



ISSN 1818-0698

BULLETIN

of the International Scientific Surgical Association

Vol. 4 • N. 2-3 • 2009

International Scientific Surgical Association

**The Sixth International Scientific
Distant Congress on Spinal Disorders**

InterSpine-2009

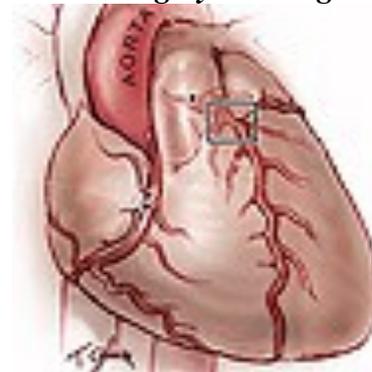


Шестой международный
конгресс по хирургии позвоночника
и спинного мозга

International Scientific Surgical Association

**The Seventh International Scientific Teleconference:
Cardiovascular Surgery and Angiology - 2009**

CVS&A-2009



Седьмая международная дистанционная научно-
практическая конференция
"СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ И
АНГИОЛОГИЯ - 2009"

Saint-Petersburg
2009

Home Association Conferences Articles For Sponsors

International Scientific Surgical Association

It is time to start living ...

Home
Our Association
Our Conferences
Our Articles
For Sponsors

Dear Colleagues!

Materials of two international scientific teleconferences are presented in this issue of our Journal: The Sixth International Scientific Distant Congress on Spine and Spinal Cord Surgery “**InterSpine – 2009**” and The Seventh International Scientific Teleconference: **Cardiovascular Surgery and Angiology - 2009**.

We shall be glad to see you among readers of our Journal again.

With the best regards
Dr. Dmitriy N. Afonin, MD, DMSC (Rus)
Editor-in-Chief of the **Bulletin of the International Scientific Surgery**

www.surgeryserver.com

Contact Info Home Our Association Our Conferences Our Articles For Sponsors

BULLETIN

of the International Scientific Surgical Association



Editor-in-Chief: Dr. Dmitriy Afonin MD, DMSC, Saint-Petersburg, Russia

Secondary Editor: Prof. V.Knyazhev MD, DMSC, Varna, Bulgaria

Editorial Board:

Prof. L.Bajenov MD, DMSC, Tashkent, Uzbekistan

Prof. A.Gladkov, MD, DMSC, Novosibirsk, Russia

Dr. D.Kalinovsky, MD, PhD, Donetsk, Ukraine

Prof. L.Lebedev MD, DMSC, Saint-Petersburg, Russia

Prof. D.Novitzky, MD, Tampa, USA

Prof. A.Orel, MD, DMSC, Moscow, Russia

Prof. G.Penina, MD, DMSC, Syktyvkar, Russia

Prof. A.Schäfler, MD, Ulm, Germany

Dr. E.Ubeyli, MD, PhD, Ankara, Turkey

Dr. A.Zenelaj, MD, Tirana, Albania

Prof. P.Afonin, Grand PhD, Saint-Petersburg, Russia

Journal overview : The Bulletin of the International Scientific Surgical Association aims at quick publication of original research in all branches of surgery.

Copying and reprinting: Material in this journal may be reproduced by any means for educational and scientific purposes without fee or permission with the exception of reproduction by services that collect fees for delivery of documents and provided that the customary acknowledgment of the source is given. This consent does not extend to other kinds of copying for general distribution, for advertising or promotional purposes, or for resale. Requests for permission for commercial use of material should be addressed to the Editor-in-Chief

Subscriptions: Subscriptions and orders can be addressed to the International Scientific Surgical Association.

Manuscripts: The manuscript should not exceed 6 pages.

Typewritten, double spaced papers must be typed on one side of standard letter size paper in English. The cover page must include the title of the manuscript, full name, title and academic degree of each author, telephone, fax, e-mail, and complete mailing address. The corresponding author must be identified to whom all the correspondences should be addressed. A maximum of 10 of the most appropriate key words must appear on the cover page.

The manuscript should follow the usual sequence of sections (Abstract; Introduction; Materials and Methods; Results and Discussion; Acknowledgements (if any); References; Appendix (if any); tables; caption for figures; figures).

References must be numbered, typed completely and referred in the text in squared brackets.

All illustrations (diagrams, graphs, etc.) should be in black and white with gradation of gray color of a high quality. Photographs, radiograms should be in raster format (preferable - TIFF, JPG, PSD). The other illustrations should be in vector format. The editorial staff may correct illustration to improve their view.

Photographs and illustrations should have appropriate legends and must be typed on separate pages. They should be pertinent, brief, but complete. Photomicrographs should have scales and magnifications should be identified in the legends. Neither the manuscript nor the photographs will be returned to the authors.

For more information, please contact the Editor-in-Chief.

All correspondence should be addressed to the Dr. Dmitriy Afonin, P.O. Box 85, Saint-Petersburg, 195067, Russia.

Tel.: +7(911)253-8758, **ICQ:** 278679709, **E-Mail:** surgeryserver@gmail.com

ОГЛАВЛЕНИЕ Table of Contents

The Sixth International Scientific Distant Congress on Spine and Spinal Cord Surgery **InterSpine - 2009**

<p><i>О.В.Косарева</i> ПУНКЦИОННАЯ ЛАЗЕРНАЯ ДЕКОМПРЕССИЯ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ КАК МЕТОД ЛЕЧЕ- НИЯ ВЕРТЕБРОГЕННЫХ РАДИКУЛОПАТИЙ <i>Владивосток, Россия</i></p>	5	<p><i>O.V.Kosareva</i> PUNCTURE LASER DECOMPRESSION OF THE IN- TERVERTEBRAL DISKS AS A METHOD OF TREAT- MENT VERTEBROGEN RADICULOPATHY <i>Vladivostok, Russia</i></p>
<p><i>Хайбуллина З.Р.</i> ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПО- СЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ПОЗВОНОЧНО- СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМЫ <i>Стерлитамак, Башкортостан</i></p>	6	<p><i>Z.R.Khaibullina</i> PHYSICAL REHABILITATION OF PATIENTS RE- COVERING FROM SPINAL-SPINAL TRAUMA <i>Sterlitamak, Bashkortostan</i></p>
<p><i>Д.Н.Афонин</i> ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУ- СА БОЛЬНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВА- НИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА <i>Санкт-Петербург, Россия</i></p>	8	<p><i>D.N.Afonin</i> INVESTIGATION OF THE PSYCHOLOGICAL STATUS OF PATIENTS WITH INFLAMMATORY DISEASES OF THE SPINE <i>Saint-Petersburg, Russia</i></p>
<p><i>О.Г.Омочев</i> КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИСКОВЕННЫХ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ДЕГЕНЕРА- ТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО- ЗВОНОЧНИКА <i>Махачкала, Республика Дагестан, Россия</i></p>	10	<p><i>O.G.Omochev</i> CONSERVATIVE TREATMENT OF DISCOGENIC NEUROLOGICAL MANIFESTATIONS OF DEGEN- ERATIVE-DYSTROPHIC DISEASES OF THE SPINE <i>Makhachkala, Republic Dagestan, Russia</i></p>
<p><i>Ф.А.Юсупов, А.Т.Мамасаидов, С.А.Грошев, Н.А.Реджапова, Н.С.Абдыкалыкова</i> ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЦЕРЕБРОЛИЗИНЗАВИСИМОЙ АК- ТИВАЦИИ В-КЛЕТОК КАК МЕТОД ЛАБОРАТОР- НОЙ ДИАГНОСТИКИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВ- ЛЕНИЙ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА <i>Ош, Кыргызская Республика</i></p>	11	<p><i>F.A.Yusupov, A.T.Mamasaidov, S.A.Groshev, N.A.Redjapova, N.S.Abdycalycova</i> DEFINITION OF THE CEREBROLYSIN- DEPENDENT ACTIVATION OF THE B-CELLS AS THE METHOD OF LABORATORY DIAGNOSTIC OF THE NEUROLOGICAL SIGNS OF RHEUMATOID ARTHRITIS <i>Osh-city, The Kyrgyz Republic</i></p>
<p><i>Л.А.Бондаренко, Г.О.Пенина</i> КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИ- СТИКА ПРОГРЕССИРУЮЩИХ МЫШЕЧНЫХ ДИС- ТРОФИЙ В РЕСПУБЛИКЕ КОМИ <i>Сыктывкар, Россия</i></p>	13	<p><i>L.A.Bondarenko, G.O.Penina</i> THE CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHAR- ACTERISTIC OF MUSCULAR DYSTROPHY IN RE- PUBLIC KOMI <i>Syktvykar, Russia</i></p>
<p><i>A.Duni, V.Ruci</i> НАДЕЖНОСТЬ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕН- НОГО СУСТАВА <i>Tirana, Albania</i></p>	15	<p><i>A.Duni, V.Ruci</i> RELIABILITY OF CLINICAL TESTS IN DEVELOPMEN- TAL DYSPLASIA OF THE HIP <i>Tirana, Albania</i></p>

The Seventh International Scientific Teleconference: **Cardiovascular Surgery and Angiology - 2009**

