complex treatment of tension headaches is spent and the conclusion is drawn on its efficiency, especially at carrying out of hypnosis and psychotherapy in a combination to application cerebrolyzin.

Keywords: tension headaches, the development mechanism, complex treatment

Введение: Наиболее часто встречающиеся головные боли напряжения имеют сложный и еще не выясненный до конца механизм развития, что требует комплексного подхода к лечению.

Цель работы: Определение эффективности применения комплексных лечебных мероприятий, воздействующих на различные звенья механизмов формирования болевого синдрома.

Методика: У 67 больных в возрасте от 25 до 48 лет с головной болью напряжения (с вовлечением и без вовлечения перикраниальных мышц) измерялась интенсивность головной боли по шкале ВАШ до- и спустя месяц после начала лечения.

Четырехнедельный лечебный комплекс включал: устранение вредных привычек (курение), утрення гимнастика, ЛФК на шейный отдел позвоночника, массаж (мягкий, щадящий) мышц шеи и головы, дыхательная гимнастика по типу дыхательной гимнастики йогов (диафрагмальное дыхание, удлинённый выдох) три раза в день, режим труда и

отдыха с отдыхом в середине рабочего дня – 30-60 минут, по возможности; отдых, по возможности, в нерабочие дни (суббота, воскресенье); налаживание сна, если он был нарушен (Ивадал), транквилизаторы (Грандоксин) – 25 больных, сеансы гипноза, психотерапии на фоне воздействия магнитного поля на головной мозг (15 мТл) – 15 больных, инъекции Церебролизина (20 мл в/в № 20) – 30 больных;

Результаты: У 6 больных с продолжающимся воздействием стрессовых факторов (бизнес, семейные проблемы) головные боли уменьшились на 50%. У остальных больных головные боли прошли, либо были минимальными. Сеансы гипноза и психотерапии достоверно усиливали эффект лечения, особенно при добавлении Церебролизина.

Выводы: Используемый комплекс эффективен в лечении головных болей напряжения и может быть рекомендован к применению.

ОСТЕОПАТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

*Складан С.А.**Институт остеопатической медицины, г. Алматы*

В статье представлены результаты лечения остеоартроза коленных суставов. Показана эффективность применения метода мануальной терапии и остеопатических техник при деформирующем остеоартрозе коленных суставов.

Ключевые слова: деформирующий остеоартроз коленных суставов, остеопатическая коррекция, мануальная терапия.

ТІЗЕ БУЫНЫ ОСТЕАРТРОЗЫН ЕМДЕУДІ ОСТЕОПАТИКАЛЫҚ ТҮЗЕТУ

Складан С.А.

Мақалада тізе буыны остеоартрозын емдеудің нәтижелері көрсетілген. Тізе буыны формасы өзгерген остеоартрозының остеопатикалық техникасы және мануалды терапия әдісін қолданғанда тиімділігі қарастырылған.

Түйінді сөздер: тізе буыны формасы өзгерген остеоартрозы, остеопатикалық түзету, мануалды терапия.

OSTEOPATHIC CORRECTION IN TREATMENT OF OSTEOARTHROSE OF KNEE JOINTS

Skladan S.A.

In article results of treatment of knee joints are presented. Efficiency of application of a method of manual therapy and of osteopathic techniques is shown at deforming osteoarthrose of knee joints.

Keywords: deforming osteoarthrose of knee joints, osteopathic correction, manual therapy.

Большинство поражений коленного сустава по этиологическому признаку можно разделить на четыре основных группы: травматические, воспалительные, диспластические и дегенеративно-дистрофические. Воспалительные заболевания относятся к компетенции артрологов и ревматологов, диспластические - педиатров, а дегенеративно-дистрофические поражения коленных суставов находятся в ведении терапевтов, хирургов, мануальных терапевтов и остеопатов.

Причины болезней суставов разнообразны и во многом еще не изучены. Но при всех заболеваниях суставов немаловажную роль играют: инфекция, аллергия и аутоаллергия, травмы и микротравмы, профессиональные вредности, физические перегрузки, гормонально-метаболические нарушения, гиподинамия, расстройства кровообращения и микроциркуляции.

Наиболее распространенным дегенеративно-дистрофическим заболеванием опорно-двигательной системы является деформирующий остеоартроз коленных суставов и распространенность его увеличивается с возрастом. Старше 75 лет этим заболеванием страдает 80% людей. По данным статистики на Земле от 10 до 16% жителей страдает этим заболеванием. Согласно демографическим прогнозам к четвертому десятилетию 21 века численность людей старшего возраста увеличится на 20%, следовательно, увеличивается и количество лиц, страдающих остеоартрозом.

Основным патологическим проявлением деформирующего остеоартроза коленных суставов является разрушение суставного хряща. При этом в патологический процесс вовлекаются и другие компоненты сустава: субхондральная кость, синовиальная оболочка, а также связки, капсулы сустава, околосуставные мышцы. Однако, деформирующий остеоартроз не только

дегенеративно-дистрофическое заболевание, так как в синовиальной оболочке отмечается увеличение экспрессии противовоспалительных медиаторов, что говорит о возможном воспалительном генезе деформирующего остеоартроза коленных суставов.

В зависимости от стадии патологического процесса в коленных суставах характерны следующие клиничко-рентгенологические признаки:

- при I стадии патологического процесса характерна боль при физической нагрузке. На рентгенограмме отмечается легкое сужение суставной щели, субхондральный остеосклероз, небольшое заострение краев суставных поверхностей;

- при II стадии отмечаются боли в передней нижней трети бедра, быстрая утомляемость нижних конечностей; появление чувства неустойчивости в коленных суставах; хруст, сопровождаемый болью в суставах; затруднение движений в коленных суставах в сочетании с гипермобильностью. При рентгенологическом исследовании наблюдалось неравномерное сужение суставной щели, уплотнение пограничной суставной пластинки, заострение краев суставных поверхностей, кистовидная перестройка костной ткани;

- при III стадии патологического процесса наблюдались усиленный болевой синдром; чувство заклинивания в коленном суставе; признаки синовита; крепитация при ходьбе; ограничение движений; развитие боковых деформаций коленных суставов. При рентгенологическом исследовании было выражено сужение суставной щели, остеофитоз, начальные подвывихи;

- IV стадия характеризовалась выраженным болевым синдромом в покое; деформацией сустава и хромотой. На рентгенограмме выявлялись остеофиты различной степени выраженности, изменения формы суставных поверхностей, подвывихи в суставе, «суставные

мышы» и оссифицированные участки суставной капсулы.

Традиционно для лечения этой патологии применяют нестероидные противовоспалительные препараты, которые обладают выраженными побочными реакциями и небольшой эффективностью. А также хондроактивные препараты в сочетании с глюкозаминами, которые, к сожалению, мало результативны. Поэтому растет хирургическая активность в лечении деформирующих остеоартрозов коленных суставов с применением ревизии суставов без широкого их вскрытия, удаляются поврежденные участки хряща, свободные хондромные тела и дегенеративно-дистрофические мениски с частичной синовэктомией. При этом состояние пациента может оказаться в худшем положении, чем до применения этого лечения.

Целью исследования явилась оценка эффективности применения методов остеопатии в лечении больных остеоартрозом коленных суставов.

Материал и методы исследования. Приведено лечение 14 больных с деформирующим остеоартрозом коленных суставов, среди них было 12 женщин и 2 мужчин в возрасте от 48 до 79 лет.

Из них с I стадией клинко-рентгенологических проявлений было 7 больных (5 женщин, 2 мужчин); со II стадией - 5 женщин; с III стадией – 2 женщины. Сопутствующими заболеваниями были ожирение у 6 пациентов, сахарный диабет у 2-х пациентов, заболевания почек, МКБ, хронический пиелонефрит у всех, гиподинамия и гипокинезия – у 9 пациентов, остеохондроз поясничного отдела позвоночника у всех пациентов.

Результаты и обсуждение. У всех пациентов, к которым применялось лечение методами мануальной терапии и остеопатии, состояние улучшилось. Это касается и больных с III стадией патологического процесса. При этом боли в суставах прекратились, биомеханика коленных суставов восстановилась у больных I и II стадией; улучшилась микроциркуляция в самих суставах и окружающих тканях (мышцах, хрящах, связках, синовиальной оболочке).

Выводы. Эффективным лечением при деформирующем остеоартрозе коленных суставов I и II стадии клинко-рентгенологического процесса являются методы мануальной терапии и остеопатической коррекции. Но и при III стадии остеопатические методы в щадящем режиме значительно улучшают состояние больных.

ВЛИЯНИЕ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОЙ ГИПЕРМОБИЛЬНОСТИ НА ВЕРТЕБРО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Чемерис А.В., Ли В.Э.

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей, г. Алматы

В данной статье представлены результаты исследования пациентов с конституциональной гипермобильностью и её влияние на вертебро-неврологические болевые синдромы.

Ключевые слова: конституциональная гипермобильность, дегенеративно-дистрофические процессы, позвоночник, вертебро-неврологические болевые синдромы.

ВЕРТЕБРО-НЕВРОЛОГИЯЛЫҚ КӨРСЕТУЛЕРІНЕ КОНСТИТУЦИОНАЛДЫ ГИПЕР ЖИНАҚЫЛЫҚ

Чемерис А.В., Ли В.Э.

Осы мақалада конституционды гипер жинақылығы бар емделушілерді зерттеу қорытындысында ұсынылған және оның вертебро-неврологиялық аурудың синдромдарына әсері.

Түйінді сөздер: конституционалды гипер жинақылық, дегенеративті-дистрофиялық үдірістер, омыртқа, вертебро-неврологиялық қатерлі синдромдар.

INFLUENCE OF CONSTITUTIONAL HYPERMOBILITY ON VERTEBRO-NEUROLOGIC DISPLAYS

Chemeris A.V., Li V.E.

Results of research of patients with constitutional hypermobility and its influence on vertebro-neurologic pain syndromes are presented in given article.

Keywords: constitutional hypermobility, degenerative-dystrophic processes, backbone, vertebrogenous pain syndromes

Введение. Синдром конституциональной гипермобильности был описан Finkelstein.Н в 1916 г. Он проявляется жалобами в опорно-двигательном аппарате у лиц с избыточным объемом движений в суставах при отсутствии признаков другого ревматического заболевания. В основе патогенеза синдрома гипермобильности суставов лежит наследственная особенность структуры соединительно-тканного белка-коллагена, который имеет большую растяжимость, чем в норме.

Цель исследования: оценка влияния конституциональной гипермобильности суставов на вертеброгенные болевые синдромы.

Материал и методы. Были изучены пациенты с дегенеративно-дистрофическими процессами в шейном, грудном, поясничном и пояснично-крестцовых отделах позвоночника сопровождающихся болевыми синдромами. Было обследовано 65 пациентов находившихся на стационарном лечении в отделении неврологии ЦГКБ г. Алматы. Среди них мужчин - 14 (21,5%), женщин - 51 (78,5%), в возрасте от 16 лет до 80 лет. Обследовались все пациенты поступившие в стационар с апреля 2011 года по май 2012.

Использованы следующие методы исследования: клинико-неврологический, вертебо-неврологический, визуальной диагностики. Для оценки выраженности гипермобильности была применена шкала Grahame (1979). В основе диагностики гипермобильности лежат специальные тесты, позволяющие дать объективную оценку состояния объема движения суставов. По шкале Grahame пациент без синдрома гипермобильности должен иметь 18 баллов, а максимальное число баллов у лиц с синдром гипермобильности составляет 56 баллов.

Результаты. Из 65 пациентов с вертеброгенными болевыми синдромами были определены следующие группы пациентов: нормомобильные - 12 (18,4%), с умеренной степенью гипермобильности суставов - 35 (53%), гипермобильные средней степени 18 (27,6%). Общее количество пациентов с конституциональной гипермобильностью из всех пациентов с дегенеративно-дистрофическими процессами в позвоночнике, находившихся на стационарном лечении в отделении неврологии составило 53 (81,5%) больных. Среди общего числа гипермобильных - 53 (81,6%): женщин было - 47 (88,6%), мужчин - 6 (11,4%). Из числа нормомобильных - 12 (18,4%): женщин - 4 (33,3%), мужчин - 8 (66,6%).

По данным магнитно-резонансной томографии различных отделов позвоночника у пациентов с

нормо- и гипермобильностью были выявлены следующие нарушения.

Среди пациентов с нормальным уровнем подвижности суставов у 2-х пациентов (16%) имелись протрузии межпозвоночных дисков в шейном отделе позвоночника, у 4-х (33%) пациентов были протрузии в поясничном отделе позвоночника. В грудном отделе позвоночника протрузий не было. В тоже время у 1-го пациента была обнаружена грыжа межпозвоночного диска в шейном отделе позвоночника. У 6-ти (50%) пациентов были выявлены грыжи на уровне поясничного отдела позвоночника, грыж межпозвоночных дисков на уровне грудного отдела позвоночника так же не было выявлено.

У пациентов с гипермобильностью 7 - (13,2%) имели протрузии межпозвоночных дисков шейного отдела позвоночника, 1 - (1,8%) на грудном уровне позвоночника и 29 (55%) больных имели протрузии межпозвоночных дисков на уровне поясничного отдела позвоночника.

У больных с гипермобильностью так же были обнаружены грыжи межпозвоночных дисков на уровне шейного отдела позвоночника у 7 с больных (13,2%), на уровне грудного отдела позвоночника у 1-го (1,8%), на уровне поясничного отдела позвоночника у 28-ми (53%).

Из числа нормомобильных пациентов в одном случае не было выявлено морфологических изменений позвоночника, протрузия межпозвоночного диска на одном уровне поясничного отдела была выявлена у 2-х пациентов, протрузия на 2-х уровнях шейного или поясничного отдела позвоночника имела у 4-х больных, грыжа межпозвоночного диска на одном уровне шейного или поясничного отдела позвоночника была у 4-х пациентов, грыжа на 2-х уровнях поясничного отдела позвоночника выявлена у 3-х больных.

Из числа гипермобильных пациентов: 4 не имели морфологических поражений позвоночника, протрузия межпозвоночного диска на одном уровне шейного или поясничного отдела позвоночника была у 8-ми пациентов, протрузия на 2-х уровнях шейного или поясничного отдела позвоночника выявлена у 14-ти, множественные протрузии (3 и более) шейного или поясничного отдела позвоночника были у 13-ти пациентов, грыжа межпозвоночного диска на одном уровне шейного, грудного или поясничного отдела позвоночника выявлена у 15-ти пациентов, грыжа межпозвоночного диска на 2-х уровнях шейного или поясничного отдела позвоночника была у 14-ти больных и множественные грыжи (3 и более) шейного или поясничного отдела позвоночника выявлена у 8-ми пациентов.

Заключение. Исходя из данных магнитно-резонансной томографий и клинико-неврологического обследования позвоночника пациентов разных групп мобильности была выявлена прямая связь между вертеброгенными болевыми синдромами, морфологическими изменениями позвоночника и степенью мобильности пациентов. Чем более гипермобильнее был пациент, тем больше он имел

протрузии и грыж на разных уровнях позвоночного столба и у всех пациентов имелся болевой синдром разной степени выраженности. Лечение таких пациентов должно быть направлено на обезболивание, подбор упражнений для формирования правильного, индивидуального двигательного стереотипа и укрепление связочно-мышечного аппарата.

ТЕЗИСЫ

ТҮЙІНДЕМЕЛЕР

ABSTRACTS

НЕЙРОКИБЕРНЕТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ИЗУЧЕНИЮ АДАПТИВНЫХ РЕАКЦИЙ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

Жанов М.О.

Департамент контроля медицинских услуг, г. Кокшетау

ӘСКЕРИ БОРЫШТЫЛАРДЫҢ БЕЙІМДІГІ РЕАКЦИЯЛАРЫН ЗЕРТТЕУДЕ НЕЙРОКИБЕРНЕТИКАЛЫҚ ЫҚПАЛЫ

Жанов М. О.

Медициналық қызмет бақылауының департаменті, Көкшетау қ.

NEUROCYBERNETIC APPROACH TO STUDYING ADAPTIVE REACTIONS IN MILITARY

Zhanov M.O.

Control department of health services, Kokshetau

Кибернетика – наука о системах, формах, методах и средствах управления, т.е. об организации и реализации целенаправленных действий в машинах, живых организмах и обществе. Кибернетика относится к области точных, экспериментальных наук и является наукой об управлении и контроле высокоорганизованных систем. Объектами этой науки являются сложные динамические системы при переходе их из одного состояния в другое независимо от природы системы и, главное, общие процессы управления в переходных этапах. «Управление вообще – это целенаправленное воздействие на какую-либо систему с целью перевода из одного состояния в другое».

Процессы дифференциации и интеграции приводят к тому, что между науками остаются определенные пограничные области. «Именно такие пограничные области открывают перед надлежаще подготовленным исследователем богатейшие возможности».

Разделы кибернетики – теория обратных связей, теория информации и математическая теория регуляторов – тесно связаны с биологией, психофармакологией, психологией и другими науками.

Возможность возникновения нейрокибернетики и ее успехи тесно связаны с трудами И.П. Павлова открытием условнорефлекторной деятельности как универсальной закономерности в

приспособительном поведении человека, изучением процессов, происходящих в центральной нервной системе.

В создании общей теории управления живыми организмами большой вклад сделан нейрофизиологией. «Вся жизнь от простейших до сложнейших организмов, включая, конечно, и человека, есть длинный ряд все усложняющихся до высочайшей степени уравнивания внешней среды. Придет время – пусть отдаленное, когда математический анализ, опираясь на естественнонаучный, осветит величественными формулами уравнений все эти уравнивания, включая в них и самого себя», - писал И.П. Павлов. Слова И.П. Павлова в определенной степени формируют задачу нейрокибернетики – создание эффективных теорий и действующих «моделей», электронно-вычислительных машин, воспроизводящих основные функции и, что особенно важно, функции центральной нервной системы животных и человека.

Дальнейшее развитие медицинской кибернетики невозможно без успехов медико-биологических наук. Точно так же без применения кибернетики трудно проводить поисковые, в частности эпидемиологические, исследования в психофизиологии, психиатрии и, особенно, исследования пограничных невротических расстройств. Взаимосвязи этого двуединого процесса так важны и значение его настолько

велико в науке, что без него трудно представить успешный прогресс какой-либо отрасли знаний и человеческой деятельности.

«Математический аппарат» кибернетики способствовал превращению многих наук в науки конкретные и точные, а также появлению новых прикладных наук, таких, как биологическая, медицинская кибернетика, нейрокибернетика и др. Нейрокибернетика широко использует математические методы исследования, процессы управления и связи в биологии и физиологии, тем более, что наука достигает совершенства в том случае, если она использует математику в самом широком плане.

Большое внимание кибернетиками-математиками, психологами, философами, нейрофизиологами, психофизиологами уделяется математическому моделированию психической деятельности человека с целью познания ее механизмов в норме и патологии. Во многих странах созданы математические модели условных рефлексов и нейрона, проводятся исследования по математическому моделированию мозга и его основных функций, различных функциональных расстройств.

При разработке общей теории и моделей самоорганизующихся устройств привлекаются некоторые виды высшей нервной деятельности:

- 1) активный поиск и различение биологически значимых раздражителей;
- 2) определение их статистической характеристики во времени и пространстве и к окружающей среде (пластичность корневых структур);
- 3) различие внутренних состояний организма, характеризующихся настоящим моментом и прошлым опытом;
- 4) формирование решения и выполнение реакций;
- 5) контроль за адекватностью реакции и т.д.

Успешное осуществление этих проблем может быть предпосылкой для разработки новых видов и форм профилактики на основе математической расшифровки этиологии и патогенеза пограничных невротических расстройств.

Обобщение опыта, накопленного в медицине, в математических выражениях стало проблемой номер один, что диктуется необходимостью иметь оптимальные решения и программы для анализа нормальных физиологических и патологических процессов в органах и системах организма и, прежде всего, его центральной нервной системы. Уточняются представления об отдельных мозговых механизмах, реализующих активность бессознательного, таких, как «модель будущего», «акцептор действия» и др.

Эпидемиологические исследования пограничных нервно-психических расстройств направлены на

создание модели формирования психопатологии, на выявление патогенности ряда факторов внешней среды в возникновении преморбидных состояний, на анализ адаптационно-динамической функции центральной нервной системы.

Электронно-вычислительная техника в эпидемиологических исследованиях неинфекционных заболеваний (нервно-психических расстройств) позволяет ответить на многие вопросы биологического, психофизиологического и социального характера. Весьма продуктивно применение вычислительных машин в определении ценности диагностических тестов, выбора и оценки методов лечения, вероятных изменений и в восстановлении физиологических функций организма.

Математический, количественный анализ неотделим от качественной определенности предмета, специфического характера сложнейших процессов физиологии и патологии.

Кибернетика и математика направляют количественные исследования по пути разработки совершенного математико-кибернетического аппарата. Математическое моделирование психических процессов (в том числе мышления) приближает нас к пониманию существа главной формы движения. «Мы, несомненно «сведем» когда-нибудь экспериментальным путем мышление к молекулярным и химическим движениям в мозгу, но разве этим исчерпывается сущность».

За единицу сообщения принимается логарифм числа равновероятных продолжений исследуемого процесса. Двоичный логарифм как наиболее приемлемый позволил вывести общую меру информации – двоичную единицу, которую назвали «битом». Информация в процессе управления способна превращаться в различные формы, сохраняя количество, определяемое логарифмом вероятности, почему ее исчисление и построено на учете вероятностей. Информация – это модель какого-либо процесса, протекающего в организме. На этом основаны многие метрологические методы в медицине: измерения при диагностике (данные о состоянии, работоспособности и функции отдельных органов и систем, организма в целом), в терапии (данные об эффективности оказанных медикаментозных и других искусственных воздействий), в гигиене (данные о влиянии различных параметров среды обитания на организм).

Этот тип моделирования путем обобщения является индуктивным. При нем возможны потери информации в наименее ценных, казалось бы, последних измерениях. Для исследования пограничных невротических расстройств

представляет интерес дедуктивное моделирование – накопление информации и последующий отбор на основе коррелирования определенных признаков, их сочетания и пересочетания. «В природе мера и вес – суть главные орудия познания. Измерения ... составляют ту важную часть знания, которая ... чаще и скорее других способов знания ведет к обладанию измеряемыми силами», - писал Д.И. Менделеев. Используя метрологию в исследованиях организма для изучения физиологии и патологии, диагностики и лечения, контроля и управления функциями, гигиенических и медико-биологических параметров и т.д., можно приблизиться к «обладанию измеряемыми силами».

Математическое моделирование изучает как действительные, так и возможные процессы, что способствует раскрытию глубоких связей между отдельными проблемами этиологии и патогенеза пограничных невротических расстройств. Теория информации, проникающая в область пограничных состояний, тесно связана с требованиями практики, а именно разносторонней и своевременной организацией психогигиенических мероприятий.

Пути применения медицинской кибернетики можно определить следующими задачами:

- а) Возможность формирования пограничных невротических реакций среди здоровых людей.
- б) Выявление зависимости возникновения пограничных невротических расстройств от особенностей изучаемых контингентов здоровых

лиц: возрастного состава; условий труда; семейно-бытовых условий; социально-трудовых факторов и т.д.

в) Уточнение особенностей формирования невротических расстройств, тенденций и закономерностей их распространения во времени. Представленный обзор литературы в целом позволил сделать заключение, что есть достижения и недостатки в исследовании проблемы нейрофизиологических расстройств человека при хронических стрессах. Функциональные нарушения ВНД человека включают в себя пограничные нейрофизиологические расстройства. На развитие последних оказывают влияние наследственные и социальные факторы. Эти факторы рассматривают многие авторы как причины возникновения пограничных нервно-психических расстройств. При этом особое место отводится функциональным неадаптивным реакциям у подростков. Основными причинами их возникновения являются травмы, сосудистые заболевания. У подростков истерическая форма невротического расстройства встречается часто.

Исследования мозговых механизмов пограничных нейрофизиологических расстройств находятся еще в начальной стадии. Следовательно, весьма продуктивно проведение исследования этой проблемы с применением математических методов в определении ценности диагностических тестов, выбора и оценки способов восстановления функций мозговых структур.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ПРЕГАБАЛИН (ЛИРИКА) У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТГЕРПЕТИЧЕСКИМ ГАНГЛИОНЕВРИТОМ

*Кайшибаев Н.С., Кайшибаева Г.С., Хасенова Г.П., Жумагулова К.Г., Жиенбаева Б.С., Кудайбергенова А.С.
Алматинский государственный институт усовершенствования врачей, Кафедра неврологии,
НПЦ «Институт неврологии имени Смагула Кайшибаева», г. Алматы*

ГЕРПЕТИК ГАНГЛИОНЕВРИТТЕН КЕЙІНГІ ЕМДЕЛУШІЛЕРДІҢ ПРЕГАБАЛИН (ЛИРИКА) ПРЕПАРАТЫН ҚОЛДАНУЫНЫҢ ТИІМДІЛІГІ

*Кайшибаев Н.С., Кайшибаева Г.С., Хасенова Г.П., Жумагулова К.Г., Жиенбаева Б.С., Кудайбергенова А.С.
Алматы мемлекеттік дәрігерлер білімін жетілдіру институты Неврология кафедрасы,
Ғылыми практикалық орталығы «Смағұл Қайшыбаев атындағы неврология институты»,
Алматы қаласы*

EFFECTIVENESS OF THE DRUG PREGABALIN (LYRICA) IN PATIENTS WITH POSTHERPETIC GANGLIONEVritis

Kayshibayev N.S., Kayshibayeva G.S., Khasenova G.P., Zhumagulova K.G., Zhiyenbayeva B.S., Kudaibergenova A.S.

*Almaty State Institute of doctors postgraduate study, Department of Neurology,
Scientific Practical Center "Institute of Neurology named Smagul Kaishibayev", Almaty*

Нейропатическая боль остается одной из ведущих проблем в современной неврологии. У пациентов с длительным болевым синдромом значительно снижается социальная активность, страдает биомеханика двигательного акта и полноценная реабилитация, нарастает уровень тревоги, беспокойства, формируется депрессия и другие психоэмоциональные расстройства, что в свою очередь влияет на трудоспособность и взаимоотношения в семье, значительно ухудшая качество жизни.

Целью настоящего исследования был сравнительный анализ эффективности и переносимости препаратов Мовалис (селективного ингибитора циклооксигеназы – 2) и Прегабалин (Лирика) у пациентов с постгерпетическим ганглионевритом в разных возрастных группах.

Материалы и метод. В исследование были включены 38 пациентов - 20 женщин (52,6%±8,10) в возрасте от 41 до 65 лет и 18 мужчин (47,4%±8,10) в возрасте от 51 до 68 лет, получавших лечение в неврологическом отделении ЦГКБ, разделенных на две равновеликие группы, сопоставимые по возрасту, полу и клиническим характеристикам. Всем пациентам проводилась общепринятая медикаментозная терапия, физиолечение, применялись местно втирания противовирусных мазей. В контрольной группе пациенты получали Мовалис по 1 таблетке (7,5 мг) 2 раза в сутки, в основной группе – Прегабалин (Лирика) в дозировке 150 мг 2 раза в сутки. Доза Прегабалина титровалась до 600 мг в сутки. Общая длительность лечения составила 14 – 16 дней.

Всем пациентам проводился неврологический осмотр. Для оценки интенсивности боли пациенты до и после лечения самостоятельно заполняли анкеты с 10-балльной визуальной аналоговой шкалой (ВАШ). Переносимость препарата определялась по 4-х балльной шкале: отличная, хорошая, удовлетворительная, плохая. Эффект лечения оценивался по шкале общего клинического впечатления.

Результаты. В обеих группах показатели ВАШ до лечения были приблизительно одинаковыми: в контрольной группе – $7,9 \pm 0,5$ баллов; в основной – $8,1 \pm 0,4$ балл. После лечения эти показатели значительно разнились: в контрольной группе – $6,3 \pm 0,6$ балла; в основной группе – $3,9 \pm 0,9$ баллов, причем снижение интенсивности болевого синдрома отмечалось уже на 2-3 сутки. По шкале общего клинического впечатления после лечения в контрольной группе 7 (36,8%±6,06) пациентов отмечали значительный эффект от лечения и полное купирование болевого синдрома; 5 (26,3%±5,12) пациентов отмечали умеренный эффект от лечения и жаловались на слабые болевые ощущения, тошноту и тяжесть в правом подреберье; незначительный эффект от лечения был у 6 (31,6%±5,61) пациентов, у 2 (5,3%±3,63) из них чувство дискомфорта в эпигастральной области и у 1-го (5,3%±2,29) сохранились боли на прежнем уровне, что по клиническому впечатлению соответствовало - без эффекта. В основной группе пациентов, принимавших препарат Прегабалин (Лирика), по шкале общего клинического впечатления 15 (78,9%±8,88) пациентов отмечали значительный эффект от лечения и полное

исчезновение болей, 4 (21,1%±4,58) отмечали умеренный эффект от лечения и жаловались на слабые болевые ощущения, сонливость и головокружение, которые проходили через 3-4 дня после начала приёма препарата.

Выводы. Исходя из полученных данных, можно сделать вывод, что оба препарата снижали проявления болевого синдрома, но показатели эффективности препарата Прегабалин (Лирика) у пациентов с постгерпетическим ганглионевритом были значительно выше.

Применение препарата Прегабалин (Лирика) в большей степени по сравнению с препаратом Мовалис уменьшал интенсивность болевого синдрома и приводил к скорейшему регрессу неврологической симптоматики, снижал уровень тревоги и беспокойства, значительно улучшал психоэмоциональное состояние, что в свою очередь повышало трудоспособность и качество жизни пациентов.

АДАПТАЦИОННЫЕ РЕАКЦИИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ И ИХ ПОСЛЕДСТВИЯ

*Сартаев Ж.Н., Жанов М.О.
г. Астана*

ӘСКЕРИ БОРЫШТЫЛАРДЫҢ БЕЙІМДІГІ РЕАКЦИЯЛАРЫ ЖӘНЕ ОЛАРДЫҢ ЗАРДАПТАРЫ

*Сартаев Ж.Н., Жанов М.О.
Астана қ.*

ADAPTIVE REACTIONS IN MILITARY AND ITS' IMPLICATIONS

*Sartayev Zh.N., Zhanov M.O.
Astana*

Высшая нервная деятельность и ее кортикальные системы оказывают важное регулирующее влияние на работу внутренних органов, в свою очередь, подвергаясь влиянию с их стороны. Вегетативные нарушения в клинике невротических расстройств могут проявляться в виде вегето-сосудистой дистонии и кризов. Наиболее часто отмечаются в картине невротических заболеваний сердечно-сосудистые расстройства.

Особое значение эта проблема приобретает при анализе состояния нервно-психического здоровья в армейских условиях. Физиологическая перестройка организма в этот период изменяет его реактивность, повышает чувствительность к действию факторов внешней и внутренней сред. Повышенное восприятие отмечается и в ответ на психогенные воздействия. Патогенное значение при этом приобретают и факторы, которые обычно не вызывают патологических реакций организма. Сложнейшая перестройка в деятельности соматической и вегетативной нервной системы качественно меняет характер взаимодействия отдельных систем между собой и организма с окружающей средой, создавая тем самым предпосылки для возникновения невротических реакций. Астенизация нервно-психической сферы является основным фактором функциональных нарушений регуляции вегетативной нервной системы. Происхождение различных

невротических расстройств при одинаковой вызывающей их причине зависит от типа высшей нервной деятельности. Но под воздействием сильных психических травм даже у лиц с уравновешенным складом высшей нервной деятельности могут развиваться соматогенные заболевания нервного генеза.

Изменение со стороны вегетативной нервной системы у курсантов с соматическими заболеваниями были более выражены.

При исследовании вегетативного тонуса было выявлено в 24,1±4,1% эйтония, в 51,4±4,8 симпатикотония, в 25,5±4,2% парасимпатикотония. Определенные изменения были обнаружены и со стороны вегетативной реактивности, повышенная реакция наблюдалась у 19,6±3,8%, пониженная у 49,6±4,8%, нормальная у 30,8±4,4%.