<p><i>О.В. Володина</i> ОБОСНОВАНИЕ НЕОБХОДИМОСТИ РАЗРАБОТКИ И ВНЕДРЕНИЯ КОМПЛЕКСНЫХ НЕМЕДИКАМЕН- ТОЗНЫХ МЕТОДОВ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕ- СКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, СТРАДАЮЩИХ РАССТРОЙ- СТВАМИ АДАПТАЦИИ <i>Воронеж, Россия</i></p>	17	<p><i>O.V.Volodina</i> JUSTIFICATION FOR THE DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION OF THE COMPLEX NON- MEDICAMENT METHODS IN MEN WITH HYPER- TENSION AND ADJUSTMENT DISORDERS <i>Voronezh, Russia</i></p>
<p><i>В.Н.Бутиков, Г.О.Пенина</i> ПОВТОРНЫЕ ОСТРЫЕ НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У СЕВЕРЯН И ФАКТОРЫ РИСК- КА <i>Сыктывкар, Россия</i></p>	19	<p><i>V.N.Butikov, G.O.Penina</i> REPEATED CEREBRAL STROKE AT INHABITANTS OF THE NORTH TERRITORIES AND RISK FAC- TORS <i>Syktvykar, Russia</i></p>

<i>М.А.Курданов</i> К ВОПРОСУ О НЕКОТОРЫХ ПОЗДНИХ СОСУДИ- СТЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ САХАРНОГО ДИАБЕТА <i>Нальчик, Россия</i>	21	ON SOME LATE VASCULAR COMPLICATIONS OF DIABETES <i>Nalchik, Russia</i>	<i>M.A.Kourdanov</i>
<i>С.В.Немирова</i> ЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНЫХ АРТЕРИЙ: ХИРУРГИЧЕ- СКОЕ ЛЕЧЕНИЕ <i>Н.Новгород, Россия</i>	22	PULMONARY TROMBOEMBOLISM: SURGICAL TREATMENT <i>Nizhniy Novgorod, Russia</i>	<i>S.V.Nemirova</i>
<i>С.В.Немирова</i> ОПТИМИЗАЦИЯ ПОСТОЯННОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИО- СТИМУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С КОРРИГИРОВАН- НЫМИ ПРИОБРЕТЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА <i>Н.Новгород, Россия</i>	24	OPTIMIZATION OF PERMANENT HEART PACING IN PATIENTS WITH HEART VALVULAR DISEASE <i>Nizhniy Novgorod, Russia</i>	<i>S.V.Nemirova</i>
<i>Г.М.Пономарева, В.Н.Бутиков, Г.О.Пенина</i> ДИНАМИКА КОГНИТИВНЫХ И АФФЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕНДЕРНОГО ФАКТОРА <i>Сыктывкар, Россия</i>	25	DYNAMICS OF COGNITIVE AND AFFECTIVE DIS- ORDERS AT THE PATIENTS IN THE ACUTE PE- RIOD OF THE CEREBRAL STROKE IN DEPEND- ENCE ON THE SEX <i>Syktvykar, Russia</i>	<i>G.M.Ponomareva, V.N.Butikov, G.O.Penina</i>
<i>С.И.Токпанов, С.В.Черета</i> РЕГИОНАРНАЯ ХОЛОДОВАЯ ПЕРФУЗИЯ В ПРО- ФИЛАКТИКЕ РЕПЕРФУЗИОННОГО СИНДРОМА <i>Астана-Петропавловск, Республика Казахстан</i>	28	THE REGIONAL COLD PERFUSION IN PREVEN- TIVE MAINTENANCE OF THE REPERFUSION SYN- DROME <i>Astana-Petropavlovsk, Republic of Kazakhstan</i>	<i>S.I.Tocpanov, S.V.Chereda</i>
<i>Е.Д.Яковчук, Г.О.Пенина</i> КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И КОГНИТИВНЫЙ ДЕФИЦИТ У ЖИТЕЛЕЙ СЕВЕРНЫХ ТЕРРИТОРИЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА <i>Сыктывкар, Россия</i>	30	THE SEX- AND AGE-SPECIFIC CLINICAL FEAT- URES AND THE COGNITIVE DEFICIT IN THE INHABITANTS OF THE FAR NORTH WITH THE CHRONIC CEREBRAL ISCHEMIA <i>Syktvykar, Russia</i>	<i>E.D.Yakovchuk, G.O.Penina</i>
<i>A.Zenelaj, V.Zenelaj, A.Strakosha, A.Idrizi</i> НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ, СВЯЗАННЫЕ С АРТЕ- РИОВЕНОЗНЫМИ ФИСТУЛАМИ ПРИ ГЕМОДИА- ЛИЗЕ <i>Tirana, Albania</i>	33	SOME PROBLEMS RELATED TO THE ARTERIAL- VENOUS FISTULAE IN HEMODIALIZED PATIENTS <i>Tirana, Albania</i>	<i>A.Zenelaj, V.Zenelaj, A.Strakosha, A.Idrizi</i>
<i>В.Княжев, Н.Манолов, П.Костов, Т.Драгнева, Н.Белчев,</i> <i>К.Тютюнджиев, Н.Дончев</i> АРТЕРИАЛЬНЫЕ РЕКОНСТРУКЦИИ В АОРТО- ПОДВЗДОШНОМ СЕГМЕНТЕ. ИМЕЕТ ЛИ ЗНАЧЕ- НИЕ ВЫБОР СОСУДИСТОГО ПРОТЕЗА? <i>Варна, Болгария</i>	35	ARTERIAL RECONSTRUCTION IN THE AORTO- ILIAC SEGMENT. IS THE CHOICE OF VASCULAR PROSTHESES SIGNIFICANT? <i>Varna, Bulgaria</i>	<i>V.Knyazhev, N.Manolov, P.Kostov, T.Dragneva,</i> <i>N.Belchev, K.Tyutyundzhiev, N.Donchev</i>
<i>В.Н.Бутиков, Е.Д.Яковчук, Г.О.Пенина, О.Г.Шучалин</i> ХРОНИЧЕСКАЯ ИШЕМИЯ МОЗГА И КОГНИТИВ- НЫЕ НАРУШЕНИЯ У ЖИТЕЛЕЙ СЕВЕРНЫХ ТЕР- РИТОРИЙ <i>Сыктывкар, Россия</i>	38	CHRONIC ISCHEMIA OF BRAIN AND COGNITIV- NYE DISORDERS AT INHABITANTS OF THE NORTH TERRITORIES <i>Syktvykar, Russia</i>	<i>V.N.Butikov, E.D.Yakovchuk, G.O.Penina, O.G.Shuchalin</i>

The Sixth International Scientific Distant Congress on Spine and Spinal Cord Surgery **InterSpine - 2009**

© Kosareva O.V., 2009.

О.В.Косарева

ПУНКЦИОННАЯ ЛАЗЕРНАЯ ДЕКОМПРЕССИЯ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ВЕРТЕБРОГЕННЫХ РАДИКУЛОПАТИЙ

Приморский краевой диагностический центр, Владивосток, Россия

Реферат:

180 больным с вертеброгенной радикулпатией проведена пункционная лазерная операция на дегенеративных межпозвонковых дисках поясничного отдела позвоночника с помощью полупроводникового лазера с длиной волны 970 нм. После операции полное купирование болевого синдрома и регресс неврологических расстройств получены в 67, 8% случаях. На протяжении 6 – 12 месяцев восстановление неврологической симптоматики отмечено у всех пациентов

Ключевые слова:

Радикулопатии, лечение, лазерная декомпрессия

Цель: оценить возможности и результаты лечения пациентов с двигательными и чувствительными нарушениями в нижних конечностях при дегенеративных поражениях позвоночника на поясничном уровне.

Материалы и методы. Каналы в межпозвонковом диске формировали с помощью отечественного полупроводникового лазерного устройства, генерирующего излучение с длиной волны 970 нм, Алод-1-«Алком» (Санкт-Петербург). Выбор данной длины волны обоснован в предыдущих экспериментальных работах. Доказано, что в этом спектральном интервале имеется локальный максимум поглощения воды, что приводит к значительно большему (в 4 раза) поглощению данного излучения в тканях диска, чем излучение широко используемого в лазерной пункционной и эндоскопической нуклеотомии Nd:YAG лазера. С другой стороны, это излучение поглощается водой в 10 раз слабее, чем излучение эрбиевого и в 100 раз слабее Ho:YAG лазера. Такая особенность излучения с длиной волны 970 нм позволяет с одной стороны понизить мощность воздействия до 3 Вт, с другой стороны - избежать тотального разрушения ткани межпозвонкового диска.

Лазерной минимально - инвазивной поликанальной декомпрессии межпозвонковых дисков были подвергнуты 180 пациентов с хроническим дискогенным болевым синдромом на поясничном уровне, сопровождавшемся двигательными и чувствительными нарушениями в стопах, резистентными к консервативной терапии в течение трех и более месяцев. В пред- и послеоперационном периоде выполнялись рентгенологические, КТ и МРТ исследования, дополнявшиеся по необходимости контрастной миелографией. Для оценки болевого радикулярного синдрома использовалась визуально-аналоговая шкала ВАШ и процентная шкала для оценки уровня

регресса боли, неврологические проявления оценивались по шкале Н.Л. Frankel. По клиническим проявлениям пациенты были разделены на две группы. Первая группа 115 больных (63,9%) - с проявлениями радикулопатии, сопровождавшимися двигательными нарушениями в виде ослабления тыльной флексии стопы и пальцев. Вторая группа 65 больных (36,1%) – имели снижение силы в сгибателях и разгибателях стопы и пальцев. Результаты исследований подвергли статистической обработке на персональном компьютере с использованием программы SPSS 12.0.