Показатели вегетативного обеспечения свидетельствуют о заметном увеличении у курсантов с соматическими заболеваниями, так лица с избыточным вегетативным обеспечением составили 47,9±4,8%, с недостаточным 16,8±3,6% и нормальным 35,3±4,6%.

На электроэнцефалограмме у этих курсантов выявляется снижение альфа ритма. Повышается содержание и амплитуда медленноволновой активности.

Формирование и разрешение невротического конфликта зависит от состояния защитных

механизмов личности - механизмов психоадаптации. Под психоадаптацией понимается такая организация структур мозга, когда начинает действовать комплекс регуляторных и регулируемых процессов, направленных на приспособление динамической системы и ее частей к изменяющимся условиям их деятельности.

Недостаточность механизмов психоадаптации или снижение адаптационных возможностей биосистемы при психогенно-эндогенном характере стрессовых факторов патогенетически более опасно с точки зрения перехода от здоровья к болезни через "состояние напряжения" биосистемы.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ АДАПТИВНЫХ РЕАКЦИЙ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

*Сартаев Ж.Н., Жанов М.О.
г. Астана*

ӘСКЕРИ БОРЫШТЫЛАРДЫҢ БЕЙІМДІГІ РЕАКЦИЯЛАРЫН ЗЕРТТЕУДІҢ КЛИНИКАЛЫҚ ҚЫРЛАРЫ

*Сартаев Ж.Н., Жанов М.О.
Астана қ.*

CLINICAL ASPECTS OF THE STUDY OF ADAPTIVE REACTIONS IN MILITARY

*Sartayev Zh.N., Zhanov M.O.
Astana*

Для оценки функционального состояния головного мозга применялся метод электроэнцефалографии (ЭЭГ) монополярным способом в состоянии покоя. Анализ результатов исследования биопотенциалов мозга производился с учетом классификации типов ЭЭГ по Е.А.Жирмунской.

Состояние вегетативного тонуса определялось с помощью интегративных показателей ЭКГ, АД, индекса Кердо и коэффициента Хильденбранта.

Подросткам также проводили другие анатомо-физиологические исследования (масса тела, рост, окружность грудной клетки, жизненная емкость легких и др.).

При оценке полученных данных обследования здоровых подростков руководствовались основными положениями теории вероятностей, закона больших чисел и специальными расчетными таблицами А.Я. Боярского.

Методика включала разработку специальной анкеты нервно-психического состояния изучаемого контингента подростков, логической программы коррелирования между позициями, необходимой для обработки материала по специальной программе «Анкета».

Основа исследования - «Анкета исследования нервно-психического состояния» - содержала рубрики-признаки, необходимые для опроса курсантов по 54 крупным позициям. Большая часть рубрик имела разбивку на серию дополнительных признаков, для облегчения статистической обработки полученного материала с помощью

вычислительной техники каждой позиции и каждому признаку был присвоен индивидуальный шифр. В анкету наряду с паспортной частью (фамилия, имя, отчество, дата обследования, национальность, пол, место жительства) были включены профессиональные и другие важные для исследования рубрики.

Особое внимание уделялось систематике семейно-бытовых и социально-трудовых факторов, а также содержанию невротических (неадаптивных) реакций, что являлось основоопределяющим для решения ведущих задач настоящего исследования. В группу семейно-бытовых факторов были включены следующие позиции: роды (8), жилищные условия (10), характеристика семьи до 18-летнего возраста (12), взаимоотношения между родителями до 18-летнего возраста (17), наличие распада семьи до и после 18-летнего возраста (19), брачность (20), взаимоотношения в собственной семье (23).

Социально-трудовые факторы рассматривались по таким позициям, как образование (25), профессия (26), профессиональные вредности (31), характеристика работоспособности (41), степень нервного напряжения на службе (43), частота конфликтов на службе (44), физическая активность (45) и др.

Невротические реакции у подростков систематизировались по разработанной нами программе «Анкета», в основу которой легла предложенная методика, в результате чего были

выделены основные группы невротических реакций: астенического (позиция 53-а, признаки 304-324), обсессивного (позиция 53-б, признаки 325-342), истерического (позиция 53-в, признаки 343-360) круга, которые, в свою очередь, по степени проявления подразделялись на «все», «выраженные» и «маловыраженные». Именно эти группы и виды реакций, выявленные у практически здоровых подростков, служили основой для углубленного клинико-статистического и социально-физиологического изучения и обсуждения условий формирования среди здоровых подростков ранних признаков функциональных расстройств высшей нервной деятельности. Эти проявления, однако, не могут оцениваться в качестве состояний болезни и оказываются реакциями, которые только при определенных отрицательных воздействиях среды могут смениться более развернутыми пограничными нервно-психическими расстройствами.

Указанные группы у подростков анализировались во взаимосвязи с возрастными признаками, семейно-бытовыми и социально-трудовыми факторами, что позволило определить ранее не

изученные в массовом опыте закономерные тенденции в их взаимосвязи и взаимообусловленности.

Логическая программа «Анкета» коррелирования между позициями включала необходимость обработки материала с таким расчетом, чтобы найти зависимость возникновения и изменением адаптивных реакций от комплекса семейно-бытовых, социально-трудовых и других факторов и условий жизни подростков.

Программа статистической обработки материала включала математическое обоснование планирования эксперимента, применение методик оценки достоверности показателя, оценки разности показателей, определение доверительного коэффициента. В необходимых случаях она дополнялась методиками корреляции, включая дисперсионный анализ. Обработка статистических показателей результатов производилась на ЭВМ с использованием стандартных общепринятых программ параметрической и непараметрической статистики для Windows'98: Excel'97, Statistics for Windows v.4.01. для выявления наличия и характера зависимости между показателями применялся корреляционно-регрессивный анализ.

ДИНАМИКА КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Хасенова Г.П.

*Алматинский государственный институт усовершенствования врачей, Кафедра неврологии,
НПЦ «Институт неврологии имени Смагула Кайшибаева», г. Алматы*

ДИСКУЛЯТОРЛЫ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯСЫНЫҢ АТЕРОСКЛЕРОТИКАЛЫҚ ГЕНЕЗІ БАР ЕМДЕЛУШІЛЕРДЕ КОГНИТИВТІ БҰЗЫЛУЫНЫҢ ДИНАМИКАСЫ

Хасенова Г.П.

*АМДБЖИ Неврология кафедрасы,
Ғылыми практикалық орталығы «Смағұл Қайшыбаев атындағы неврология институты»,
Алматы қаласы*

DYNAMICS OF COGNITIVE IMPAIRMENT IN PATIENTS WITH DISCIRCULATORY ATHEROSCLEROTIC ENCEPHALOPATHY

Khasenova G.P.

*Almaty State Institute of doctors postgraduate study, Department of Neurology,
SPC "Institute of Neurology named Smagul Kayshibaev", Almaty*

Одной из актуальных проблем в неврологии остается ранняя диагностика, лечение и профилактика сосудистых заболеваний головного мозга. Изучение особенностей высших психических функций у пациентов с атеросклеротической

дисциркуляторной энцефалопатией позволит своевременно диагностировать расстройства когнитивных функций и разработать нейрореабилитационную программу (медикаментозная терапия, кинезиотерапия,

физиотерапия, занятия с нейропсихологом, логопедом, массаж) по восстановлению выявленных нарушений.

Целью исследования явилось изучение состояния когнитивной сферы у пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией II стадии атеросклеротического генеза в результате комплексной терапии с применением препарата Милдронат.

Материал и методы: В исследование были включены 50 пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией II стадии атеросклеротического генеза, которые были разделены на 2 равновеликие группы. В контрольную группу вошли 25 пациентов, которым проводилось общепринятое медикаментозное и физиолечение, кинезиотерапия, массаж шейно-воротниковой зоны. В основную группу вошли 25 пациентов, которым наряду с вышеуказанным комплексом лечения был назначен препарат Милдронат в стационаре по 5 мл на 100 мл раствора натрия хлорида внутривенно капельно 1 раз в сутки в течение 10 дней и амбулаторно по 500 мг 2 раза в сутки в течение 2-х месяцев. В обеих группах все больные были разделены по возрасту и полу, распределение которых было следующим: в контрольной группе – 15 (60%±9,80) женщин, 10 (40%±9,80) мужчин; в основной группе – 19 (74%±8,77) женщин, 6 (24%±8,54) мужчин.

Результаты и обсуждение: Всем пациентам с дисциркуляторной энцефалопатией II стадии атеросклеротического генеза в обеих группах до и после лечения проводилось неврологическое обследование. Распределение клиничко-неврологических симптомов и синдромов в обеих группах до лечения было приблизительно одинаковым. В результате лечения регресс неврологических симптомов значительно отличался в основной группе пациентов, получавших препарат Милдронат по схеме, по сравнению с контрольной группой.

Когнитивные расстройства у больных с дисциркуляторной энцефалопатией II стадии атеросклеротического генеза выражались в снижении памяти, внимания, интеллекта, мыслительных процессов, нарушении ориентации во времени и месте, возникновении речевых расстройств. Динамика мнестических функций у пациентов в основной группе в результате лечения выразилась в увеличении объема кратковременной и долговременной памяти, а также улучшении продуктивности запоминания: увеличилось количество запоминаемых слов и слов при отсроченном воспроизведении, резко сократилось число ошибок (контаминаций и персевераций). В целом в основной группе у

пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией II стадии атеросклеротического генеза характер кривой запоминания, имевший до лечения ригидную форму «плато», после лечения приблизился к «норме».

При исследовании серийного счета «100-7» в обеих группах пациентов была выявлена акалькулия с негрубыми нарушениями. Это выражалось в медленном темпе счета, наличии ошибок при переходе через десятки, ошибок персевераторного характера. Некоторые пациенты могли завершить поставленную задачу только с помощью врача.

В результате лечения в контрольной группе темп счета увеличился только на 20%, количество ошибок при переходе через десятки уменьшилось на 37%, ошибки персевераторного характера снизились на 83%. В основной группе, где пациенты получали препарат Милдронат по схеме, отмечалась значительная динамика счетных операций: темп счета увеличился на 65%; количество ошибок при переходе через десятков уменьшилось на 70%; персевераций при счете уже не отмечалось.

При выполнении графической пробы отмечались нейродинамические нарушения в виде трудностей вхождения в задание, снижении оптико-пространственного гнозиса, «зеркальном» воспроизведении графической фигуры, быстрой истощаемости. В результате лечения мы отмечали положительную динамику при выполнении графической пробы в обеих группах, однако, в основной группе эта динамика была более выраженной.

Для диагностики оптико-пространственной агнозии применялся тест определения времени по «немому» циферблату по 10 балльной шкале. После лечения динамика выполнения теста определения времени по «немому» циферблату в контрольной группе выросла с 7,64 до 8,04 баллов, в основной группе – с 7,68 до 9 баллов.

При написании пациентами своих личных данных выявлены расстройства письма – сложного системного акта, который начинается с анализа звукового комплекса слова с последующей перешифровкой звуковых элементов в графему, затем осуществляющегося в двигательную организацию письма. У большинства пациентов до лечения отмечалась инертность и истощение к концу выполнения задания (микрография), в результате лечения в основной группе отмечался регресс расстройства письма.

Выводы: Результаты проведенного нами клинического исследования с включением в комплекс медикаментозной терапии пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией II стадии атеросклеротического генеза препарата

Милдронат указывают на его высокую эффективность, которая обусловлена его воздействием на механизмы энергокоррекции. Применение препарата Милдронат способствует

регрессу неврологических симптомов и синдромов, улучшению когнитивных функций, тем самым улучшая качество жизни пациентов.

ДОКЛАДЫ КОНФЕРЕНЦИИ

КОНФЕРЕНЦИЯНЫҢ БАЯНДАМАЛАР

REPORTS OF THE CONFERENCE

Хайбуллин Т.Н. ТРАНЗИТОРНЫЕ ИШЕМИЧЕСКИЕ АТАКИ: ДЕФИНИЦИЯ, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Хайбуллин Е.Н. ТРАНЗИТОРЛЫҚ ИШЕМИЯЛЫҚ СОҚҚЫЛАР: ДЕФИНИЦИЯ, ЭПИДЕМИОЛОГИЯСЫ

Khaibullin E.N. TRANSIENT ISCHEMIC ATTACK: DEFINITION, EPIDEMIOLOGY

Представления о транзиторных ишемических атаках (ТИА) сформировались в 50-е годы прошлого столетия. Первое описание дал один из основателей ангионеврологии С.М. Fisher в докладе «Интермиттирующая ишемия мозга», где он также охарактеризовал длительность ТИА: «от десятков секунд до 5–10 минут». В представленном докладе автор на основании обзора литературных источников дает определение ТИА, позволяющее дифференцировать ТИА от «завершившегося инсульта», который проявляется «очаговым неврологическим дефицитом, сохраняющимся часы и дни». Автором, также, освещаются вопросы эпидемиологии ТИА в Казахстане и мире.

Левин О.С. ТРАНЗИТОРНЫЕ ИШЕМИЧЕСКИЕ АТАКИ – МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ

Левин О.С. ТРАНЗИТОРЛЫҚ ИШЕМИЯЛЫҚ СОҚҚЫЛАР – АНЫҚТАУ ӘДІСТЕРІ

Levine O.S. TRANSIENT ISCHEMIC ATTACK - METHODS OF DIAGNOSIS

В докладе автор представляет современные классификации ТИА, подробно останавливается на клинических проявлениях, неврологических синдромах и симптомах ТИА. Освещает вопросы роли и места современных методов функциональной диагностики, нейровизуализации в диагностике и дифференциации транзиторных ишемических атак, а также в мониторинге терапии.

Левин О.С. ТРАНЗИТОРНЫЕ ИШЕМИЧЕСКИЕ АТАКИ – СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ

Левин О.С. ТРАНЗИТОРЛЫҚ ИШЕМИЯЛЫҚ СОҚҚЫЛАР – ЕМДЕУ ӘДІСТЕРІ

Levin O.S. TRANSIENT ISCHEMIC ATTACK - METHODS OF TREATMENT

Кайшибаев Н.С. ПРОГРАММА ДИАГНОСТИКИ И КОНТРОЛЯ ТЕРАПИИ ТРАНЗИТОРНЫХ ИШЕМИЧЕСКИХ АТАК (ТИА)

Қайшыбаев Н.С. ТРАНЗИТОРЛЫҚ ИШЕМИЯЛЫҚ СОҚҚЫНЫ (ТИС) АНЫҚТАУ БАҒДАРЛАМАСЫ ЖӘНЕ ЕМІН БАҚЫЛАУ

Kayshibaev N.S. PROGRAM OF DIAGNOSIS AND THERAPY CONTROL OF TRANSIENT ISCHEMIC ATTACKS (TIAS)

Жанайдаров Ж.С. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ

Жанайдаров Ж.С. БАС СҮЙЕК ІШІЛІК ГИПЕРТЕНЗИЯЛЫҚ ҚАН ҚҰЙЫЛУЛАРДЫ ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМДЕУ

Zhanaidarov Zh.S. SURGICAL TREATMENT OF HYPERTENSIVE INTRACRANIAL HEMORRHAGE

Ковальчук В.В. ОСОБЕННОСТИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

Ковальчук В.В. ИНСУЛЬТТЕН КЕЙІНГІ НАУҚАСТЫ ҚАЛПЫНА КЕЛТІРІП ЕМДЕУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Kovalchuk V.V. FEATURES OF REHABILITATION TREATMENT OF PATIENTS AFTER STROKE

Садوخа К.А. МИГРЕНЬ-ИНДУЦИРОВАННЫЙ ИНСУЛЬТ

Садوخа К.А. БАС САҚИНАСЫ-ИНДУЦИРЛЕНГЕН ИНСУЛЬТ

Sadokha K.A. MIGRAINE-INDUCED STROKE

Кудайбергенова А.С. ОБЗОР СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ТЕРАПИИ МИГРЕНИ

Құдайбергенова А.С. БАС САҚИНАСЫН ЕМДЕУДІҢ ЗАМАНАУИ ӘДІСТЕРІНЕ ШОЛУ

Kudaibergenova A.S. CURRENT METHODS OF MIGRAINE THERAPY

Калвиньш И.Я. ЦИТО- И НЕЙРОПРОТЕКЦИЯ. МИЛДРОНАТ В КЛИНИКЕ И ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Калвиньш И.Я. ЦИТО- ЖӘНЕ НЕЙРОПРОТЕКЦИЯ. МИЛДРОНАТ – КЛИНИКАДА ЖӘНЕ ЭКСПЕРИМЕНТТЕ

Kalvinsh I.Y. CITO AND NEUROPROTECTION. MILDRONATE IN CLINICAL AND EXPERIMENTAL

Садоха К.А. ДИСЦИРКУЛЯТОРНАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ: СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЭФФЕКТИВНОЙ ТЕРАПИИ

Садоха К.А. ДИСЦИРКУЛЯТОРЛЫ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ: ТИІМДІ ЕМНІҢ ЗАМАНАУИ АСПЕКТІЛЕРІ

Sadokha K.A. DISCIRCULATORY ENCEPHALOPATHY: MODERN ASPECTS OF THE EFFECTIVENESS OF THERAPY

Попеску Дину Криштиан ПРОФИЛАКТИКА СНИЖЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ

Попеску Дину Криштиан КОГНИТИВТІ ҚЫЗМЕТТІҢ ТӨМЕНДЕУІНІҢ АЛДЫН АЛУ

Popescu Dinu Cristian PREVENTION OF COGNITIVE DECLINE

Румыния относится к одной из немногих стран, где вопросы профилактики возрастных изменений мозгового кровообращения рассматриваются на государственном уровне. В докладе профессора Попеску Д.К. рассмотрены основные этиологические факторы возникновения и развития возрастных изменений клеток и сосудов организма, а так же возрастных изменений сосудов и функций мозга, патогенез и клиническое проявление возрастных нарушений кровообращения. Основной акцент в докладе сделан на важность профилактических мероприятий. Представлен опыт румынских коллег по использованию натуральных ноотропов в профилактических и реабилитационных схемах лечения. Дополнительно представлена общая информация об организации неврологической службы, о государственной программе профилактики деменции в Румынии.

Абасова Г.Б. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМЫ ДЕМЕНЦИИ

Абасова Г.Б. АЛЖАСУ МӘСЕЛЕЛЕРІН ШЕШУДІҢ ЗАМАНАУИ АСПЕКТІЛЕРІ

Abasova G.B. CONTEMPORARY ISSUES IN SOLVING PROBLEM OF DEMENTIA

Куанова Л.Б. КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ОФЭКТ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕМЕНЦИЕЙ

Қуанова Л.Б. АЛЖАСҚАН НАУҚАСТА БФЭКТ ҚОЛДАНУДЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ МӘНІ

Kuanova L.B. CLINICAL SIGNIFICANCE OF SPECT IN PATIENTS WITH DEMENTIA

Черкасова В.Г. ОПЫТ РАБОТЫ ЦЕНТРА КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПЕРМСКОГО КРАЯ

Черкасова В.Г. ПЕРМЬ АЙМАҒЫНДАҒЫ КОГНИТИВТІК БҰЗЫЛЫСТАР ОРТАЛЫҒЫНЫҢ ЖҰМЫС ТӘЖІРИБЕСІ

Cherkasova V.G. EXPERIENCE OF COGNITIVE IMPAIRMENT CENTER IN PERM REGION

Мухамбетова Г.А. КОРРЕКЦИЯ АСТЕНИЧЕСКИХ И КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Мұхамбетова Г.А. КӘРІЛЕРДІҢ ҚУАТСЫЗДЫҚ ЖӘНЕ КОГНИТИВТІК БҰЗЫЛЫСТАРЫН ТҮЗЕТУ

Mukhambetova G.A. CORRECTION OF ASTHENIC AND COGNITIVE DECLINE IN OLD AGE

Кузина Л.А. ЦЕЛЕВОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОНЕЙРОМИОГРАФИИ КАК МЕТОДА ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ. РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНМГ ДЛЯ МОНИТОРИНГА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ

Қузина Л.А. ШЕТКЕРІ ЖҮЙКЕ ЖҮЙЕСІ АУРУЛАРЫН АНЫҚТАУДЫҢ ӘДІСІ РЕТІНДЕ ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЯНЫ МАҚСАТТЫ ПАЙДАЛАНУ. ДИАБЕТТІК ПОЛИНЕЙРОПАТИЯНЫ ЕМДЕУДІҢ ТИІМДІЛІГІН МОНИТОРЛАУ ҮШІН ЭНМГ ҚОЛДАНУ НӘТИЖЕЛЕРІ

Kusina L.A. TARGET APPLICATION OF ELECTROMYOGRAPHY AS A DIAGNOSTICS OF PERIPHERAL NERVOUS SYSTEM DISEASES. RESULTS OF ENMG APPLICATION IN MONITORING OF DIABETIC POLYNEUROPATHY THERAPY EFFECTIVENESS

Строков И.А. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ

Строков И.А. ДИАБЕТТІК ПОЛИНЕЙРОПАТИЯНЫ ЕМДЕУДІҢ ЗАМАНАУИ ТӘСІЛДЕМЕЛЕРІ

Strokov I.A. MODERN APPROACH TO THE THERAPY OF DIABETIC POLYNEUROPATHY

Мухамбетова Г.А. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ПОМПЕ

Мұхамбетова Г.А. ПОМПЕ АУРУЫ БАР НАУҚАСТАРДЫ АНЫҚТАУ ЖӘНЕ ЕМДЕУ

Mukhambetova G.A. DIAGNOSIS AND TREATMENT OF POMPE DISEASE PATIENTS

Байдаулетова А.И. КАРДИО-РЕСПИРАТОРНЫЙ МОНИТОРИНГ В ДИАГНОСТИКЕ АПНОЭ ВО СНЕ

Байдаулетова А.И. ҰЙҚЫ КЕЗІНДЕГІ АПНОЭ АНЫҚТАУДЫ КАРДИО-РЕСПИРАТОРЛЫҚ БАҚЫЛАУ

Baydauletova A.I. CARDIO-RESPIRATORY MONITORING IN DIAGNOSIS OF APNEA

Хасенова Г.П. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ТАМИПУЛ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Хасенова Г.П. БАС МИИНЫҢ СОЗЫМАЛЫ ИШЕМИЯСЫ БАР НАУҚАСТАРҒА ТАМИПУЛ ПРЕПАРАТЫН ҚОЛДАНУ ТӘЖІРИБЕСІ

Khasenova G.P. TAMIPUL EXPERIENCE IN PATIENTS WITH CHRONIC CEREBRAL ISCHEMIA

Чуканова Е.И. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА И ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИИ МОЗГА

Чуканова Е.И. МИ ИШЕМИЯСЫНЫҢ ПАТОГЕНЕЗІ ЖӘНЕ ЕМДЕУДІҢ ЗАМАНАУИ АСПЕКТІЛЕРІ

Chukanova E.I. CONTEMPORARY ISSUES OF PATHOGENESIS AND TREATMENT OF CEREBRAL ISCHEMIA

Нұрғужаев Е.С., Еркебаева С.К. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И АНАЛИЗ КЛИМАТОГЕОГРАФИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Нұрғужаев Е.С., Еркебаева С.К. ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫНДА ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРЛЫ ПАТОЛОГИЯЛАРҒА КЛИМАТОГЕОГРАФИЯЛЫҚ ҚАУІП-ҚАТЕР ФАКТОРЛАРЫН ТАЛДАУ ЖӘНЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ СИПАТЫ

Nurguzhaev E.S., Erkebayeva S.K. EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS AND ANALYSIS OF CLIMATIC RISK IN CEREBROVASCULAR PATHOLOGY IN SOUTH KAZAKHSTAN REGION

Құдайбергенова А.С. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Құдайбергенова А.С. ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРЛЫ ПАТОЛОГИЯСЫ БАР НАУҚАСТАРДЫҢ БАСАЙНАЛУЛАРЫН АНЫҚТАУ ЖӘНЕ ЕМДЕУ

Kudaybergenova A.S. DIAGNOSIS AND TREATMENT OF VERTIGO IN PATIENTS WITH CEREBROVASCULAR DISEASE

Түлеусаринов А.М. АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ ВЗГЛЯД НА БОЛИ В СПИНЕ

Төлеусаринов А.М. АРҚАДАҒЫ АУЫРУҒА АЛЬТЕРНАТИВТІ КӨЗҚАРАС

Tuleusarinov A.M. ALTERNATIVE VIEW OF BACK PAIN

Чемерис А.В. КОНСТИТУЦИОНАЛЬНАЯ ГИПЕРМОБИЛЬНОСТЬ И ВЕРТЕБРОГЕННЫЕ БОЛЕВЫЕ СИНДРОМЫ

Чемерис А.В. КОНСТИТУЦИОНАЛДЫ ГИПЕРТҰТАСТЫЛЫҚ ЖӘНЕ ВЕРТЕБРОГЕНДІ АУЫРУ СИНДРОМДАРЫ

Chemeris A.V. THE CONSTITUTIONAL HYPERMOBILITY AND VERTEBRAL PAIN SYNDROMES

Красноярова Н.А. ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ БОЛИ И ПУТИ ЕЕ КУПИРОВАНИЯ

Красноярова Н.А. ПАТОЛОГИЯЛЫҚ АУЫРУ ТҮЗІЛУІНІҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ ЖӘНЕ ОНЫ БАСУ ЖОЛДАРЫ

Krasnoyarova N.A. PATHOLOGICAL FEATURES OF PAIN AND WAY OF ITS CUPPING

Кайшибаева Г.С. ПОСТИНСУЛЬТНАЯ БОЛЬ: ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ БАЗА ТЕРАПИИ

Қайшыбаева Г.С. ИНСУЛЬТТАН КЕЙІГІ АУЫРУ: ЕМНІҢ ДӘЛЕЛДІК НЕГІЗІ

Kayshibaeva G.S. POSTSTROKE PAIN: THE EVIDENCE BASE THERAPY

Каймак Т.В. БОЛЕВЫЕ СИНДРОМЫ ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ И ИХ КОРРЕКЦИЯ

Каймак Т.В. БАЛ АЙМАҒЫНЫҢ АУЫРУ СИНДРОМЫ ЖӘНЕ ОНЫ ТҮЗЕТУ

Kaymak T.V. LUMBAR PAIN SYNDROME AND ITS CORRECTION

Хасенова Г.П. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА АЛФЛУТОП У ПАЦИЕНТОВ С НЕЙРО-МЫШЕЧНЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ ПРИ ПОЯСНИЧНОМ ОСТЕОХОНДРОЗЕ

Хасенова Г.П. БЕЛ ОСТЕОХОНДРОЗЫНДА НЕЙРО-БҰЛШЫҚ ЕТТІК АУЫРУ СИНДРОМЫ БАР НАУҚАСТАРҒА АЛФЛУТОП ПРЕПАРАТЫН ТАҒАЙЫНДАУДЫҢ ТИІМДІЛІГІ

Khasenova G.P. ALFLUTOP EFFICACY IN PATIENTS WITH NEURO-MUSCULAR PAIN IN LUMBAR DEGENERATIVE DISC DISEASE

Мерзенюк О.С. Мастер-класс ВЕРТЕБРО-ВИСЦЕРАЛЬНЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ

Мерзенюк О.С. Мастер-класс ВЕРТЕБРО-ВИСЦЕРАЛДЫ ӨЗАРА БАЙЛАНЫС

Merzenyuk O.S. Master class VERTEBRO-VISCERAL RELATIONS

ПОСТЕРНЫЕ ДОКЛАДЫ

ПОСТЕР БАЯНДАМАЛАР

POSTERS

1. **Абасова Г.Б., Жуматаев М., Утепов Д.П., Оразалиева Д.Б., Алауова Б.М., Таутаева Б.Б. ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДА СКАЛЬПОТЕРАПИИ ПРИ РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ С МОТОРНОЙ АФАЗИЕЙ**
Абасова Г.Б., Жуматаев М., Утепов Д.П., Оразалиева Д.Б., Алауова Б.М., Таутаева Б.Б. ИШЕМИЯ ИНСУЛЬТЫНЫҢ МОТОРЛЫ АФАЗИЯСЫ БАР НАУҚАСТАРДЫ ЕРТЕ ОҢАЛТУ КЕЗІНДЕ СКАЛЬПОТЕРАПИЯ ӘДІСІНІҢ ТИІМДІЛІГІ
Abasova G.B., Zhumatayev M., Uteпов D.P., Orazalievа D.B., Alauova B.M., Tautaeвa B.B. THE EFFECTIVENESS OF THE METHOD OF SCALP REFLEX THERAPY IN EARLY REHABILITATION OF THE PATIENTS WITH ISCHEMIC STROKE WITH BROCA'S APHASIA
2. **Бабина Н.А., Соломатина Н.В. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА СИЛОВОЙ КИНЕЗИТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ВЕРТЕБРОГЕННЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ**
Бабина Н.А., Соломатина Н.В. ЕГДЕ ЖАСТАҒЫ ТҰЛҒАЛАРДА ВЕРТОБРОГЕНДІ ҚАТЕРЛІ СИНДРОМНЫҢ ОҢАЛТУЫНДА КҮШ БЕРЕТІН КИНЕЗИТЕРАПИЯ ӘДІСТІҢ ҚОЛДАНУЫНДА ТӘЖІРИБЕ
Babina N.A., Solomatina N.V. EXPERIENCE OF USING THE METHOD OF THE POWER KINESIOTHERAPY IN REHABILITATION OF THE ELDERLY WITH PAIN VERTEBROGENIC SYNDROME
3. **Бүлекбаева Ш.А., Мұхаметжанов Б.Ж., Сейсембеков Т.А., Сатжанов А.Б., Бердиев Т.С. ОРТЕЗИРОВАНИЕ ПОЗВОНОЧНИКА. СОВРЕМЕННЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ**
Бүлекбаева Ш.А., Мұхаметжанов Б.Ж., Сейсембеков Т.А., Сатжанов А.Б., Бердиев Т.С. ШЕНО ӘДІСІ БОЙЫНША ОМЫРТҚАНЫ ОРТЕЗДЕУ. ҚАЗІРГІ ЗАМАНАУИ БАҒЫТ
Bulekbayeva S.A., Mukhametzhanov B.J., Seysembekov T.A., Satzhanov A.B., Berdiyev T.S. SPINAL ORTHOTICS METHOD BY CHENEAU. MODERN DIRECTION
4. **Бүлекбаева Ш.А., Мұхаметжанов Б.Ж., Сейсембеков Т.А., Сатжанов А.Б., Бердиев Т.С. ОРТЕЗИРОВАНИЕ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ СО СПЕЦИФИЧЕСКИМИ НУЖДАМИ**
Бүлекбаева Ш.А., Мұхаметжанов Б.Ж., Сейсембеков Т.А., Сатжанов А.Б., Бердиев Т.С. АРНАЙЫ СҰРАНЫСЫ БАР ПАЦИЕНТТЕРДІ ОҢАЛТУДАҒЫ ОРТЕЗДЕУДІҢ МАҢЫЗЫ
Bulekbayeva S.A., Mukhametzhanov B.J., Seysembekov T.A., Satzhanov A.B., Berdiyev T.S. ORTHOTICS IN REHABILITATION OF PATIENTS WITH SPECIAL NEEDS
5. **Евстигнеев В.В., Кистень О.В., Булаев И.В., Сакович Р.А. ДИФфуЗИОННАЯ ТЕНЗОРНАЯ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ И ТРАКТОГРАФИЯ В ОЦЕНКЕ ПРОВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ЭПИЛЕПСИЕЙ**
Евстигнеев В.В., Кистень О.В., Булаев И.В., Сакович Р.А. ЭПИЛЕПСИЯСЫ БАР ЕМДЕЛУШІЛЕРДЕ ӨТКІЗГІШ ЖОЛЫ БАҒАСЫНДА ДИФфуЗИЯ ТЕНЗОРЛЫ МАГНИТТИ-РЕЗОНАНСТЫ ТОМОГРАФИЯ ЖӘНЕ ТРАКТОГРАФИЯ
V.V. Evstigneev, O.V. Kisten, I.V. Bulaev, R.A. Sakovich DIFFUSION TENSOR MAGNETIC RESONANCE IMAGING AND TRACTOGRAPHY IN EVALUATING NEURAL PATHWAYS IN PATIENTS WITH EPILEPSY
6. **Зимушкина Н.А., Косарева П.В., Черкасова В.А., Хоринко В.П., Карнаухова Н.В. МОРФОМЕТРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПИРАМИДНЫХ НЕЙРОНОВ ГИППОКАМПА В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ**
Зимушкина Н.А., Косарева П.В., Черкасова В.А., Хоринко В.П., Карнаухова Н.В. ЖАС ШАМАСЫНА БАЙЛАНЫСТЫ ГИППОКАМПАҒЫ ПИРАМИДА НЕЙРОНДАРЫНЫҢ МОРФОМЕТРИЯЛЫҚ ЗЕРТТЕУІ
N.A. Zimushkina, P.V. Kosarev, V.A. Cherkasova, V.P. Horinko, N.V. Karnaukhova MORPHOMETRIC RESEARCH OF PYRAMIDAL NEURONS IN THE HIPPOCAMPUS IN THE AGE ASPECT
7. **Избасарова А.Ш. РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПОСТИНСУЛЬТНЫХ БОЛЬНЫХ В РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ**
Избасарова А.Ш. ИНСУЛЬТТАН КЕЙІНГІ НАУҚАСТАРДЫ ЕРТЕ КЕЗЕҢДЕ ҚАЛПЫНА КЕЛТІРУ РЕАБИЛИТАЦИЯСЫ
Izbassarova A.Sh. REHABILITATION OPPORTUNITIES IN POST-STROKE PATIENTS IN EARLY RECOVERY PERIOD
8. **Кайшибаев Н.С., Кайшибаева Г.С., Жумагулова К.Г., Хасенова Г.П., Жиенбаева Б.С., Кудайбергенова А.С. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ПРЕГАБАЛИН (ЛИРИКА) У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТГЕРПЕТИЧЕСКИМ ГАНГЛИОНЕВРИТОМ**