Результаты и обсуждения. У 86 пациентов (74,8%), имевших до операции снижение силы при тыльной флексии стопы и пальцев, достигнуто полное купирование болевых и неврологических проявлений в первые сутки. У 36 пациентов (55,4%) второй группы купирование болевого синдрома и полное восстановление неврологической симптоматики происходило в течение 7-10 дней после операции, в зависимости от величины грыжевого выпячивания по данным КТ и МРТ и длительности существования болевого синдрома и двигательных нарушений. Наблюдение за больными на протяжении 6 – 12 месяцев, выявило следующие результаты лечения: хорошие результаты с полным купированием болевого синдрома (0-1 балл по VAS) и регрессом неврологических расстройств (тип E по Frankel), были получены в 138 случаях (76,6%), в том числе у всех больных первой группы. Удовлетворительные (неполное купирование или частичное рецидивирование болевого синдрома – 2-4 балла по VAS) и полное восстановление двигательных нарушений (тип E по Frankel) – в 42 случаях, что составило 64,6% от числа прооперированных пациентов только второй группы. Неудовлетворительных результатов не наблюдалось.

Таким образом, лазерная минимально - инвазивная операция на межпозвонковых дисках в лечении дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника, сопровождающихся грыжеобразованием – эффективный и безопасный метод, позволяющий быстро купировать

Contact Information:

Dr. O.V.Kosareva

E-mail: Kosareva.ov@mail.ru

болевого синдром и устранить неврологические расстройства при минимальной травматизации тканей.

O.V.Kosareva

PUNCTURE LASER DECOMPRESSION OF THE INTERVERTEBRAL DISKS AS A METHOD OF TREATMENT VERTEBROGEN RADICULOPATHY

Seaside Regional Diagnostic Center, Vladivostok, Russia

ABSTRACT:

Puncture laser surgery degeneratinyh intervertebral discs of the lumbar spine were performed 180 patients with vertebroгенic radikulpatiey. Relief of pain and regression of neurological disorders were obtained in 67,8% cases. Restoration of neurological symptoms was noted in all patients .

Keywords: Radiculopathy, treatment, laser decompression

© Khaibullina Z.R., 2009.

Хайбуллина З.Р.

ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Клиническая больница №1, г.Стерлитамак, Башкортостан

Реферат:

Предложен комплексный подход к реабилитации больных с осложненной травмой грудного отдела позвоночника. Для восстановления утраченных функций опоры и передвижения, после травмы грудного отдела спинного мозга, в методическом плане было выделено три основных этапа двигательной реабилитации, последовательно решающих задачи восстановления методами и средствами, адекватными состоянию двигательной сферы больного. Нами в организационном плане была предложена модель этапно-курсовой реабилитации, предусматривающая решение задач каждого этапа физической реабилитации с помощью курсов стационарного лечения и периодов самостоятельных тренировок в домашних условиях. Предложенная методика физической реабилитации инвалидов в позднем периоде травматической болезни грудного отдела спинного мозга позволяет оптимально использовать средства физической культуры для возможного восстановления утраченных функций опоры и передвижения, способствует приобретению стойких навыков самостоятельных занятий больному в последующие периоды его жизни.

Ключевые слова:

реабилитация, позвоночно-спинномозговая травма

Бесспорна актуальность проблемы лечения пациентов с позвоночно-спинномозговой травмой, которая по своей медицинской и социальной значимости занимает одно из ведущих мест в современной нейрохирургии и восстановительной медицине. Это обусловлено высокой частотой встречаемости, многообразием клинических форм, тяжестью двигательных, чувствительных, трофических и выделительных нарушений, а также особой трудностью лечения данного заболевания.

Цель исследования

Разработка методических подходов и организационных форм проведения реабилитации пациентов вследствие травм позвоночника в позднем периоде травматической болезни спинного мозга.

Задачи исследования

1. Определить структуру и характер позвоночно-спинномозговой травмы у пациентов, находившихся на лечении в нейрохирургическом отделении г. Стерлитамака в 1998-2008гг.
2. Провести комплексный неврологический и реабилитологический осмотр исследуемых групп пациентов.
3. Оценить результаты оперативного лечения.
4. Разработать организационные аспекты реабилитационной помощи.

Contact Information:

Dr. Khaibullina Z.R.

E-mail: med2448@rambler.ru

5. Разработать методику двигательной реабилитации в позднем периоде травматической болезни спинного мозга для вертикализации пациентов и выработки ходьбы.

Материалы и методы исследования

На основании годовых отчетов нейрохирургического отделения КБ № 1 нами установлено, что за последние 10 лет количество больных с осложненной ПСМТ в г.Стерлитамаке возросло в 2,3 раза (с 16 в 1998г до 37 – в 2008г). Проведён анализ обследования, хирургического и восстановительного лечения 78 пострадавших с повреждением позвоночника и спинного мозга различной локализации. В основную группу включено 42 пациента (53,8%), которым проводился комплекс реабилитационных мероприятий по разработанной нами методике, которые регулярно прибывали в стационар в установленные сроки, были достаточно активны и добросовестны в выполнении заданий. В контрольную группу отнесены 36 пациентов (46,2%), которым реабилитационные мероприятия были проведены по ранее применяемым принципам, прибывали на очередной курс с запозданием, были пассивны в выполнении заданий. Средний возраст больных 31,2±13,5 года (от 15 до 61). В контрольной группе – мужчин 25 (69,4%), женщин – 11 (30,6%). Средний возраст в контрольной группе составил 32,8±12,6 года (от 15 до 65 лет). Достоверных различий по возрасту ($t = -0,57$, $p = 0,57$) и полу ($t = 1,19$, $p = 0,24$) нет. Наибольшее количество больных трудоспособного возраста (20 - 50 лет) - 59 человек, что составило 75,6%.

Пациентам проведен комплексный неврологический и реабилитологический осмотр.

Для восстановления утраченных функций опоры и передвижения после травмы спинного мозга в методическом плане было предложено выделить три основных этапа двигательной реабилитации, которые последовательно решают задачи восстановления методами и средствами, адекватными состоянию двигательной сферы больного. В основе двигательной реабилитации лежат механизмы компенсации и приспособления, которые предполагают непрерывность и длительность воздействия средств физической культуры. В организационном плане была предложена методика поэтапной реабилитации, предусматривающая решение задач каждого этапа реабилитации с помощью курсов стационарного лечения и периодов самостоятельных тренировок в домашних условиях. Стационарный курс лечения ограничивался 30 днями консервативной терапии, физиопроцедур, активных занятий и обучения. Продолжительность домашнего периода составляла 3 месяца, после чего больной вновь поступал в стационар для продолжения реабилитации. Такая форма построения реабилитационного процесса позволяла соблюдать преемственность методик, продолжительность и непрерывность воздействия и требовала от больного активного участия в обучении и тренировках. Каждый этап реабилитации характеризовался общностью методических подходов и видов используемых средств и мог включать несколько курсов стационарных и самостоятельных тренировок. Основные задачи первого этапа заключались в подготовке функциональных организма к тренировочным нагрузкам, восстановлении силы сохранившихся активных движений мышц нижних конечностей и туловища, формировании навыков поддержания равновесия в положении сидя, обучении элементам самообслуживания, пользования коляской. С этой целью применяли комплексы дыхательных и общеукрепляющих упражнений, утреннюю гигиеническую гимнастику. Индивидуально проводили мероприятия по направленному восстановлению силы сохранившихся активных сокращения мышц с использованием специальных упражнений, выполняемых активно или с помощью методиста, упражнения на расслабление и растяжение мышц с высоким тонусом, процедуры массажа. Для восстановления вестибулярной функции и ортостатики в положении сидя использовали дополнительные средства поддержания опоры, корсеты. Второй этап двигательной реабилитации определялся задачами восстановления функции поддержания равновесия в положении стоя. Важным условием решения этих проблем являлось восстановление функции разгибателей бедра и голени, замыкание тазобедренного и коленного суставов, освоение ортезов с замковым приспособлением и различных видов допол-

нительных опор. Третий этап восстановительного лечения заключался в освоении передвижения в ортезах и освоении ходьбы без аппаратов, коррекции ходьбы, качественное и количественное повышение ее показателей. Большинству больных со стойкими выраженными нарушениями движений и опоры освоение передвижения было доступно лишь в индивидуально изготовленных ортезах.

Под воздействием опорной нагрузки на ногу сохранившие достаточный тонус разгибатели бедра и голени сокращаются и фиксируют коленный сустав в состоянии разгибания, образуя достаточно устойчивую опору. Выработка этого рефлекса требует от больного настойчивости, терпения и занимает длительное время (1-2 года), но в итоге позволяет в дальнейшем осуществлять ходьбу без аппаратов, сгибая ногу в коленном суставе в фазу переноса. Коррекция ходьбы у пациентов с нижними умеренными парализациями заключалась в устранении дефицита мышечной функции разгибателей бедра и голени путем электростимуляции. Большинство больных достаточно настойчиво продолжали занятия, улучшали скорость ходьбы и величину проходимой без отдыха дистанции. На этом средства лечебной физкультуры себя практически исчерпывали и коррекция ходьбы могла быть продолжена другими методами. В результате проведенной работы было установлено, что из состава основной группы 23 (54,8%) пациента перешли на 3-й этап - освоение ходьбы и в той или иной степени ею овладели. Из контрольной группы на 3-й этап перешли 9 (25%) пациентов.