- Қайшыбаев Н.С., Қайшыбаева Г.С., Жумағұлова К.Ф., Хасенова Г.П., Жиенбаева Б.С., Құдайбергенова А.С.** ГЕРПЕТИК ГАНГЛИОНЕВРИТТЕН КЕЙІНГІ ЕМДЕЛУШІЛЕРДІҢ ПРЕГАБАЛИН (ЛИРИКА) ПРЕПАРАТЫН ҚОЛДАНУЫНЫҢ ТИІМДІЛІГІ
Kayshibayev N.S., Kayshibayeva G.S., Khasenova G.P., Zhumagulova K.G., Zhiyenbayeva B.S., Kudaibergenova A.S. EFFECTIVENESS OF THE DRUG PREGABALIN (LYRICA) IN PATIENTS WITH POSTHERPETIC GANGLIONEVRIIT
9. **Қайшыбаев Н.С., Қайшыбаева Г.С., Жумағұлова К.Г., Хасенова Г.П., Жиенбаева Б.С., Құдайбергенова А.С.** ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ВИНПОСАН У ПАЦИЕНТОВ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА
Қайшыбаев Н.С., Қайшыбаева Г.С., Жумағұлова К.Ф., Хасенова Г.П., Жиенбаева Б.С., Құдайбергенова А.С. АТЕРОСКЛЕРОТИКАЛЫҚ ГЕНЕЗДІҢ ДИСКУЛЯТОРЛЫ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯСЫ БАР НАУҚАСТАРҒА ВИНПОСАН ПРЕПАРАТЫН ҚОЛДАНУЫНЫҢ ТӘЖІРИБЕСІ
Kayshibayev N.S., Kayshibayeva G.S., Khasenova G.P., Zhumagulova K.G., Zhiyenbayeva B.S., Kudaibergenova A.S. THE EXPERIENCE WITH THE DRUG VINPOSAN IN PATIENTS WITH ATHEROSCLEROTIC DISCIRCULATORY ENCEPHALOPATHY
10. **Кистень О.В., Евстигнеев В.В.** КЛИНИЧЕСКАЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РИТМИЧЕСКОЙ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МАГНИТНОЙ СТИМУЛЯЦИИ В ТЕРАПИИ ЭПИЛЕПСИИ
Кистень О.В., Евстигнеев В.В. ЭПИЛЕПСИЯ ТЕРАПИЯСЫНДА ЫРҒАҚТЫ ТРАНСКРИНИАЛДЫ МАГНИТТИ СТИМУЛЯЦИЯНЫ ҚОЛДАНУЫНДА КЛИНИКАЛЫҚ МАҚСАТТЫЛЫҚ
O.V. Kisten, V.V. Yevstigneyev THE CLINICAL EXPEDIENCY OF RHYTHMIC TRANSCRANIAL MAGNETIC STIMULATION IN THE TREATMENT OF EPILEPSY
11. **Мұхамбетова Г.А., Избасарова А.Ш.** ОСОБЕННОСТИ ГОЛОВНОЙ БОЛИ НАПРЯЖЕНИЯ У ДЕТЕЙ
Мұхамбетова Г.А., Избасарова А.Ш. БАЛАЛАРДЫҢ БАС АУРУЫНДА КҮШ САЛУДЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ
Mukhambetova G.A., Izbassarova A.Sh. FEATURES TENSION HEADACHES IN CHILDREN
12. **Сүлейманова С.Ю., Кабдрахманова Г.Б., Бирючков М.Ю., Ермагамбетова А.П.** ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НЕТРАВМАТИЧЕСКИХ СУБАРАХНОИДАЛЬНЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ
Сүлейманова С.Ю., Кабдрахманова Г.Б., Бирючков М.Ю., Ермагамбетова А.П. ЖАРАҚАТҚА БАЙЛАНЫССЫЗ СУБАРАХНОИДАЛЬДЫ ҚАН ҚҰЙЫЛУДЫҢ ДИАГНОСТИКАСЫ ЖӘНЕ ЕМІ
Suleimanova S.Yu., Kabdrachmanova G. B., Biruchkov M. Y., Ermagambetova A. P. DIAGNOSIS AND TREATMENT OF UNTRAUMATIC SUBARACHNOID HEMORRHAGES
13. **Хасенова Г.П., Қайшыбаев Н.С., Қайшыбаева Г.С., Жумағұлова К.Г., Жиенбаева Б.С.** ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА АЦЕКЛОРАН У БОЛЬНЫХ С ПРОТРУЗИЯМИ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА
Хасенова Г.П., Қайшыбаев Н.С., Қайшыбаева Г.С., Жумағұлова К.Ф., Жиенбаева Б.С. ОМЫРТҚАНЫҢ БЕЛ БӨЛІМІНДЕ ОМЫРТҚААРАЛЫҚ ДИСКІНІҢ ПРОТРУЗИЯСЫ БАР НАУҚАСТАРҒА АЦЕКЛОРАН ПРЕПАРАТЫН ҚОЛДАНУЫНЫҢ ТӘЖІРИБЕСІ
Khasenova G.P., Kayshibayev N.S., Kayshibayeva G.S., Zhumagulova K.G., Zhiyenbayeva B.S. ACECLORAN EXPERIENCE WITH THE DRUG IN PATIENTS WITH PROTRUSION OF INTERVERTEBRAL LUMBAR DISC
14. **Черкасова В.Г., Зимушкина Н.А., Манташова А.М.** ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ЛИЦ ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА
Черкасова В.Г., Зимушкина Н.А., Манташова А.М. ЕСЕЙГЕН ШАҚТАҒЫ ТҰЛҒАЛАРДА КОГНИТИВТИ БҰЗУШЫЛЫҚТАРДЫҢ ГЕНДЕРЛІК ЕРЕКШЕЛІГІ
V.G. Cherkasova, N.A. Zimushkina, A.M. Mantashova GENDER FEATURES OF COGNITIVE IMPAIRMENTS IN MIDDLE-AGED PERSONS

ОГЛАВЛЕНИЕ

МАЗМУНЫ

CONTENTS

РАЗДЕЛ 1	1
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ТЕРАПИИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ	
1 ТАРАУ	
НЕВРОЛОГИЯЛЫҚ БҰЗЫЛЫСТАРДЫ АНЫҚТАУ МЕН ЕМДЕУДІҢ ЗАМАНУИ ТӘСІЛДЕМЕЛЕРІ	
CHAPTER 1	
MODERN APPROACHES TO DIAGNOSIS AND THERAPY OF NEUROLOGICAL DISORDERS	
ПРОБЛЕМА ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У СТУДЕНТОВ ВЫСШЕГО УЧЕБНОГО МЕДИЦИНСКОГО ЗАВЕДЕНИЯ	1
<i>Г.Б. Абасова, Г.А. Диханбаева, А. Абдихадирова</i>	
МЕДИЦИНАЛЫҚ ЖОҒАРҒЫ ОҚУ ОРЫНДАРЫНДАҒЫ СТУДЕНТТЕРДІҢ МАЗАСЫЗ-ДЕПРЕССИВТІК АУЫҚУ МӘСЕЛЕСІ	
<i>Г.Б. Абасова, Г.А. Диханбаева, А. Абдихадирова</i>	
PROBLEM OF ANXIETY AND DEPRESSION AMONG STUDENTS OF HIGHER MEDICAL INSTITUTION	
<i>G.B. Abasova, G.A. Dikhanbayeva, A. Abdikhadirova</i>	
К ВОПРОСУ НЕРВНО – МЫШЕЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, СВЯЗАННЫХ С НАРУШЕНИЯМИ НЕРВНО-МЫШЕЧНОЙ ПЕРЕДАЧИ	3
<i>Г. Б. Абасова, Г.А. Диханбаева</i>	
ЖҮЙКЕ-БҰЛШЫҚ ЕТ АУРУЛАРЫНЫҢ ПАЙДА БОЛУ МӘСЕЛЕСІ ЖҮЙКЕ-БҰЛШЫҚ ЕТІНІҢ ҚЫЗМЕТІНІҢ БҰЗЫЛУЫНА БАЙЛАНЫСТЫ	
<i>Г.Б. Абасова, Г.А. Диханбаева</i>	
TO THE QUESTION OF NEURO-MUSCULAR DISEASES ASSOCIATED WITH DISORDERS OF NEUROMUSCULAR TRANSMISSION	
<i>G.B. Abasova, G.A. Dikhanbayeva</i>	
ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫНДАҒЫ СУИЦИД МӘСЕЛЕСІ	5
<i>Г.Б. Абасова, Г.А. Диханбаева, А.А. Каракулова, С. Сахова</i>	
ПРОБЛЕМА СУИЦИДА В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ	
<i>Г.Б. Абасова, Г.А. Диханбаева, А.А. Каракулова, С. Сахова</i>	
THE PROBLEM OF SUICIDE IN SOUTH KAZAKHSTAN REGION	
<i>G.B. Abasova, G.A. Dikhanbayeva, A.A. Karakulova, S. Sakhova</i>	
К ВОПРОСУ О ВЛИЯНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СВИНЦОВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ НА ИНТЕЛЛЕКТ У ДЕТЕЙ	7
<i>И.О. Байдаулет, Г.Н. Досыбаева, А.И. Байдаулетова</i>	
СОЗЫЛМАЛЫ ҚОРҒАСЫННЫҢ ИНТОКСИКАЦИЯСЫНЫҢ БАЛАЛАР ПАРАСАТЫНА ҰҚПАЛЫ ТУРАЛЫ СҰРАҚҚА КЕЛУІ	
<i>И.О. Байдаулет, Г.Н. Досыбаева, А.И. Байдаулетова</i>	
OF THE IMPACT OF CHONIC LEAD INTOXICATION ON INTELLIGENCE IN CHILDREN	
<i>I.O. Bajdaulet, G.N. Dosybaeva, A.I. Bajdauletova</i>	
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИНСУЛЬТА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ	10
<i>Бокебаев Т.Т., Чункаева Д.Д., Мадирова С.Е., Есжанова Л.Е., Филонова И.А., Ахметжанов В.К.</i>	

ҚАНТ ДИАБЕТІ КЕЗІНДЕГІ ИНСУЛТТІҢ КЛИНИКАЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Бокебаев Т.Т., Чункаева Д.Д., Мадирова С.Е., Есжанова Л.Е., Филонова И.А., Ахметжанов В.К.

CLINICAL FEATURES OF STROKE IN PATIENTS WITH DIABETES

Bokebayev T.T., Chunkayeva D.D., Madirova S.E., Esjanova L.E., Filonova I.A., Ahmetzhanov V.K.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ПРОФИЛАКТИКА ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

12

Галым А.Г., Достоева Б.С., Бердыкенова А.Ж., Усембаева Р.Б., Бестонова Л.Т.

БАЛАЛАРДАҒЫ БАС МИЛЫҚ САЛДАНУ АУРУЫНЫҢ АЛДЫН-АЛУ ЖӘНЕ АУРУДЫҢ САРАПТАМАСЫ

Галым А.Г., Достоева Б.С., Бердыкенова А.Ж., Усембаева Р.Б., Бестонова Л.Т.

ANALYSIS OF THE INCIDENCE AND PREVENTION OF CEREBRAL PALSY

Galyt A.G., Dostaeva B.S., Berdykenova A., Usembaeva R.B., L.T. Bestonova

КОГНИТИВНЫЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭПИЛЕПСИИ

14

Г.А. Душанова, Н.А. Жаркинбекова, Э.Т. Зулфикарова

ЭПИЛЕПСИЯНЫҢ КОГНИТИВТІ, ӘЛЕУМЕТТІК ЖӘНЕ ТЕРАПИЯЛЫҚ ТҰРҒЫЛАРЫ

Душанова Г.А., Жаркинбекова Н.А., Зулфикарова Э.Т.

COGNITIVE, SOCIAL AND THERAPEUTIC ASPECTS OF EPILEPSY

Duschanova G.A., Zharkinbekova N.A., Zulfikarova E.T.

КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИНСУЛЬТОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

16

Дюсембекова О.Т.

ЖАС БАЛАЛАР ИНСУЛТЫНЫҢ КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЯЛЫҚ ЕРЕКШЕЛЕКТЕРІ

Дюсембекова О.Т.

CLINICAL AND NEUROLOGICAL FEATURES OF STROKES IN YOUNG CHILDREN

Dyusembekova O.T.

ДИФФУЗИОННАЯ ТЕНЗОРНАЯ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ И ТРАКТОГРАФИЯ В ОЦЕНКЕ ПРОВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ЭПИЛЕПСИЕЙ

19

В.В. Евстигнеев¹, О.В. Кистень¹, И.В. Булаев², Р.А. Сакович²

ЭПИЛЕПСИЯСЫ БАР ЕМДЕЛУШІЛЕРДЕ ӨТКІЗГІШ ЖОЛЫ БАҒАСЫНДА ДИФФУЗИЯ ТЕНЗОРЛЫ МАГНИТТІ-РЕЗОНАНСТЫ ТОМОГРАФИЯ ЖӘНЕ ТРАКТОГРАФИЯ

В.В. Евстигнеев¹, О.В. Кистень¹, И.В. Булаев², Р.А. Сакович²

DIFFUSION TENSOR MAGNETIC RESONANCE IMAGING AND TRACTOGRAPHY IN EVALUATING NEURAL PATHWAYS IN PATIENTS WITH EPILEPSY.

V.V. Evstigneev¹, O.V. Kisten¹, I.V. Bulaev², R.A. Sakovich²

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И АНАЛИЗ КЛИМАТО-ГЕОГРАФИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ИНСУЛЬТА В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

21

С.К. Еркебаева, Е.С. Нургужаев, Б.Г. Гафуров, Г.Б. Абасова.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫНДАҒЫ ЦЕРЕБРАЛДЫ ИНСУЛТЫҢ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСЫ ЖӘНЕ КЕЙБІР КЛИМАТ - ГЕОГРАФИЯЛЫҚ ФАКТОРЛАРЫ

С.К. Еркебаева, Е.С. Нургужаев, Б.Г. Гафуров, Г.Б. Абасова.

EPIDEMIOLOGY AND SOME CLIMATE-GEOGRAPHICAL RISK FACTORS OF A CEREBRAL STROKE IN THE SOUTH KZAKHSTAN AREA

S.K.Erkebaeva, E.S.Nurguzhaev, B.G.Gafurov, G.B.Abasova.

МОРФОМЕТРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПИРАМИДНЫХ НЕЙРОНОВ ГИППОКАМПА В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ

24

Н.А. Зимушкина, П.В. Косарева, В.А. Черкасова, В.П. Хоринко, Н.В. Карнаухова

ЖАС ШАМАСЫНА БАЙЛАНЫСТЫ ГИППОКАМПАҒЫ ПИРАМИДА НЕЙРОНДАРЫНЫҢ МОРФОМЕТРИЯЛЫҚ ЗЕРТТЕУІ

Н.А. Зимушкина, П.В. Косарева, В.А. Черкасова, В.П. Хоринко, Н.В. Карнаухова

MORPHOMETRIC RESEARCH OF PYRAMIDAL NEURONS IN THE HIPPOCAMPUS IN THE AGE ASPECT

N.A. Zimushkina, P.V. Kosarev, V.A. Cherkasova, V.P. Horinko, N.V. Karnaukhova

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА «ЗАМОРОЖЕННОГО» ПЛЕЧА В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

26

Т.В.Каймак, И.В.Чарапкина, Е.В.Есикова, Н.Т.Сабырбаева

АМБУЛАТОРИЯЛЫҚ ҚАБЫЛДАУДА «ҚАТҚАН ИЫҚ» СИНДРОМЫН ЕМДЕУ ТӘЖІРИБЕСІ

Каймак Т.В., Чарапкина И.В., Есикова Е.В., Сабырбаева Н.Т.

EXPERIENCE IN TREATING THE SYNDROME OF "FROZEN SHOULDER" IN OUTPATIENT PRACTICE

T.V.Kaymak, I.V.Charapkina, E.V.Esikova, N.T.Sabyrbayeva

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПАРАВЕРТЕБРАЛЬНЫХ БЛОКАД С ПРЕПАРАТОМ КСЕФОКАМ У ПАЦИЕНТОВ С ВЕРТЕБРОГЕННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ 28

Кайшыбаев Н.С., Кудайбергенова А.С., Хасенова Г.П., Кайшыбаева Г.С., Ма Н.Ю., Еркебаева А.Е.

ВЕРТЕБРОГЕНДІ ПАТОЛОГИЯСЫ БАР НАУҚАСТАРҒА КСЕФОКАМ ПРЕПАРАТЫМЕН ПАРАВЕРТЕБРАЛДЫ БЛОКАДТАРДЫ ҚОЛДАНУЫНЫҢ ТӘЖІРИБЕСІ

Қайшыбаев Н.С., Құдайбергенова А.С., Хасенова Г.П., Қайшыбаева Г.С., Ма Н.Ю., Еркебаева А.Е.

THE EXPERIENCE BY THE USE OF PARAVERTEBRAL BLOCKADE WITH DRUG KSEFOKAM IN PATIENTS WITH VERTEBRAL PATHOLOGY

Kaishibayev N.S., Kudaibergenova A.S., Khassenova G.P., Kaishibayeva G.S., Ma N., Erkebayeva A.E.

КОМПЛЕКСНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ХОНДРОПРОТЕКТОРОВ В ТЕРАПИИ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА. 34

Каримова А.С.¹, Батырханова П.К.², Сағимбаева С.А.², Есентаева С.Б.¹

ОМЫРТҚАНЫҢ ДЕГЕНЕРАТИВТІ-ДИСТРОФИКАЛЫҚ АУРУЛАРДЫҢ ХОНДРОПРОТЕКТИВТІ КЕШЕНДІ ҚОЛДАНЫСЫ ТЕРАПИЯСЫ.

Каримова А.С.¹, Батырханова П.К.², Сағимбаева С.А.², Есентаева С.Б.¹

COMPLEX USE OF CHONDROPROTECTORS IN THERAPY OF DEGENERATIVE DISEASES OF THE SPINE.

Karimova A.S.¹, Batyrkhanova P.K.², Sagimbayeva S. A.², Yesentayeva S.B.¹

КЛИНИЧЕСКАЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РИТМИЧЕСКОЙ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МАГНИТНОЙ СТИМУЛЯЦИИ В ТЕРАПИИ ЭПИЛЕПСИИ 39

О.В. Кустень, В.В. Евстигнеев

ЭПИЛЕПСИЯ ТЕРАПИЯСЫНДА ЫРҒАҚТЫ ТРАНСКРИНИАЛДЫ МАГНИТТІ СТИМУЛЯЦИЯНЫ ҚОЛДАНУЫНДА КЛИНИКАЛЫҚ МАҚСАТТЫЛЫҚ

О.В. Кустень, В.В. Евстигнеев

THE CLINICAL EXPEDIENCY OF RHYTHMIC TRANSCRANIAL MAGNETIC STIMULATION IN THE TREATMENT OF EPILEPSY

O.V. Kisten, V.V. Yevstigneyev

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С МИГРЕНЬЮ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) 41

Кудайбергенова А.С.

БАС САҚИНАСЫ АУРУЫМЕН НАУҚАС ЕМДЕЛУШІЛЕРДІ ТЕКСЕРІП-ЕМДЕУДІҢ ЖАЛПЫ ҚАҒИДАЛАРЫ

А.С. Құдайбергенова

GENERALPRINCIPLESOF PATIENTS WITH MIGRAINE TREATMENT

A.S. Kudaibergenova

ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ МИНИМАЛЬНЫХ МОЗГОВЫХ ДИСФУНКЦИЙ 47

Мухамбетова Г.А.

МИНИМАЛЬДІ БАС МИ БҰЗЫЛЫСТАРЫН ЕМДЕУ МҮМКІНШІЛІГІ

Мухамбетова Г.А.

TREATMENT OPTIONS MINIMAL BRAIN DYSFUNCTION

Mukhambetova G.A.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ НА ФОНЕ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ И ИХ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ 50

Мырзабаева Н.А., Каирбеков А.К., Калиева М.М., Байханова Б.К.

АСКОРТУ ҚЫЗЫМЕТІНІҢ БҰЗЫЛУЫ АРТЫҚ САЛМАҚТЫЛЫҚ ЖӘНЕ СЕМІЗДІК ВЕГЕТАТИВТІ ДИСФУНКЦИЯЛЫ КЛИНИКАЛЫҚ СИПАТТАМАСЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ БАР АУРУЛАРДЫҢ ДӘРІЛІК ЕМЕС ТҮЗЕТУ

Н.А.Мырзабаева, А. Қ. Қаирбеков, М.М. Калиева, Б.К. Байханова

AUTONOMIC DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH FUNCTIONAL DIGESTIVE DISEASES IN A OVERWEIGHT AND OBESITY AND THEIR CORRECTION REFLEXOTHERAPY

N. A. Myrzabayeva, A.K. Kairbekov, M.M. Kaliyeva, A.K. Baihanova

ОСОБЕННОСТИ ЭФФЕКТИВНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЕВЫХ КОРЕШКОВЫХ СИНДРОМОВ ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА

54

Нургужаев Е.С., Избасарова А.Ш., Митрохин Д.А., Нурлыбаева Г.А., Турсынова А.Т., Есентаева С.Б.

ОМЫРТҚА ОСТЕОХОНДРОЗЫ АУЫРСЫНУ СИНДРОМЫ ЭФФЕКТИВТІ ТЕРАПИЯСЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Е.С.Нургужаев, А.Ш.Избасарова, Г.А.Нурлыбаева, А.Т.Турсынова, С.Б.Есентаева

FEATURES OF EFFECTIVE THERAPY OF PAIN RADICULAR SYNDROME IN LUMBAR OSTEOCHONDROSIS

Nurguzhayev E.S., Izbassarova A.Sh., Mitrokhin D.A., Nurlybayeva G.A., Tursynova A.T., Yesentayeva S.B.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ МИГРЕНИ И ИНСУЛЬТА

57

К.А. Садоха, А.М. Головка

МИГРЕНЬ ЖӘНЕ ИНСУЛЬТ АРАСЫНДА АРАҚАТЫНАСТАРДЫҢ КЕЙБІР ТҰРҒЫЛАРЫ

К.А. Садоха, А.М. Головка

SOME ASPECTS OF THE RELATIONSHIPS OF MIGRAINE AND STROKE.

K.A. Sadokha, A.M. Golovko

МИГРЕНЬ И ЭПИЛЕПСИЯ

59

В.В. Евстигнеев, К.А. Садоха, О.В. Кистень

МИГРЕНЬ ЖӘНЕ ЭПИЛЕПСИЯ

В.В. Евстигнеев, К.А. Садоха, О.В. Кистень

MIGRAINE AND EPILEPSY

V.V. Yevstigneyev, K.A. Sadokha, O.V. Kisten

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НЕТРАВМАТИЧЕСКИХ СУБАРАХНОИДАЛЬНЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ

62

Сулейманова С.Ю., Кабдрахманова Г.Б., Бирючков М.Ю., Ермагамбетова А.П.

ЖАРАҚАТҚА БАЙЛАНЫССЫЗ СУБАРАХНОИДАЛЬДЫ ҚАН ҚҰЙЫЛУДЫҢ ДИАГНОСТИКАСЫ ЖӘНЕ ЕМІ

С.Ю.Сулейманова, Г.Б.Кабдрахманова, М.Ю.Бирючков, А.П.Ермагамбетова

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF UNTRAUMATIC SUBARACHNOID HEMORRHAGES

S.Yu. Suleimanova, G.B. Kabdrachmanova, M.Y. Biruchkov, A.P. Ermagambetova

ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ И ПУТИ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ (ОБЗОР ПРОБЛЕМЫ)

65

Г. Е. Толебаева

ЭПИЛЕПСИЯ КЕЗІНДЕ ТӨЗІМДІЛІКТІ САҚТАП ҚАЛУ ЖОЛЫ ЖӘНЕ ДАМУ СЕБЕПТЕРІ (МӘСЕЛЕГЕ ШОЛУ)

Толебаева Г.Е.

THE CAUSES AND WAYS TO PREVENT THE DEVELOPMENT OF RESISTANCE IN EPILEPSY (REVIEW OF THE PROBLEM).

G.E. Tolebayeva

ГЕМОМРАГИЧЕСКИЙ ЭНЦЕФАЛИТ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

67

С.Т.Туруспекова, Д.А.Митрохин, А.А.Оспанов¹, А.О.Омаров¹

ГЕМОМРАГИЯЛЫҚ ЭНЦЕФАЛИТ: КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙ

Туруспекова С.Т., Митрохин Д.А., Оспанов¹ А.А., Омаров¹ А.О.

HEMORRHAGIC ENCEPHALITIS: CASE REPORT

S.T.Turuspekova, D.A.Mitrohin, A.A.Ospanov¹, A.O.Omarov¹

ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ИНСУЛЬТ В РЕГИОНЕ ГОРОДА СЕМЕЙ ВОСТОЧНОГО КАЗАХСТАНА В 2000-2011 гг.

70

Хайбуллин Т.Н.

ШЫҒЫС ҚАЗАҚСТАН СЕМЕЙ ҚАЛАСЫ АЙМАҒЫНЫҢ 2000-2011 Ж.Ж. АРАЛЫҒЫНДА МИ ИНСУЛЬТЫ

Хайбуллин Т.Н.

CEREBRAL STROKE IN THE REGION OF SEMEY IN 2000 TO 2011

Khaibullin T.N.

РАЗДЕЛ 2

74

ХРОНИЧЕСКАЯ ИШЕМИЯ МОЗГА. СОВРЕМЕННЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ТЕРАПИИ

2 ТАРАУ

МИДЫҢ СОЗЫЛМАЛЫ ИШЕМИЯСЫ. ЗАМАНАУИ ЕМДЕУ БАҒЫТТАРЫ

CHAPTER 2

CHRONIC CEREBRAL ISCHEMIA. MODERN DIRECTIONS OF THERAPY

ТАМЫРЛЫ ДЕМЕНЦИЯНЫҢ ДИАГНОСТИКАСЫ МЕН ПРОФИЛАКТИКАСЫ

74

Г.А. Душанова., Ж.Е. Куттыгулова, Г.У. Туксанбаева

ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИИ

Душанова Г.А., Куттыгулова Ж.Е., Туксанбаева Г.У.

DIAGNOSIS AND PREVENTION OF VASCULAR DEMENTIA

Duschanova G.A., Kuttygulova Zh.E., Tuksanbayeva H.U.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ВЕГЕТО-СОСУДИСТОЙ ДИСТОНИИ ПРИ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ 76

Избасарова А.Ш.

ДИСЦИРКУЛЯТОРЛЫ ДИСТОНΙΑ КЕЗІНДЕГІ ВЕГЕТАТИВТІК ДИСТОНΙΑ СИНДРОМЫН ЕМДЕУ НӘТИЖЕСІ.

Избасарова А.Ш.

TREATMENT EFFECTIVENESS OF VASCULAR DYSTONIA SYNDROME AT DYSIRCULATORY ENCEPHALOPATHY.

Izbasarova A. Sh.

К ВОПРОСУ О ТЕРАПИИ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ, САМОЧУВСТВИЯ, АКТИВНОСТИ И НАСТРОЕНИЯ ПОЛИВИТАМИННЫМИ КОМПЛЕКСАМИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 79

Каймак Т.В., Калиева А.К., Брыжахин Д.П.

СОЗЫЛМАЛЫ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРЛЫ ЖЕТІСПЕУШІЛІК КЕЗІНДЕ КОГНИТИВТІ БҰЗЫЛУ, КӨҢІЛ КҮЙ, ПОЛИДӘРУМЕНДІ КЕШЕНДЕРІНІҢ БЕЛСЕНДІЛІГІ ЖӘНЕ КӨҢІЛІ ТЕРАПИЯСЫ СҰРАҚТАРЫ

Каймак Т.В., Калиева А.К., Брыжахин Д.П.

THERAPY OF COGNITIVE DISORDERS, HEALTH, ACTIVITY AND MOOD MULTIVITAMIN COMPLEX IN CHRONIC CEREBROVASCULAR INSUFFICIENCY

Kaymak T.V., Kaliyeva A.K., Bryzhakhin D.P.

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ВАЗОНАТ» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ 81

Каирбеков А.К., Калиева М.М., Мубаракшинова Д.Е., Алмагамбетова Л.А., Нургазиева Г.Е.

ҚАРТ АДАМДАРДЫҢ АТЕРОСКЛЕРОЗДЫҚ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ АУРУЫМЕН ҚАТАР ЖҮРЕТІН ЖҮРЕКТІҢ ИШЕМИЯЛЫҚ АУРУЫНЫҢ КЕШЕНДІ ЕМІНДЕГІ «ВАЗОНАТ» ПРЕПАРАТЫН ҚОЛДАНУ МҮМКІНДІКТЕРІ

А.К.Каирбеков, М.М.Калиева, Д.Е.Мубаракшинова, Л.А.Алмағамбетова., Г.Е.Нургазиева

PROSPECTS OF APPLICATION OF A PREPARATION "VAZONAT" IN COMPLEX TREATMENT OF CORONARY HEART DISEASE WITH ATHEROSCLEROTIC ENCEPHALOPATHY AT ELDERLY PATIENT

Kairbekov A. K., Kaliyeva M.M., Mubarakshinova D.E., Almagambetova L.A., Nurgazieva G.Y.

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ СИНДРОМА ПАРКИНСОНИЗМА И КОРРЕКЦИЯ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА 85

Е.С. Нургужаев, Д.А. Митрохин, С.С. Сабденова, А.С. Турсынова

ПАРКИНСОН СИНДРОМЫНЫҢ КЕШЕНДІ ТЕРАПИЯСЫ ЖӘНЕ МИДЫҢ СОЗЫЛМАЛЫ ИШЕМИЯСЫ

www.kaznmu.kz

КЕЗІНДЕГІ КОГНИТИВТІ БҰЗУШЫЛЫҚТЫҢ КОРРЕКЦИЯСЫ

Е.С. Нурғожаев, Д.А. Митрохин, С.С. Сабденова, А.С. Тұрсынова

THE COMPLEX TREATMENT OF PARKINSON SYNDROME AND CORRECTION OF COGNITIVE IMPAIRMENT IN PATIENTS WITH CHRONIC ISCHEMIA

E.S. Nurguzhaev, D.A. Mitrokhin, S.S. Sabdenova, A.S. Tursynova

ВОЗМОЖНОСТИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИИ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ 91

В.Г. Черкасова, А.М. Манташова, Н.А. Зимушкина

ҚАН ТАМЫР ДЕМЕНЦИЯСЫНЫҢ ПАТОГЕНЕТИКАЛЫҚ ТЕРАПИЯСЫНЫҢ МҮМКІНДІКТЕРІ: КЛИНИКАЛЫҚ БАҚЫЛАУ

Черкасова В.Г., Манташова А.М., Зимушкина Н.А.