ВЫВОДЫ

1. Актуальность проблемы позвоночно-спинномозговой травмы обусловлена ежегодным ростом количества пострадавших.
2. Реабилитационные мероприятия должны проводиться последовательно, каждый новый этап должен быть подготовлен предыдущим.
3. Результаты лечения осложненных повреждений позвоночника напрямую зависят от своевременности проведенного оперативного вмешательства и комплексности реабилитационных мероприятий.
4. Предложенная методика этапной реабилитации пациентов в позднем периоде травматической болезни спинного мозга позволяет оптимально использовать средства физической культуры для возможного восстановления утраченных функций опоры и передвижения, способствует приобретению стойких навыков самостоятельных занятий больного в последующие периоды его жизни.
5. Правильно проведенная реабилитация больного с повреждением спинного мозга позволяет не только вернуть его к активной жизни, но и значительно улучшить ее качество.

Z.R.Khaibullina

PHYSICAL REHABILITATION OF PATIENTS RECOVERING FROM SPINAL-SPINAL TRAUMA

Clinical Hospital №1, Sterlitamak, Bashkortostan

ABSTRACT:

A comprehensive approach to the rehabilitation of patients with complicated trauma of the thoracic spine. To restore the lost functions of support and movement after injury of the thoracic spinal cord in a methodical plan was allocated to three main stages of motor rehabilitation, consistently critical task of restoring the methods and means are adequate, as the motor areas of the patient. We in the organizational plan proposed a model watershed-course of rehabilitation, providing the tasks of each stage of physical rehabilitation through inpatient treatment and periods of self-training at home. The proposed method of physical rehabilitation in the late period of traumatic disease of the thoracic spinal cord allows optimal use of the means of physical culture for possible recovery of lost functions of support and movement, promotes the acquisition of skills of persistent self-study patients in subsequent periods of his life .

Keywords: *rehabilitation, spinal-spinal trauma*

© Afonin D.N., 2009.

Д.Н.Афонин**ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА***ФГУ СПбНИИ фтизиопульмонологии, Санкт-Петербург, Россия***Реферат:***В статье рассматривается влияние степени и уровня компрессии спинного мозга на психологический статус больных туберкулезом и остеомиелитом позвоночника***Ключевые слова:***Позвоночник, воспалительные заболевания, психологический статус*

Целью настоящего исследования являлось изучение психологического статуса больных воспалительными заболеваниями позвоночника, его зависимость от этиологии процесса, неврологического статуса и других параметров, а так же определение субъективности оценки пациентами своего общего состояния (в том числе и нарушения качества жизни).

Исследование проводилось на 164 больных воспалительными заболеваниями позвоночника (туберкулез и остеомиелит). Возраст больных от 25 до 65 лет (в среднем 45.2 ± 9.6 года). Мужчин было 110 (67.1%), женщин – 54 (32.9%).

В результате проведенного корреляционного анализа не было выявлено достоверной корреляционной связи экстраверсии, нейротизма и тревожности пациентов с такими показателями, как возраст, уровень и протяженность поражения позвоночника. Слабое влияние на нейротизм оказывает пол больного – коэффициент корреляции -0.344 (у женщин, как правило, более выраженный нейротизм).

Искренность ответов больных в значительной степени определялась возрастом и степенью неврологических расстройств – коэффициенты корреляции 0.576 и 0.436, соответственно (чем старше пациент и чем тяжелее у него неврологические расстройства, тем более искренними были его ответы).

Неврологический статус оказывал влияние на тревожность больных (коэффициент корреляции 0.453) и практически не влиял на экстраверсию и нейротизм (коэффициенты корреляции 0.078 и 0.052, соответственно).

Статистически значимой взаимосвязи экстраверсии и нарушения качества жизни больных (Индекс Oswestry) выявлено не было (коэффициент корреляции 0.178). С другой стороны обращала на себя внимание слабая корреляционная связь более лабильного психологического показателя – нейротизма и степени неврологических расстройств (коэффициент корреляции 0.311). Более выраженная корреляционная связь отмечалась между неврологическим статусом и тревожностью больных (коэффициент корреляции 0.459).

На диаграмме (рис. 1) представлена выраженность корреляционных связей между показателями, входящими в Индекс Oswestry с одной стороны, и нейротизмом и тревожностью пациентов – с другой. Анализируя представленные данные нетрудно заметить, что тревожность больных в большей степени зависит от исследуемых показателей, характеризующих нарушение качества

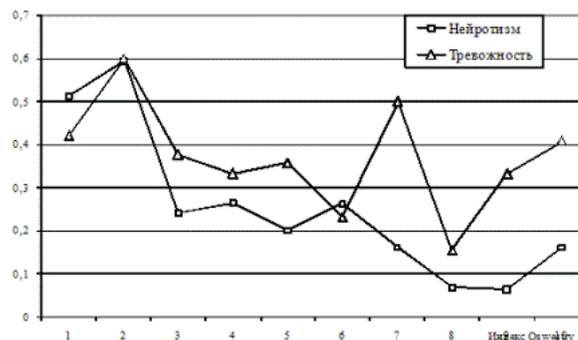


Рис. 1.

Корреляционная связь тревожности и нейротизма с показателями, входящими в индекс Oswestry.

жизни, чем нейротизм. Максимальное влияние на оба показателя оказывают выраженность болевого синдрома и возможность себя обслуживать. Так же отмечается выраженная корреляционная связь (0.499) между тревожностью больных и нарушениями сна.

С целью выявления взаимосвязей психологического статуса, выраженности неврологических расстройств и нарушения качества жизни нами был применен метод канонической корреляции. При этом оценивались следующие показатели: возраст – X1, пол – X2, протяженность деструкции – n, показатели, формирующие Индекс Oswestry (IO) – IO1 – IO10 и психологический статус больных: нейротизм – NT, экстраверсия – EV, искренность – Iskr, тревожность – TR.

Результаты канонического корреляционного анализа представлены на диаграмме (рис. 2). Анализируя графические результаты исследования можно видеть, что все наблюдения расположились вдоль главной диагонали на пространстве первых канонических корреляционных функций, что говорит о практически линейной зависи-

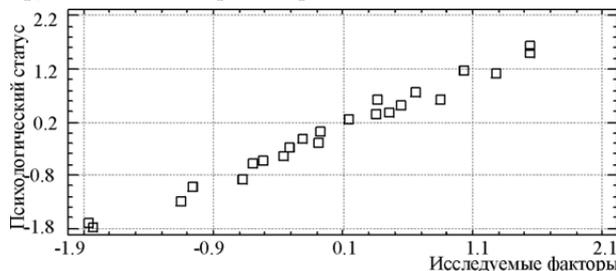


Рис. 2.

Результаты канонического корреляционного анализа. Исследование факторов, определяющих психологический статус больных гематогенным остеомиелитом позвоночника.

Contact Information:

Dr. D.N.Afonin

E-mail: medinform@yandex.ru

мости психологического статуса от показателей, обусловленных компрессией спинного мозга (неврологические расстройства, нарушение качества жизни), пола и возраста пациентов. Графические выводы подтверждаются цифровыми результатами исследования:

Коэффициент корреляции первых канонических линейных комбинаций составляет 0.99235, Лямбда Уилкса 0.000056, Chi-квадрат 97.951, $p < 0.001$, что позволяет сделать вывод о том, что уровень значимости связи указанных направлений заслуживает 95% доверия.

Описанную зависимость можно представить выражением:

$$-0.0152 \cdot \mathbf{IO}_1 - 1.9102 \cdot \mathbf{IO}_{10} - 0.1206 \cdot \mathbf{IO}_2 - 0.6379 \cdot \mathbf{IO}_3 - 0.3213 \cdot \mathbf{IO}_4 - 0.1731 \cdot \mathbf{IO}_5 + 1.0986 \cdot \mathbf{IO}_6 - 0.3288 \cdot \mathbf{IO}_7 - 0.0860 \cdot \mathbf{IO}_8 + 1.0783 \cdot \mathbf{IO}_9 - 0.8498 \cdot \mathbf{X}_1 - 0.7168 \cdot \mathbf{X}_2 - 0.3602 \cdot \mathbf{X}_3 - 0.1132 \cdot \mathbf{n} + 1.1616 \cdot \mathbf{IO} = 0.2041 \cdot \mathbf{EV} + 0.3837 \cdot \mathbf{NT} - 0.5600 \cdot \mathbf{Iskr} - 0.4981 \cdot \mathbf{TR}$$

На основании выявленной канонической корреляции и анализа полученных весовых коэффициентов можно сделать вывод о том, что психологический статус больных воспалительными заболеваниями во многом определяется нарушением качества жизни и таких его компонентов, как невозможность гулять, стоять, вести нормальную социальную жизнь и выраженность болевого синдрома.

Для более детального исследования зависимости отдельных показателей психологического статуса от нарушения качества жизни и неврологического статуса было решено обратиться к методу множественной регрессии. Использовался метод пошагового включения. Результаты представлены в таблице 1. Все полученные модели с высокой степенью достоверности позволяют описать результаты клинических исследований.

Анализируя представленные результаты можно сказать, что у пациентов с воспалительными заболеваниями

Таблица 1.