POSSIBILITIES OF PATHOGENETIC THERAPY FOR PATIENTS WITH VASCULAR DEMENTIA: A CLINICAL OBSERVATION.

V.G. Cherkasova, A.M. Mantashova, N.A. Zimushkina

РАЗДЕЛ 3

95

НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИЯ

3 ТАРАУ

НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИЯ

CHAPTER 3

NEUROREHABILITATION

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДА СКАЛЬПОТЕРАПИИ ПРИ РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ С МОТОРНОЙ АФАЗИЕЙ 95

Г.Б. Абасова, М. Жуматаев, Д.П. Утепов, Д.Б. Оразалиева, Б.М.Алауова, Б.Б.Таутаева

ИШЕМИЯ ИНСУЛЬТЫНЫҢ МОТОРЛЫ АФАЗИЯСЫ БАР НАУҚАСТАРДЫ ЕРТЕ ОҢАЛТУ КЕЗІНДЕ СКАЛЬПОТЕРАПИЯ ӘДІСІНІҢ ТИІМДІЛІГІ

Абасова Г.Б., Жуматаев М., Утепов Д.П., Оразалиева Д.Б., Алауова Б.М., Таутаева Б.Б.

THE EFFECTIVENESS OF THE METHOD OF SCALP REFLEX THERAPY IN EARLY REHABILITATION OF THE PATIENTS WITH ISCHEMIC STROKE WITH BROCA'S APHASIA

G.B. Abasova, M. Zhumatayev, D.P. Uteпов, D.B. Orazalyieva, B.M.Alauova, B.B.Tautaeва

РЕАБИЛИТАЦИЯ РЕЧЕВОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ ЭФФЕРЕНТНОЙ МОТОРНОЙ И ДИНАМИЧЕСКОЙ АФАЗИИ 97

Айтхожаева Р. А.

ЭФФЕРЕНТТІ МОТОРЛЫ ЖӘНЕ ДИНАМИКАЛЫҚ АФАЗИЯ КЕЗІНДЕГІ СӨЙЛЕУ ПАТОЛОГИЯСЫНЫҢ РЕАБИЛИТАЦИЯСЫ

Айтхожаева Р.А.

REHABILITATION IN SPEECH PATHOLOGY WITH EFFERENT MOTOR AND DYNAMIC APHASIA

Aytkhozhaeva R. A.

ПРИНЦИПЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ АФАЗИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ 101

Айтхожаева Р.А.

ИНСУЛЬТ АЛҒАН НАУҚАСТАРДА АФАЗИЯНЫ ҚАЙТА ҚАЛПЫНА КЕЛТІРУ ҰСТАНЫМДАРЫ

Айтхожаева Р.А.

PRINCIPLES OF RECOVERY OF APHASIA IN STROKE PATIENTS

Aytkhozhaeva R.A.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА СИЛОВОЙ КИНЕЗИТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ВЕРТЕБРОГЕННЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ 104

Н.А.Бабина, Н.В.Соломатина

ЕГДЕ ЖАСТАҒЫ ТҰЛҒАЛАРДА ВЕРТЕБРОГЕНДІ ҚАТЕРЛІ СИНДРОМНЫҢ ОҢАЛТУЫНДА КҮШ БЕРЕТІН КИНЕЗИТЕРАПИЯ ӘДІСТІҢ ҚОЛДАНУЫНДА ТӘЖІРИБЕ

Н.А.Бабина, Н.В.Соломатина

EXPERIENCE OF USING THE METHOD OF THE POWER KINESIOTHERAPY IN REHABILITATION OF THE ELDERLY WITH PAIN VERTEBROGENIC SYNDROME

N.A.Babina, N.V.Solomatina

ОРТЕЗНАЯ ТЕХНОЛОГИЯ В КОРСЕТИРОВАНИИ ПО МЕТОДУ ШЕНО ПРИ ДЕФОРМАЦИЯХ ПОЗВОНОЧНИКА 107

Бүлекбаева Ш.А., Мухаметжанов Б.Ж., Сейсембеков Т.А., Сатжанов А.Б.

ШЕНО ӘДІСІ БОЙЫНША ОМЫРТҚАНЫ ОРТЕЗДЕУ

Бүлекбаева Ш.А., Мухаметжанов Б.Ж., Сейсембеков Т.А., Сатжанов А.Б.

ORTHESIS TECHNOLOGY IN CORSETING BY THE METHOD OF CHENEAU IN DEFORMATIONS OF THE SPINE COLUMN

Bulekbayeva S.A., Mukhametzhonov B.Zh., Seysembekov T.A., Satzhanov A.B.

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПОСТИНСУЛЬТНЫХ БОЛЬНЫХ В РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ 111

Избасарова А.Ш

ИНСУЛЬТТАН КЕЙІНГІ НАУҚАСТАРДЫ ЕРТЕ КЕЗЕҢДЕ ҚАЛПЫНА КЕЛТІРУ РЕАБИЛИТАЦИЯСЫ

Избасарова А.Ш.

REHABILITATION OPPORTUNITIES IN POST-STROKE PATIENTS IN EARLY RECOVERY PERIOD.

Izbassarova A.Sh.

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ И НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С НЕЙРО-МЫШЕЧНЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗЕ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА 114

Кайшибаев Н.С., Жумагулова К.Г., Хасенова Г.П., Кайшибаева Г.С., Абдуллаева Р.А., Жиенбаева Б.С., Кудайбергенова А.С., Момбаева Д.К., Елшиева С.Е.

ОМЫРТҚАНЫҢ БЕЛДЕМЕ БӨЛІМІНІҢ ОСТЕОХОНДРОЗЫНДА НЕЙРО-БҰЛШЫҚЕТТІК ҚАТЕРЛІ СИНДРОМЫ БАР ЕМДЕЛУШІЛЕРДІ ДӘРІ-ДӘРМЕКПЕН ЖӘНЕ ДӘРІ –ДӘРМЕКСІЗ ОҒАЛТУ

Қайшыбаев Н.С., Жумагулова К.Г., Хасенова Г.П., Қайшыбаева Г.С., Абдуллаева Р.А., Жиенбаева Б.С., Кудайбергенова А.С., Момбаева Д.К., Елшиева С.Е.

DRUG AND NON-DRUG REHABILITATION OF PATIENTS WITH A NEURO-MUSCULAR PAIN SYNDROME AT OSTEOCHONDROSIS OF THE LUMBAR SPINE

N. Kaishibayev, K. Zhumagulova, G. Khassenova, G. Kaishibayeva, R. Abdullaeva, B. Zhiyenbayeva, A. Kudaibergenova, D. Mombayeva, S. Elshiyeva

МЕТОДЫ КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ ПРИ ЭКСТРАПИРАМИДНОЙ ДИЗАРТРИИ 121

Кудрявцева С.О., Лоскутова О.Г., Усембаева Р.Б.

ЭКСТРАПИРАМИДТІК ДИЗАРТРИЯНЫҢ ТҮЗЕТУ ЖҰМЫСЫНЫҢ ӘДІСТЕМЕЛЕРІ.

Кудрявцева С.О., Лоскутова О.Г., Усембаева Р.Б.

METHODS OF REMEDIAL WORK WITH EXTRAPYRAMIDAL DYSARTHRIA

Kudryavtseva S.O., Loskutova O.G., Usembayeva R.B.

РОЛЬ СЕНСОРНОЙ КОМНАТЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ 124

Курманбекова З.М., Мусаева К.К., Варзина Т.В., Надырова Э.К.

МҮМКІНШІЛІГІ ШЕКТЕУЛІ БАЛАЛАРҒА СЕНСОРЛЫ БӨЛМЕНІҢ ОҒАЛТУ МАҢЫЗДЫҒЫ

Курманбекова З.М., Мусаева К.К., Варзина Т.В., Надырова Э.К.

VALUE OF THE TOUCH ROOM IN REHABILITATION OF CHILDREN WITH LIMITED POSSIBILITIES

Kurmanbekova Z.M., Musaeva K.K., Varzina T.V., Nadyrova E.K.

РЕЧЕВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ РЕСПУБЛИКАНСКОГО НАУЧНОГО ЦЕНТРА 127

Садырбекова А.К.

РЕСПУБЛИКАЛЫҚ ҒЫЛЫМИ ОРТАЛЫҚТАҒЫ НЕЙРООҒАЛТУ БӨЛІМІ ШАРТТАРЫНДА ЕМДЕЛУШІЛЕРДІҢ СӨЙЛЕУІН ОҒАЛТУ

Садырбекова А.К.

SPEECH REHABILITATION OF PATIENTS IN DEPARTMENT OF NEUROREHABILITATION IN THE REPUBLICAN

SCIENTIFIC CENTER

Sadyrbekova A.

**ВИТАМИНЫ ГРУППЫ «В» В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
ЗАБОЛЕВАНИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ** 129

Сарбасова К.С., Усенбаева Р.Б., Бердыкенова А.Ж., Галым А.Г., Достоева Б.С., Мухамбетова Г.А.

**БАЛАЛАРДАҒЫ ЖҮЙКЕ ЖҮЙЕСІНІҢ АУРУЛАРЫНДА ЖҮЙЕЛІ ОҢАЛТУ КЕЗІНДЕГІ В ТОБЫ
ДӘРУМЕНДЕРІНІҢ ҚОЛДАНЫЛУЫ**

Сарбасова К.С., Усембаева Р.Б., Бердыкенова А.Ж., Достоева Б.С., Галым А.Г., Мухамбетова Г.А.

VITAMINS "B" IN THE COMPLEX REHABILITATION OF DISEASES OF THE NERVOUS SYSTEM IN CHILDREN

Sarbasova K.S., Usenbaeva R.B., Berdykenova A., Galym A.G., Dostaeva B.S., G.A. Mukhambetova

**СТРУКТУРА КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ ЦЕНТРА КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ
В ПЕРМСКОМ КРАЕ** 132

В.Г. Черкасова, А.М. Манташова, П.Н. Чайников

**ПЕРМ ӨЛКЕСІНІҢ КОГНИТИВТІ БҰЗУШЫЛЫҒЫ ОРТАЛЫҒЫНДАҒЫ ЕМДЕЛУШІЛЕРІНДЕ КОГНИТИВТІ
БҰЗУШЫЛЫҒЫНЫҢ ҚҰРЫЛЫМЫ**

В.Г. Черкасова, А.М. Манташова, П.Н. Чайников

**STRUCTURE OF COGNITIVE DISORDERS IN PATIENTS OF THE CENTER OF COGNITIVE IMPAIRMENT IN THE
PERM REGION**

V.G. Cherkasova, A.M. Mantashova, P.N. Chaynikov

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ЛИЦ ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА 134

В.Г. Черкасова, Н.А. Зимушкина, А.М. Манташова

ЕСЕЙГЕН ШАҚТАҒЫ ТҰЛҒАЛАРДА КОГНИТИВТІ БҰЗУШЫЛЫҚТАРДЫҢ ГЕНДЕРЛІК ЕРЕКШЕЛІГІ

В.Г. Черкасова, Н.А. Зимушкина, А.М. Манташова

GENDER FEATURES OF COGNITIVE IMPAIRMENTS IN MIDDLE-AGED PERSONS

V.G. Cherkasova, N.A. Zimushkina, A.M. Mantashova

**ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ЯТРОГЕНИИ КАК ПРИЧИНА КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО
ВОЗРАСТА** 137

В.Г. Черкасова, А.М. Манташова, Н.А. Зимушкина

**ДӘРІ ЯТРОГЕНИЯЛАР ЕГДЕ ЖАС ТҰЛҒАЛАРЫНДА КОГНИТИВТІ БҰЗУШЫЛЫҚТАРЫНЫҢ СЕБЕБІ
РЕТІНДЕ**

В.Г. Черкасова, А.М. Манташова, Н.А. Зимушкина

DRUG IATROGENESIS AS A CAUSE OF COGNITIVE IMPAIRMENTS IN THE ELDERLY

V.G. Cherkasova, A.M. Mantashova, N.A. Zimushkina

**СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ
ЭПИЛЕПСИИ (ОБЗОР ПРОБЛЕМЫ)** 140

А.Х. Эгембердиева

**ЭПИЛЕПСИЯНЫҢ ТҮРЛІ ТҮРЛЕРІМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫҢ ӘЛЕУМЕТТІК БЕЙІМДЕЛУ ЖӘНЕ
ТҰРМЫС САПАСЫ (МӘСЕЛЕНІҢ ШОЛУЫ)**

А.Х. Эгембердиева

**SOCIAL INTEGRATION AND QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH VARIOUS EPILEPSY (REVIEW OF THE
PROBLEM)**

A.H. Aegemberdiyeva

РАЗДЕЛ 4 143

**ТРАДИЦИОННЫЕ И АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОБЛЕМЕ БОЛИ В
МЕДИЦИНЕ XXI ВЕКА**

4 ТАРАУ

**XXI ҒАСЫР МЕДИЦИНАСЫНДАҒЫ АУЫРУ МӘСЕЛЕЛЕРІНЕ ДӘСТҮРЛІ ЖӘНЕ
АЛЬТЕРНАТИВТІ КӨЗҚАРАС**

CHAPTER 4

www.kaznmu.kz

TRADITIONAL AND ALTERNATIVE APPROACHES TO PAIN PROBLEM IN XXI CENTURY MEDICINE

СОВРЕМЕННАЯ КОНЦЕПЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ СИНДРОМАМИ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА 143

Бучакчийская Н.М., Марамуха И.В., Бахарева Л.В., Марамуха В.И., Боненко В.П., Марамуха А.А.

ОМЫРТҚАНЫҢ ОСТЕОХОНДРОЗЫНДА НЕВРОЛОГИЯЛЫҚ СИНДРОМЫ БАР МҮГДЕКТЕРДІ ЖӘНЕ НАУҚАСТАРДЫ ОҢАЛТУ ЖӘНЕ ЕМДЕУДІҢ ҚАЗІРГІ ТҰЖЫРЫМДАМАСЫ

Бучакчийская Н.М., Марамуха И.В., Бахарева Л.В., Марамуха В.И., Боненко В.П., Марамуха А.А.

THE MODERN CONCEPT OF TREATMENT AND REHABILITATION OF PATIENTS AND INVALIDS WITH NEUROLOGIC SYNDROMES OF THE OSTEOCHONDROSIS OF THE BACKBONE

Buchakchijsky N.M., Maramuha I.V., Bahareva L.B., Maramuha V.I., Bonenko V.P., Maramuha A.A.

ОЦЕНКА КОМПЕНСАТОРНО-ПРИСПОСОБИТЕЛЬНЫХ МЕХАНИЗМОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ 144

Гареева Ю.В., Мударисова Д.З., Абдулганиев Э.Б., Новиков Ю.О.

ТИРЕК-ҚОЗҒАҒЫШ ЖҮЙЕСІ АУРУЛАРЫН ЕМДЕУ КЕЗІНДЕ ӨТЕМДЕУІШ-БЕЙІМДЕЛГІШ БАҒАСЫНЫҢ ТЕТІКТЕРІ

Гареева Ю.В., Мударисова Д.З., Абдулганиев Э.Б., Новиков Ю.О.

ESTIMATION OF COMPENSATORY-AND-ADAPTIVE MECHANISMS IN CASE OF TREATMENT OF DISEASES OF LOCOMOTIVE SYSTEM

Gareyeva U.V., Mudarisova D.Z., Abdulganiev E.B., Novikov J.O.

ФОРМАЛИЗОВАННАЯ АМБУЛАТОРНАЯ КАРТА У БОЛЬНЫХ КОКЦИГОДИНИЯМИ 146

Гареева Ю.В., Новиков Ю.О.

КОКЦИГОДИНИЯСЫ БАР НАУҚАСТАРДЫҢ НЫСАНДАНДЫРЫЛҒАН АМБУЛАТОРЛЫ КАРТАСЫ

Гареева Ю.В., Новиков Ю.О.

THE FORMALIZED AMBULATORY CARD IN PATIENTS WITH COCCYGO DYNIA

Gareyev J.U.V., Novikov J.O.

ПРИМЕНЕНИЕ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ С ОСТЕОПАТИЧЕСКИМИ ТЕХНИКАМИ ПРИ МИОФАСЦИАЛЬНЫХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМАХ НА УРОВНЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ 147

Зарипова Э.Н., г. Алматы

КЕУДЕ БӨЛІМІ ДЕҢГЕЙІНДЕ МИОФАСЦИРАЛДЫ ҚАТЕРЛІ СИНДРОМЫ КЕЗІНДЕ ОСТЕОПАТИКАЛЫҚ ТЕХНИКАСЫМЕН МАНОУАЛДЫ ТЕРАПИЯНЫ ҚОЛДАНУ

Зарипова Э.Н.

APPLICATION OF MANUAL THERAPY WITH OSTEOPATHIC TECHNIQUES IN CASE OF MYOFASCIAL PAIN SYNDROMES AT THORAX LEVEL

Zaripova E.N.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ВЕРТЕБРОГЕННЫХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМАХ НА УРОВНЕ ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА 149

Зарипова Э.Н., г. Алматы

ОМЫРТҚАНЫҢ КЕУДЕ БӨЛІМІ ДЕҢГЕЙІНДЕ ВЕРТОБРОГЕНДІ ҚАУІПТІ СИНДРОМЫ КЕЗІНДЕ МАНОУАЛДЫ ТЕРАПИЯНЫҢ ТИІМДІЛІГІ

Зарипова Э.Н.

EFFICIENCY OF MANUAL THERAPY IN CASE OF VERTEBROGENEOUS PAIN SYNDROMES AT LEVEL OF THORACIC SPINE

Zaripova E.N.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ БОЛИ И ПУТИ ЕЕ КУПИРОВАНИЯ 150

Красноярова Н.А.

ПАТОЛОГИЯЛЫҚ АУРУДЫҢ ҚАЛЫПТАСҚАНДЫҒЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ ЖӘНЕ ОНЫҢ ЖОЙЫЛУЫНЫҢ ЖОЛДАРЫ

Красноярова Н.А.

FEATURE OF FORMATION OF THE PATHOLOGICAL PAIN AND WAYS OF ITS KNOCKING OVER

Krasnoyarova N.A.

МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ И ОСТЕОПАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА КАК ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ УСТРАНЕНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА 152

Красноярова Н.А.

МАНУАЛДЫ ТЕРАПИЯ ЖӘНЕ ОСТЕОПАТИКАЛЫҚ МЕДИЦИНА ҚАТЕРЛІ СИНДРОМЫН ЖОЮЫНДА ТИІМДІ ӘДІСІ РЕТІНДЕ

Красноярова Н.А.

MANUAL THERAPY AND OSTEOPATHIC MEDICINE AS EFFECTIVE METHODS OF ELIMINATION OF PAIN SYNDROME

Krasnoyarova N.A.

ОБОСНОВАННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ 154

Красноярова Н.А.

БАС АУРУЫН ЕМДЕУДІҢ ЖҮЙЕЛІ ЖОЛДАРЫ

Красноярова Н.А.

THE PROVED APPROACHES TO TREATMENT OF HEADACHES

Krasnoyarova N.A.

АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПЛЕЧЕЛОПАТОЧНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА 156

Лукин А. Ю.

ИЫҚ-ЖАУЫРЫННЫҢ ҚАТЕРЛІ СИНДРОМЫН ЕМДЕУДЕ АЛЬТЕРНАТИВТІ ЫҚПАЛЫ

Лукин А. Ю.

ALTERNATIVE APPROACHES TO TREATMENT OF HUMEROS-CAPULAR PAIN SYNDROME

Lukin A.J.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДА МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ 158

Марамуха В. И.

МАНУАЛДЫ ТЕРАПИЯ ӘДІСІН ҚОЛДАНА ОТЫРЫП БЕЛ ОСТЕОХОНДРОЗЫНЫҢ НЕВРОЛОГИЯЛЫҚ СИНДРОМЫН ЕМДЕУДІҢ ТӘЖІРИБЕСІ

Марамуха В. И.

EXPERIENCE OF TREATMENT OF NEUROLOGIC SYNDROMES OF THE LUMBAR OSTEOCHONDROSIS WITH USE THE METHOD OF MANUAL THERAPY

Maramuha V.I.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ВЕРТЕБРО-ВИСЦЕРАЛЬНЫХ СИНДРОМАХ С ПОЗИЦИЙ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВЕДУЩЕЙ ЗНАЧИМОСТИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ОЧАГА 159

Мерзенюк О.С., Криворучко В.И., Акопов В.К., Машков И.А.

ПАТОЛОГИЯЛЫҚ ОШАҚТЫҢ МӘНДІ ЖҮРГІЗУДІ ТАҒАЙЫНДАЛҒАН АЙҚЫНДАМАСЫ БАР ВЕРТЕБРОГЕНДІ-ВИСЦЕРАЛДЫ СИНДРОМЫ КЕЗІНДЕ САРАЛАНҒАН МАНУАЛДЫ ТЕРАПИЯ

Мерзенюк О.С., Криворучко В.И., Акопов В.К., Машков И.А.

DIFFERENTIAL MANUAL THERAPY IN CASE OF VERTEBROGENEOUS-AND-VISCERAL SYNDROMES FROM POSITIONS OF DEFINITION OF THE LEADING IMPORTANCE OF THE PATHOLOGICAL CENTRE

Merzenjuk O.S., Krivoruchko V.I., Akopov V.K., Mashkov I.A.

ПРИНЦИПЫ КЛАССИФИЦИРОВАНИЯ СКОЛИОЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПОЗИЦИЙ ДИАЛЕКТИЧЕСКОГО УЧЕНИЯ 161

Мерзенюк О.С., Криворучко В.И., Акопов В.К., Машков И.А.

БАЛАЛАРДА СКОЛИОЗДЫҢ КЛАССИФИКАЦИЯЛЫҚ ҚАҒИДАТТАРЫ ЖӘНЕ ЖАСӨСПІРІМДЕРДІҢ ДИАЛЕКТИКАЛЫҚ ҮЙРЕНУІНІҢ АЙҚЫНДАМАСЫ

Мерзенюк О.С., Криворучко В.И., Акопов В.К., Машков И.А.

PRINCIPLES OF CLASSIFY OF SCOLIOSIS AT CHILDREN AND TEENAGERS FROM POSITIONS OF THE DIALECTIC DOCTRINE

Merzenjuk O.S., Krivoruchko V.I., Akopov V.K., Mashkov I.A.

НЕОБХОДИМОСТЬ ОЦЕНКИ БИОМЕХАНИЧЕСКОГО СТАТУСА И МАНУАЛЬНАЯ КОРРЕКЦИЯ 163

«КЛЮЧЕВЫХ ЗОН» ТЕЛА ЧЕЛОВЕКА

Мерзенюк О.С., Криворучко В.И., Акопов В.К., Машков И.А.

АДАМ ДЕНЕСІНДЕГІ «КІЛТТІ АЙМАҚ» МАНУАЛДЫ ТҮЗЕТУ ЖӘНЕ БИОМЕХАНИКАЛЫҚ МӘРТЕБЕ БАҒАСЫНЫҢ ҚАЖЕТТІЛІГІ

Мерзенюк О.С., Криворучко В.И., Акопов В.К., Машков И.А.

NECESSITY OF THE ESTIMATION OF THE BIOMECHANICAL STATUS AND MANUAL CORRECTION OF «KEY ZONES» BODIES OF THE PERSON

Merzenjuk O.S., Krivoruchko V.I., Akopov V.K., Mashkov I.A.

РАЗЛИЧИЯ ПАТОБИОМЕХАНИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ В ПОЗВОНОЧНО-ДВИГАТЕЛЬНЫХ СЕГМЕНТАХ ПРИ ПРОТРУЗИЯХ И ГРЫЖАХ МЕЖПОЗВОНОЧНЫХ ДИСКОВ 164

Новосельцев С.В., Малиновский Е.Л.

ОМЫРТҚААРАЛЫҚ ДИСКТЕГІ ЖАРЫҚША ЖӘНЕ ПРОТРУЗИЯ КЕЗІНДЕ ОМЫРТҚА-ҚОЗҒАҒЫШ СЕГМЕНТ ДАМУЫНЫҢ ПАТОБИОМЕХАНИКАЛЫҚ ТЕТІКТЕРІ

Новосельцев С.В., Малиновский Е.Л.

DISTINCTIONS OF PATHOBIOMECHANICAL MECHANISMS IN THE VERTEBRAL-MOTOR SEGMENTS IN CASE OF PROTRUSIONS AND HERNIAS OF INTERVERTEBRAL DISKS

Novoseltsev S.V., Malinovsky E.L.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ СОПОСТАВЛЕНИЯ ПРИ СПОНДИЛОГЕННЫХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМАХ У ПАЦИЕНТОВ С ГРЫЖАМИ И ПРОТРУЗИЯМИ ПОЯСНИЧНЫХ ДИСКОВ, ИХ ОСТЕОПАТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ 169

Новосельцев С.В., Малиновский Е.Л.

ЖАРЫҚША ЖӘНЕ БЕЛ ДИСКІСІ ПРОТРУЗИЯСЫ БАР ЕМДЕЛУШІЛЕРДІҢ СПОНДИЛОГЕНДІ ҚАТЕРЛІ СИНДРОМЫ, ОНЫҢ ОСТЕОПАТИКАЛЫҚ ТҮЗЕТУДІҢ КЛИНИКА-ДИАГНОСТИКАЛЫҚ САЛЫСТЫРУЛАР

Новосельцев С.В., Малиновский Е.Л.

CLINICAL-AND-DIAGNOSTIC COMPARISONS IN CASE OF SPONDYLOGENEOUS PAIN SYNDROMES IN PATIENTS WITH HERNIAS AND PROTRUSIONS OF LUMBAR DISKS, THEIR OSTEOPATHIC CORRECTION

Novoseltsev S.V., Malinovsky E.L.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА КЛИНИЧЕСКИ АКТУАЛЬНЫХ СУХОЖИЛЬНО-МЫШЕЧНЫХ МЕРИДИАНОВ 175

Петров К.Б., Санкина Е.А., Замойская О.Н.

СІҢІР-БҰЛШЫҚ ЕТТІК МЕРИДИАНДАРДЫҢ МАҢЫЗДЫ КЛИНИКАЛЫҚ УЛЬТРАДЫБЫСТЫ ДИАГНОСТИКАСЫ

Петров К.Б., Санкина Е.А., Замойская О.Н.

ULTRASONIC DIAGNOSIS OF CLINICALLY ACTUAL MUSCLE-TENDON MERIDIANS

Petrov K.B., Sankina E.A., Zamojskaja O.N.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ 177

Пинегин Л.Е., Пинегина Н.О.

БАС АУРУЫ КҮШЕУІН КЕШЕНДІ ЕМДЕУ

Пинегин Л.Е., Пинегина Н.О.

COMPLEX TREATMENT OF TENSION HEADACHES

Pinegin L.E., Pinegina N.O.

ОСТЕОПАТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ 177

Складан С.А.

ТІЗЕ БУЫНЫ ОСТЕАРТРОЗЫН ЕМДЕУДЕ ОСТЕОПАТИКАЛЫҚ ТҮЗЕТУ

Складан С.А.

OSTEOPATHIC CORRECTION IN TREATMENT OF OSTEOARTHROSE OF KNEE JOINTS

Skladan S.A.

**ВЛИЯНИЕ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОЙ ГИПЕРМОБИЛЬНОСТИ НА
ВЕРТЕБРО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ** 179

Чемерис А.В., Ли В.Э.

ВЕРТЕБРО-НЕВРОЛОГИЯЛЫҚ КӨРСЕТУЛЕРІНЕ КОНСТИТУЦИОНАЛДЫ ГИПЕР ЖИНАҚЫЛЫҚ

Чемерис А.В., Ли В.Э.

INFLUENCE OF CONSTITUTIONAL HYPERMOBILITY ON VERTEBRO-NEUROLOGIC DISPLAYS

Chemeris A.V., Li V.E.

ТЕЗИСЫ 182

ТҮЙІНДЕМЕЛЕР

ABSTRACTS

НЕЙРОКИБЕРНЕТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ИЗУЧЕНИЮ АДАПТИВНЫХ РЕАКЦИЙ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ 182

Жанов М.О.

**ӘСКЕРИ БОРЫШТЫЛАРДЫҢ БЕЙІМДІГІ РЕАКЦИЯЛАРЫН ЗЕРТТЕУДЕ НЕЙРОКИБЕРНЕТИКАЛЫҚ
ЫҚПАЛЫ** *Жанов М. О*

NEUROCYBERNETIC APPROACH TO STUDYING ADAPTIVE REACTIONS IN MILITARY

Zhanov M.O.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ПРЕГАБАЛИН (ЛИРИКА) У ПАЦИЕНТОВ С
ПОСТГЕРПЕТИЧЕСКИМ ГАНГЛИОНЕВРИТОМ** 185

Кайшибаев Н.С., Кайшибаева Г.С., Хасенова Г.П., Жумагулова К.Г., Жиенбаева Б.С., Кудайбергенова А.С.

**ГЕРПЕТИК ГАНГЛИОНЕВРИТТЕН КЕЙІНГІ ЕМДЕЛУШІЛЕРДІҢ ПРЕГАБАЛИН (ЛИРИКА) ПРЕПАРАТЫН
ҚОЛДАНУЫНЫҢ ТИІМДІЛІГІ**

Кайшибаев Н.С., Кайшибаева Г.С., Хасенова Г.П., Жумагулова К.Г., Жиенбаева Б.С., Кудайбергенова А.С.

**EFFECTIVENESS OF THE DRUG PREGABALIN (LYRICA) IN PATIENTS WITH POSTHERPETIC
GANGLIONEVritis**

Kayshibayev N.S., Kayshibayeva G.S., Khasenova G.P., Zhumagulova K.G., Zhiyenbayeva B.S., Kudaibergenova A.S.

АДАПТАЦИОННЫЕ РЕАКЦИИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ И ИХ ПОСЛЕДСТВИЯ 186

Сартаев Ж.Н., Жанов М.О.

ӘСКЕРИ БОРЫШТЫЛАРДЫҢ БЕЙІМДІГІ РЕАКЦИЯЛАРЫ ЖӘНЕ ОЛАРДЫҢ ЗАРДАПТАРЫ

Сартаев Ж.Н., Жанов М.О.

ADAPTIVE REACTIONS IN MILITARY AND ITS' IMPLICATIONS

Sartayev Zh.N., Zhanov M.O.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ АДАПТИВНЫХ РЕАКЦИЙ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ 187

Сартаев Ж.Н., Жанов М.О.

ӘСКЕРИ БОРЫШТЫЛАРДЫҢ БЕЙІМДІГІ РЕАКЦИЯЛАРЫН ЗЕРТТЕУДІҢ КЛИНИКАЛЫҚ ҚЫРЛАРЫ

Сартаев Ж.Н., Жанов М.О.

CLINICAL ASPECTS OF THE STUDY OF ADAPTIVE REACTIONS IN MILITARY

Sartayev Zh.N., Zhanov M.O.

**ДИНАМИКА КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ
ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА** 188

Хасенова Г.П.

**ДИСКУЛЯТОРЛЫ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯСЫНЫҢ АТЕРОСКЛЕРОТИКАЛЫҚ ГЕНЕЗІ БАР ЕМДЕЛУШІЛЕРДЕ
КОГНИТИВТІ БҰЗЫЛУЫНЫҢ ДИНАМИКАСЫ**

Хасенова Г.П.

DYNAMICS OF COGNITIVE IMPAIRMENT IN PATIENTS WITH DISCIRCULATORY ATHEROSCLEROTIC

www.kaznmu.kz

ENCEPHALOPATHY

Khasanova G.P.

**ДОКЛАДЫ КОНФЕРЕНЦИИ
КОНФЕРЕНЦИЯНЫҢ БАЯНДАМАЛАР
REPORTS OF THE CONFERENCE**

191

**ПОСТЕРНЫЕ ДОКЛАДЫ
ПОСТЕР БАЯНДАМАЛАР
POSTERS**

194