Результаты пошагового множественного регрессионного анализа показателей психологического статуса и факторов его определяющих

Показатели	Коэффициент	Стандартная ошибка	T-статистика	p
Экстраверсия				
выр-сть болевого синдр.	2.0971	0.8391	2.4992	0.0223
Возраст	0.1050	0.0448	2.3430	0.0308
Нейротизм				
индекс Oswestry	61.6411	15.0335	4.1003	0.0008
протяженность деструкции	2.7353	0.6907	3.9604	0.0011
Нарушение сна	-1.9145	0.8848	-2.1638	0.0460
невозможность сидеть	-4.5808	1.6542	-2.7693	0.0137
невозможность гулять	-3.5409	1.4169	-2.4990	0.0237
Искренность				
возраст	0.0826	0.0105	7.8638	0.0000
Тревожность				
возм. себя обслуживать	0.2842	0.0507	5.6027	0.0000
Пол	0.6504	0.2481	2.6216	0.0173
протяженность деструкции	0.3884	0.0988	3.9306	0.0010

ми позвоночника экстраверсия в основном определяется выраженностью болевого синдрома, возрастом и этиологией процесса; нейротизм – общим нарушением качества жизни, протяженностью деструкции позвоночника, нарушениями сна, невозможностью сидеть и гулять; искренность – возрастом; тревожность – возможностью себя обслуживать, полом и протяженностью деструкции.

Таким образом, можно сделать следующие выводы:

Психологический статус больных воспалительными заболеваниями позвоночника во многом определяется степенью неврологических расстройств и в меньшей степени зависит от пола и возраста пациентов.

Учитывая выраженную зависимость психологического статуса от степени неврологических расстройств и полученные данные об определяющем влиянии степени и уровня компрессии спинного мозга на Индекс Oswestry и входящие в него показатели, корреляционную связь между психологическими показателями и Индексом Oswestry можно рассматривать как проявление зависимости психологического статуса от степени и уровня компрессии спинного мозга у больных воспалительными заболеваниями позвоночника.

D.N.Afonin

INVESTIGATION OF THE PSYCHOLOGICAL STATUS OF PATIENTS WITH INFLAMMATORY DISEASES OF THE SPINE

Saint-Petersburg, Russia

ABSTRACT:

The article examines the influence of the degree and level of spinal cord compression on the psychological status of patients with tuberculosis and osteomyelitis of the spine.

Keywords: *Spine, inflammatory diseases, psychological status*

© Omochev O.G., 2009.

О.Г.Омочев**КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИСКОГЕННЫХ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА***Дагестанская государственная медицинская академия, г.Махачкала, Республика Дагестан, Россия***Реферат:**

Остеохондроз поясничного отдела позвоночника является самым распространенным дегенеративно-дистрофическим заболеванием опорно-двигательной системы у лиц среднего и пожилого возраста. В настоящее время повышение эффективности консервативного лечения больных с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями пояснично-крестцового отдела позвоночника, осложненных грыжами межпозвоночных дисков на амбулаторно-поликлиническом этапе является наиболее важной проблемой восстановления периода заболевания.

Ключевые слова:

дегенеративно-дистрофических заболевания, позвоночник, межпозвоночные диски, лечение

Диагностика и лечение дистрофических заболеваний опорно-двигательного аппарата продолжает оставаться актуальной задачей современной медицинской науки и клинической практики. По данным ВОЗ более 80% населения Земли страдает вертеброгенными и суставными болями с разной степенью выраженности болевого синдрома и изменением оптимального двигательного стереотипа, что приводит к временной, и стойкой утрате трудоспособности. Данная ситуация обусловлена целым рядом неблагоприятных факторов в образе жизни современных людей, наиболее значимым из которых - сидячий, малоподвижный образ жизни, приводящий: к формированию неоптимального двигательного стереотипа, в том числе и профессионального; к нарушению осанки и затяжным эмоционально-аффективным расстройствам, являющимся и причиной и следствием дисбаланса мышечного тонуса. На неврологические синдромы остеохондроза позвоночника приходится более 60 % случаев временной утраты трудоспособности (Коган О. Г. 1983, 1985, Антонов И. П. 1986, Шмидт И. Р., 1992; Попелянский Я.Ю., 2002). Вертеброневрологические расстройства, обусловленные различными этиологическими и патогенетическими факторами, являются самыми распространенными заболеваниями. Выраженные клинические проявления наблюдаются в период активной трудовой деятельности и с возрастом все более нарастают, представляя собой одну из самых частых причин временной нетрудоспособности. Данные официальной статистики свидетельствуют о том, что практически каждый второй человек в течение жизни испытывает боль, связанную с остеохондрозом и другими дистрофическими заболеваниями позвоночника и суставов конечностей. В современном мире, в связи с изменившимися условиями жизни (урбанизация, низкая двигательная активность, изменение режима и качества питания) остеохондроз позвоночника и дистрофические заболевания суставов конечностей наблюдается, по разным источникам, от 60 до 80 % населения (Попелянский Я. Ю. 1991, Кипервас И. П., 1985, Юмашев Г. С, Фурман М. Е. 1984,

Скоромец А. А., 1998, Ситель А. Б., 1998, Васильева Л.Ф., 2001 и др.). Неуклонный рост числа пациентов с данной патологией приводит к тому, что в практической деятельности с данными больными встречаются не только неврологи, но и врачи других специальностей, которые в силу устоявшихся традиций лечат их зачастую неадекватно. Более того, в большинстве случаев любой болевой синдром в спине и суставах трактуется как остеохондроз, что является ошибочным и зачастую приводит к неадекватной клинической оценке и, соответственно, к неэффективному лечению с применением широкого спектра лекарственных средств, вызывающих у пациентов перенасыщенность медикаментами. Так называемая «фармакологическая перенасыщенность» стала одной из сложнейших проблем современной медицины, способствующей, наряду с другими, резкому ослаблению генетического и иммунологического фона человеческой популяции.

В связи с высокой распространенностью данных заболеваний и тяжестью их последствий, высокими показателями временной и стойкой нетрудоспособности, наряду с проблемой восстановления здоровья в настоящее время крайне велико значение совершенствования реабилитации больных с данной группой клинических нозологических форм, направленное на предупреждение их последствий и первичного выхода на инвалидность. (Кабанов М.М., 1978; Коган О.Г., Найдин В.Л., 1988; Кадыков А.С., 1991; Судаков К.В., 1996; Одинак М.М., 1997; Антонов И.П., 1998; Ситель А.Б., 1998, Григорьева В.Н., 2001 и др.).

Для консервативного лечения больных с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника, осложненных грыжами межпозвоночных дисков в ООО «Лечебно диагностическом Центре Гиппократ» разработаны комплексы лечебных мероприятий направленные на наиболее активное восстановление труда и быта пациентов. Способы восстановительного лечения дискогенных неврологических проявлений дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника (патент № 2352366 и № 2357767) заключаются в сочетании одновременно воздействию магнитолазерного излучения и вытяжения позвоночника, а также воздействию импульсного электрического тока и иглорефлексотерапии. Больным проводили одновременное воздействие магнитола-

Contact Information:

Dr. O.G.Omochev

E-mail: ldc_gippokrat@mail.ru

зерным излучением в красном (630-650 нм) и инфракрасном (890-940 нм) диапазонах с интенсивностью магнитного поля 50 мТл и сухое вытяжение позвоночника с массой груза 15-30 кг, иглорефлексотерапии с учетом биоритмов и первоэлементов цикла «У-син», электронейромиостимуляцию с частотой следования импульсов 100 Гц и с силой тока 20-35 мА. Воздействие иглами на биологически активные точки (БАТ) проводят путем седатирования VB 41, VB 39, VB 35 в течение 20 минут, во временной промежуток с 15.00 до 17.00 часов. Суммарное время процедуры 40 минут ежедневно в течение 12 дней.

Таким образом, сочетанное воздействие магнитола-

зерной терапии и вытяжения позвоночника, иглорефлексотерапии и импульсного электрического тока в сравнении с общепринятыми методами лечения оказывает значительное повышение эффективности лечения, оказывает анальгетическое, противовоспалительное, противоотечное действие, улучшает микроциркуляцию тканей, стойкость терапевтического эффекта, в связи с чем апробированный метод может быть широко использован в клинической практике в целях лечения больных с дискогенными неврологическими проявлениями дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника, осложненных грыжами межпозвонковых дисков.

O.G.Omochev

CONSERVATIVE TREATMENT OF DISCOGENIC NEUROLOGICAL MANIFESTATIONS OF DEGENERATIVE-DYSTROPHIC DISEASES OF THE SPINE

Dagestan state medical academy, Makhachkala, Republic Dagestan, Russia

ABSTRACT:

Osteochondrosis of the lumbar spine is the most common degenerative-dystrophic diseases of the musculoskeletal system in those middle-aged and elderly. At present, more effective conservative treatment of patients with degenerative-dystrophic diseases of the lumbosacral spine, complicated by herniated intervertebral discs in the outpatient phase is the most important problem of the recovery period of the disease.

Keywords: *degenerative-dystrophic diseases, spinal cord, intervertebral discs, treatment*

© Yusupov F.A. et al., 2009.

**Ф.А.Юсупов, А.Т.Мамасаидов, С.А.Грошев, Н.А.Реджапова,
Н.С.Абдыкалыкова**

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЦЕРЕБРОЛИЗИНЗАВИСИМОЙ АКТИВАЦИИ В-КЛЕТОК КАК МЕТОД ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Центр последипломного медицинского образования г. Ош, Кыргызская Республика

Реферат:

Проблема ревматоидного артрита (РА) сохраняет свою актуальность. Не снижается острота вопроса разработки новых методов верификации поражения нервной системы (НС) при РА. Цель работы – обоснование возможности использования определения церебролизинзависимой активации В-клеток (ЦЗАВК) больных РА в качестве способа диагностики неврологических проявлений этого заболевания. Наблюдали 64 больных РА с неврологическими проявлениями (основная группа пациентов). Для сравнения были обследованы 3 группы лиц. Первую составили 42 больных РА без неврологических проявлений. Вторую – 30 пациентов с поражением периферической НС неаутоиммунного генеза. Третью группу объединила 30 человек с патологией ЦНС неаутоиммунного генеза. В качестве контроля были обследованы 30 здоровых лиц. Определение ЦЗАВК проводили в монослое лимфоцитов с помощью количественной цитофлюориметрии. Определение показателей ЦЗАВК оказалось методом диагностики неврологических проявлений РА с высокой чувствительностью (90,6%) и специфичностью (100%). Способ определения данного показателя прост, быстр и дешев, что может служить основанием для использования его в виде скринингового метода для выявления среди больных РА пациентов с вовлечением НС в патологический процесс.

Ключевые слова:

ревматоидный артрит, нервная система, диагностика, церебролизинзависимая активация В-клеток

Проблема ревматоидного артрита (РА) сохраняет актуальность, обусловленную высокой распространенностью болезни, неблагоприятным прогнозом в отношении трудоспособности, отсутствием препаратов, которые могли бы значимо помочь большей части пациентов [5-7]. Поражение нервной системы (НС) при данной

патологии значительно ухудшает прогноз в отношении качества жизни и сокращает ее продолжительность [2,9]. Это связано, кроме всего прочего, и с тем, что неврологические проявления РА диагностируются практически всегда достаточно поздно, что обрекает пациентов на длительное и, чаще всего, безуспешное лечение [2]. В связи с этим не снижается острота вопроса разработки новых методов верификации поражения НС при РА, которые имели бы высокие уровни чувствительности и специфичности и были бы достаточно просты для использования в качестве скрининговых тестов.

Contact Information:

Dr. С.А.Грошев

E-mail: nevrug@yandex.ru

The Sixth International Scientific Distant Congress on Spine and Spinal Cord Surgery "InterSpine - 2009",

The Seventh International Scientific Teleconference "Cardiovascular Surgery and Angiology - 2009"

Saint-Petersburg, Russia, December, 2009

Цель настоящей работы заключается в обосновании возможности использования определения церебролизинзависимой активации В-клеток (ЦЗАВК) больных РА в качестве способа диагностики неврологических проявлений этого заболевания.

Материал и методы исследования. Наблюдали 64 больных РА с неврологическими проявлениями (основная группа пациентов). Для сравнения были обследованы 3 группы лиц. Первую (I) составили 42 больных РА без неврологических проявлений. Вторую (II) – 30 пациентов с поражением периферической НС (ПНС) неаутоиммунного генеза. Третью (III) группа объединила 30 человек с патологией ЦНС неаутоиммунного генеза. В качестве контроля были обследованы 30 практически здоровых лиц в возрасте 20-35 лет.

Все больные лица изучались до начала активного лечения.

В основной группе были 11 мужчин (17,2%) и 53 женщины (82,8%) в возрасте от 18 до 40 лет. Диагноз РА выставлялся ревматологом на основании критериев Американской Коллегии Ревматологов пересмотра 2002 г. [7]. Степень активности патологического процесса, характер течения, клинично-анатомическая, рентгенологическая и иммунологическая характеристика больных РА определялись в соответствии с рабочей классификацией, предложенной Ассоциацией ревматологов России в 2003 г. [4].

Максимальную долю лиц в основной группе составляли пациенты со средней (40,6%) и высокой (50,3%) степенями активности РА, его III рентгенологической стадией (67,2%), полиартритической формой (92,2%) с наличием РФ в крови (89,1%) и ФКШ (81,3%). За исключением поражения НС у большинства больных (90,6%) данной группы отмечались и другие системные проявления.

Для определения ЦЗАВК лимфоциты выделяли из периферической венозной крови на градиенте плотности 1,007 г/см³ верографин-фиколл. Выделенные лимфоциты отмывали еще раз средой 199 путем центрифугирования при 1000 об/мин в течение 5 минут, затем ресуспендировали в 3-4 каплях среды 199, доводя концентрацию клеток до 4-5x10⁶/мл. По 0,5 мл суспензии лимфоцитов вносили в две центрифужные пробирки (контроль и опыт) со средами следующего состава:

опыт - полная питательная среда. В качестве антигена использовали церебролизин (выпускаемый фармацевтической компанией «Эбве Фарма Гес.м.б.Х. Нфг.КГ», Австрия) в разведении 1:50;

контроль - полная питательная среда - 0,1 мл физиологического раствора.

Обе пробы немедленно помещали в термостат при 0^o 37^oС с влажной камерой. Пробы инкубировали 2 часа в герметически закупоренных пробирках. Далее исследование проводили в монослойных культурах, созданных на предметных стеклах по способу А.Н. Красюка и др. [3]. Сразу после получения монослоя его фиксировали 70% раствором этанола в течение 10 минут, промывали средой 199, подсушивали и окрашивали люминесцирующей сывороткой против глобулинов человека, конъюгированной с флюоресцеинизотиоцианатом (ФИТЦ-сыворотка). После окрашивания и тщательного отмывания от несвязавшихся белков и ФИТЦ стекла подсушивали и проводили количественную цитофлюориметрию по способу Е.В. Бененсона и Е.Г. Цай [1]. Среднюю флюоресценцию плотности монослоя обозначали Ф. Данная величина отражала среднее количество внутри-

Таблица 1

Показатели ЦЗАВК в обследованных группах

Группы пациентов	N	M±m, усл. ед.	Положит. результаты		T, p
			абс.	%	
Контрольная группа	30	159,4±0,87	0	0	T ₁ =7,66 p ₁ <0,001
Основная группа	64	168,4±0,58*	58	90,6	T ₂ =8,32 p ₂ <0,001
I группа сравнения	42	161,2±0,74	5	11,9	T ₃ =7,60 p ₃ <0,001
II группа сравнения	30	160,0±0,82	1	3,3	
III группа сравнения	30	161,1±0,77	2	6,7	

* - достоверно, по сравнению со здоровыми (p<0,001);

T₁ и p₁ – разница между показателями основной группы и I группы сравнения;

T₂ и p₂ – разница между показателями основной группы и II группы сравнения;

T₃ и p₃ – разница между показателями основной группы и III группы сравнения.

клеточных иммуноглобулинов (Ig), связанных с лимфоидной клеткой. Затем, сравнивая уровни Ig в опыте и контроле, выводили показатель ЦЗАВК по формуле: ЦЗАВК = Ф_{опыт}:Ф_{контроль} × 100 усл. ед.

Предварительно установив среднее значение изучаемого показателя в группе здоровых, вычислили нормальные уровни ЦЗАВК: нашли максимальное значение доверительного интервала по формуле: d_{max}=M±2σ. Исходя из этого, уровень 168,9 усл. ед. был принят за верхнюю границу нормы. Положительным результатом описываемого лабораторного теста стали считать значение показателя, превышающее указанный уровень.

Результаты исследования и их обсуждение.

Уровни ЦЗАВК в обследованных группах представлены в таблице 1.

Как видно из таблицы, у больных РА с поражением НС показатель ЦЗАВК превышал границы нормальных значений (p<0,001). Уровень ЦЗАВК у больных основной группы был достоверно выше, чем у больных РА без поражения НС и пациентов с неврологической патологией неаутоиммунного генеза (p<0,001). Между показателями описываемого лабораторного теста у здоровых лиц и в группах сравнения не было достоверной разницы.

Наибольшая частота положительных результатов ЦЗАВК отмечена у больных основной группы (90,6%). У здоровых лиц и в группах сравнения удельный вес пациентов с положительными результатами теста был значительно более низким (p<0,001). Частота положительных данных ЦЗАВК между группами сравнения достоверно не различалась.

Заключение.

Учитывая вышеизложенное, можно сказать, что определение показателей ЦЗАВК оказалось методом диагностики неврологических проявлений РА с достаточно высокой чувствительностью (90,6%) и специфичностью (100,0%). Кроме того, способ определения данного показателя достаточно прост, быстр и дешев, что может служить основанием для использования его в виде скринингового метода для выявления среди больных РА пациентов с вовлечением НС в патологический процесс.

Литература.

- Бененсон Е.В., Цай Е.Г., Мамасаидов А.Т. Способ определения специфического иммунитета при ревматоидном артрите. // Откр. изобр. – 1992. - Бюлл. №10. – А.С. СССР №1719998.
- Грачев Ю.В. Неврологические проявления системных ревматических заболеваний. // Неврологический журнал. – 2007. - №6. – С. 4-9.
- Красюк А.Н., Панченко Н.А., Дедорович В.И. Способ опре-

- деления клеточного иммунитета. // Откр. изобр. - 1985. - Бюлл. №31. - А.С. СССР №1174033.
4. Мазуров В.И. // Клиническая ревматология. - СПб. - 2005. - С. 87-140.
5. Насонов Е.Л. Ревматоидный артрит как общемедицинская проблема. // Терапевтический архив. - 2004. - №5. - С. 5-7.
6. Насонова В.А. Ревматология: взгляд в XXI век. // Вестник РАМН. - 2003. - №7. - С. 3-6.
7. American College of Rheumatology Subcommittee on Rheumatoid Arthritis Guidelines. Guidelines for the Management of Rheumatoid Arthritis. 2002 Update. // Arthritis and Rheumatism. - 2002. - V. 46. - P. 328-346.
8. Carmona L., Gonzalez-Alvaro I., Balsa A. et al. Rheumatoid arthritis in Spain: occurrence of extra-articular manifestations and estimates of disease severity. // Clin. Rheumatol. - 2004. - V. 23, №1. - P. 19-23.
9. Dekkers J.C., Geenen R., Godaert G.L. et al. Elevated sympathetic nervous system activity in patients with recently diagnosed rheumatoid arthritis with active disease. // Clin. Exp. Rheumatol. - 2004. - V. 22, №1. - P. 63-70.

F.A.Yusupov, A.T.Mamasaidov, S.A.Groshev, N.A.Redjapova, N.S.Abdycalycova
DEFINITION OF THE CEREBROLYSIN-DEPENDENT ACTIVATION OF THE B-CELLS AS THE METHOD OF LABORATORY DIAGNOSTIC OF THE NEUROLOGICAL SIGNS OF RHEUMATOID ARTHRITIS

The Centre of the Postdiploma Medical Education of the Osh-city, The Kyrgyz Republic

ABSTRACT:

The problem of rheumatoid arthritis (RA) keeps actuality. Acuteness of the question of the nervous system (NS) lesions during RA new verification methods is still high. The goal of the work is to prove possibility of usage of definition of cerebrolysin-dependent activation of the B-cells (CDABC) as the method of diagnostic for neurological signs of RA. 64 patients with neurological signs of RA were examined (main group). 3 groups of people were investigated for compare. The 1st one was consisted of 42 patients with RA but without of neurological signs. The 2nd group – 30 patients with affections of the peripheral nervous system of non-autoimmune genesis. The 3rd group united 30 patients with CNS pathology of non-autoimmune genesis. 30 healthy people were investigated as the control. Definition of CDABC was conducted in the monolayer of lymphocytes with the help of quantity cytopfluorometry. The definition of CDABC indexes was proved to be the method of diagnostic for neurological signs of RA with high sensitiveness (90.6%) and specificity (100%). The method of definition of present index is simple, quick and chip and those characteristics can be the basis for usage of that method for screening of neurological pathology among patients with RA.

Keywords: *rheumatoid arthritis, nervous system, diagnostic, cerebrolysin-dependent activation of the B-cells*

© Bondarenko L.A. et al., 2009.

Л.А.Бондаренко¹, Г.О.Пенина²

**КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
 ПРОГРЕССИРУЮЩИХ МЫШЕЧНЫХ ДИСТРОФИЙ В РЕСПУБЛИКЕ
 КОМИ**

¹ МУЗ Сыктывкарская городская поликлиника №3

² Коми филиал ГОУ ВПО КГМА, Сыктывкар, Россия

Реферат:

Изучены данные о 57 пациентах. Прогрессирующие мышечные дистрофии у жителей Коми дебютировали в молодом возрасте. Возрастная структура патологии характеризовалась уменьшением доли пациентов старшего возраста. В гендерной структуре наблюдалось незначимое преобладание мужчин. Более высокая активность мышечного распада наблюдалась на ранних стадиях заболевания, и снижалась с возрастом, о чем свидетельствовал уровень ферментемии. Содержание КФК у мужчин значимо превышало таковое у женщин, несмотря на примерно равную длительность заболевания.

Ключевые слова:

мышечные дистрофии, крайний север

Прогрессирующие мышечные дистрофии являются заболеваниями с неуклонно прогрессивным течением и генетически детерминированным поражением мышечной ткани [3, 8, 9]. Эта группа заболеваний сопряжена с часто неблагоприятным прогнозом для жизни, но некоторые формы предполагают достаточную длительность жизни. Их диагностика, своевременное исключение других клинически схожих курабельных заболеваний, а также медико-генетическое консультирование и профилактика являются основными задачами врача [1, 2, 5].

Целью настоящего исследования являлся анализ эпидемиологических и демографических характеристик,

клинических и диагностических особенностей пациентов с прогрессирующими мышечными дистрофиями в Республике Коми. Методом сплошного исследования нами проанализированы данные обо всех случаях госпитализации пациентов с прогрессирующими мышечными дистрофиями в неврологическое отделение ГУ РК «Коми республиканская больница» за 1998 - 2008 гг. Критерием включения в исследование был верифицированный диагноз прогрессирующей мышечной дистрофии, тип заболевания установить представлялось возможным не во всех случаях. Возраст пациентов на момент обследования находился в диапазоне от 15 до 59 лет, они были разделены нами на возрастные группы: до 30 лет, 31 - 45 лет и старше 45 лет. Проводилось также территориальное деление пациентов. Республика Коми в соответствии с климатогеографическими условиями

Contact Information:

Dr. Galina Penina

E-mail: penkina.ru@rambler.ru

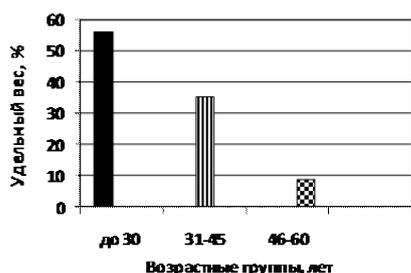


Рис. 1 Распределение пациентов с ПМД по возрастным группам

делится на три зоны, но ввиду малого числа пациентов из крайних северных территорий мы разделили больных на две группы: пациенты проживающие в северных и южных районах. В план обследования всех больных входили следующие методы: сбор жалоб и анамнеза, клинический неврологический осмотр, биохимический анализ крови (т.ч. креатинфосфокиназа (КФК), лактатдегидрогеназа (ЛДГ), миоглобин), электромиография (ЭМГ). Статистическую обработку результатов исследования проводили в операционной среде Windows 2007 с использованием программы Excel.

За исследуемый период нами были изучены данные о 57 пациентах с различными вариантами ПМД. Большую часть пациентов составили мужчины (61,4%), женщины находились в численном меньшинстве (38,6%), гендерное соотношение – 1,6:1.

Средний возраст пациентов с ПМД на момент госпитализации составил, по нашим данным $29,6 \pm 11,5$ года, для мужчин и женщин — соответственно $29,05 \pm 1,9$ и $30,5 \pm 2,3$ года, без достоверных различий. Средний возраст дебюта заболевания - $18,2 \pm 1,3$ года. Более половины пациентов составили лица молодого возраста (до 30 лет) - 56,14% (см. рис. 1). Нами определены возрастные характеристики группы: средний возраст на момент обследования – $20,9 \pm 0,8$ года, средний возраст дебюта – $19,9 \pm 1,1$ лет. Гендерное соотношение было аналогично основной выборке – 1,7:1 с доминированием пациентов мужского пола. Во вторую группу (возрастной интервал 31–45 лет) вошло 35,09% пациентов, средний возраст обследованных в данной группе составил $37,65 \pm 0,7$ года, возраст дебюта заболевания — $23,7 \pm 1,7$ года, в гендерной структуре так же отмечено численное преобладание мужчин - 1,5:1. Пациенты старшей возрастной группы составили лишь 8,77% от обследованных. Дебют заболевания в этой группе отмечен в $34,2 \pm 4,4$ лет, средний возраст – $52,8 \pm 1,9$ лет. Как и в остальных группах отмечено превалирование пациентов мужского пола в соотношении 1,5:1.

Как видно на диаграмме, учитывая возрастную структуру, можно утверждать, что в группе пациентов с ПМД преобладали лица молодого возраста, и число пациентов пропорционально возрасту уменьшалось. Гендерная структура пациентов оставалась постоянной независимо от возраста.

При анализе распространенности ПМД по территории РК наблюдается неравномерное распределение заболевших. 84% пациентов являлись жителями южных территорий, а 15,8% проживали в северных районах. Значимых возрастных различий между этими группами нами не найдено. Средний возраст у пациентов из юж-

ных районов равнялся $29,62 \pm 1,6$ лет, северных – $29,56 \pm 3,7$ лет; у пациентов из южных районов отмечен более ранний дебют – около $17,7 \pm 1,4$ лет, тогда как средний возраст дебюта в северных районах – $20,33 \pm 3,6$ лет. Возрастная структура в этих двух группах больных так же почти не различалась. В южных территориях удельный вес пациентов до 30 лет составил – 56,25%, 31–45 лет – 35,45%, 46–60 лет – 8,3%. В северных территориях: до 30 лет – 55,56%, 31–45 лет – 33,33%, 46–60 лет – 11,11%. Были выявлены определенные различия в гендерной структуре. Соотношение полов в южных территориях повторяло общую тенденцию преобладания мужчин (1,8:1), в северных же территориях наблюдалась обратная ситуация – 1:1,25, хотя различия и не являлись значимыми.

В клинической картине наиболее часто встречались вялые парезы конечностей, причем в нижних конечностях проксимальные – в 84,2%, дистальные – 73,7%, а в верхних конечностях проксимальные – 78,94%, дистальные – 57,9%. Более, чем у половины обследованных найдены трофические нарушения. Гипотрофии мышц нижних конечностей выявлены у 61,4%, верхних конечностей – у 57,9%. Также часто наблюдалось снижение глубоких рефлексов, на нижних конечностях – 82,5%, на верхних конечностях – 75,4%. Сравнение клинических проявлений по полу показало, что более выраженные нарушения отмечались у женщин: парезы нижних конечностей проксимально – в 86,4% случаев, дистально – 77,3%; проксимальные парезы верхних конечностей – 86,4%, дистальные – 72,7%; гипорефлексия в нижних конечностях – у 86,4%, в верхних – 77,3%; гипотрофии нижних конечностей – у 63,64%. Только гипотрофии верхних конечностей у женщин наблюдались в 54,5%, у мужчин – в 60% случаев. При по возрастной оценке были выявлено следующее. Парезы нижних конечностей (проксимальные – 90%, дистальные – 80%) и дистальные парезы верхних конечностей (75%) чаще обнаруживались в возрасте 31–45 лет. У всех пациентов (100%) в возрасте 45–60 лет в клинической картине были выявлены проксимальные парезы верхних конечностей. Более частая встречаемость двигательных нарушений в старших возрастных группах, а следовательно, более выраженные клинические проявления, вероятно, связаны с длительностью заболевания. Территориальные различия в клинической картине заключались в большем вовлечении верхних конечностей у пациентов, проживающих в северной части РК. У них проксимальные парезы верхних конечностей отмечены в 88,9%, а дистальные парезы – в 66,7%. В то время когда у пациентов, живущих в южных районах, парезы рук проксимально выявлены лишь у 75%, а дистально – у 58,3% обследованных.

В основе патогенеза прогрессирующих мышечных дистрофий лежат дегенеративные изменения мышечных волокон [4, 6, 8]. Практически обязательным у них признаком является гиперферментемия (повышение уровня КФК, ЛДГ, миоглобина крови) [2, 7]. Средний уровень КФК у обследованных нами пациентов составил – $1639,7 \pm 288$ МЕ/л, ЛДГ – $574,9 \pm 36,6$ МЕ/л, миоглобина – $790,7 \pm 281$ МЕ/л, что значимо превышало нормальные значения ($p \leq 0,05$). Различий в значениях уровня ферментов в зависимости от района проживания нами не выявлено. С возрастом наблюдалась следующие изменения значений КФК: в группе до 30 лет среднее значение составило $1706,5 \pm 339$ МЕ/л, в группе 31–45 лет – $1901,35 \pm 514$ МЕ/л, в группе 46–60 лет – $363,2 \pm 180$ МЕ/л. Такая динамика с высокими значениями на ранних этапах и снижением значений на поздних стадиях вполне

согласуется с течением заболевания и литературными данными. Выявленный нами уровень КФК у мужчин ($2129,9 \pm 401$ МЕ/л) был статистически значимо выше ($p \leq 0,05$), чем у женщин ($471,2 \pm 251$ МЕ/л). Хотя стаж заболевания у мужчин ($11,1 \pm 1,4$ года) и женщин ($10,2 \pm 1,5$ лет) практически не различались. Диагноз прогрессирующей мышечной дистрофии верифицировался с помощью электромиографии.

Таким образом, прогрессирующие мышечные дистрофии у жителей Коми, как и многие наследственные заболевания, дебютировали в молодом возрасте, и возрастная структура патологии характеризовалась уменьшением доли пациентов старшего возраста. В гендерной структуре наблюдалось незначимое доминирование мужчин. Более высокая активность мышечного распада наблюдалась на ранних стадиях заболевания, и снижалась с возрастом, о чем свидетельствовал уровень ферментемии. Содержание КФК у мужчин значимо превышало таковой у женщин, несмотря на примерно равную длительность заболевания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бадалян Л.О. Детская неврология. М: Медицина 1984.
2. Белозеров Ю.М., Никанорова М.Ю., Перминов В.С., Страхова О.С. Прогрессирующая мышечная дистрофия Эмери-Дрейфуса. Альманах клинической медицины. Актуальные вопросы практической неврологии. М 2001; 4: 66-71.
3. Наследственные болезни нервной системы: Руководство для врачей. Под ред. Ю.Е. Вельтищева и П.А. Темина. М: Медицина 1998; 235-345.
4. Шишкин С.С. Наследственные нервно-мышечные болезни. М: Изд-во ВИНТИ 1997.
5. Шишкин С.С., Шаховская Н.И., Лунга И.Н. и др. Наследственные нервно-мышечные заболевания, некоторые проблемы оказания помощи больным и отягощенным семьям. В кн.: Многоликость современной генетики человека. Под ред. С.С. Шишкина. М - Уфа: Изд-во Гилем 2000; 197-276.
6. Backman E., Henriksson K.G. Neuromusc Disorders 1995; 5: 233-241.
7. Emery A.E.H. Diagnostic Criteria for Neuromuscular Disorders. European Neuromuscular Centre. The Netherlands 1994.
8. Kaplan J.C., Fontaine B. Neuromuscular disorders: gene location. Neuromusc Disord 1999; 9: 1-14.
9. Nevo Y., Muntoni F., Sewery C. et al. Neuromusc Disorders 1998; 8: 247.

L.A.Bondarenko, G.O Penina

THE CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTIC OF MUSCULAR DYSTROPHY IN REPUBLIC KOMI

МЕИ «Polyclinic №3»; Komi branch of SEE HPE «Kirov SMA», Syktyvkar, Russia

ABSTRACT:

The data about 57 patients was studied. The muscular dystrophy debuted at young age at inhabitants of Komi. The age structure of a pathology was characterised by reduction of a share of patients of older age. In gender structure the men were prevailed insignificantly. The activity of muscular disintegration was higher at early stages of disease, and was decreased with the years. Maintenance CPK at men was exceeded one at women significantly, despite approximately equal duration of disease.

Keywords: the muscular dystrophy, the far north

© Duni A., Ruci V., 2009.

A.Duni, V.Ruci

RELIABILITY OF CLINICAL TESTS IN DEVELOPMENTAL DYSPLASIA OF THE HIP

University Hospital Center "Mother Teresa", Department of Orthopedics and Trauma, Tirana, Albania

Abstract:

Background: Diagnosis of DDH is still a challenge for the health system in our country. Screening should begin with clinical tests and their technique should be well known and performed not only by orthopedic surgeons but also other specialists like pediatricians, family physicians, obstetricians and nurses.

Material and method: In 111 children (143 hips) already diagnosed and treated for x-ray confirmed DDH, we retrospectively analyzed if the Ortolani/Barlow and Limitation of Abduction tests had been reported to be positive in their clinical records in order to evaluate the reliability of those tests. We also compared the rate of positive results, when the orthopedic surgeon or other specialists performed each test.

Results: Records of Ortolani/Barlow test showed that 34.9% of hips (50 out of 143) were reported as positive from the other specialists and 64.3% of them (84 from 143) when the Orthopedic surgeon was the examiner ($p=0.014$). No significant differences were observed when the Limitation of Abduction was analyzed. Both groups of examiners identified about 67% of the 143 affected hips. (92 hips from the other doctors versus 98 from the Orthopedic Surgeon, $p=NS$)

Conclusion: Clinical tests resulted very useful for the early diagnosis of DDH. The limitation of Abduction test is more easily performed and simple than the Ortolani/Barlow maneuvers and should be used as the primarily screening tool from the specialists outside the orthopedic field.

Keywords:

clinical tests, developmental dysplasia, hip

Introduction: Developmental Hip Dysplasia is still a challenging diagnosis for the specialists and healthcare systems especially in developing countries. The lack of nationwide strategies and precise protocols reflects on the high rate

of late diagnosed cases. Clinical tests are essential part of any screening program. They should be performed routinely by any staff member dealing with a newborn in order to identify babies that will be followed and examined further

Epidemiological data

1999-2007	Births	DDH	Males	Females	Left	Bilateral	Right
Number	8490	111	22	89	59	32	20
Percentage		1.3	20	80	53	29	18

Results of clinical screening

Test →	Ortolani/Barlow	Limitation of abduction
Confirmed DDH (hips) →	143	143
Reported positive	Other Specialists	92
	Orthopedic Surgeon	84
Significance	p=0.014	p=NS

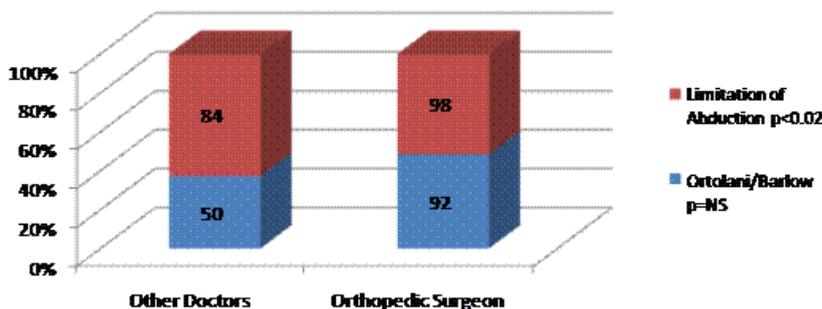


Figure 1. Results for each test performed by different specialists

with imaging examinations. Healthcare specialists like pediatricians, obstetricians, family doctors and nurses, should be familiar with the techniques of those simple but essential procedures. DDH is clearly an orthopedic disorder but any case has to be identified and referred to the Orthopedic Surgeon by other healthcare physicians, nurses or parents [1]. Training and update of the knowledge of those specialists should be an essential part of any screening strategy.

Material and method: The study extends over a period of nine years, from 1999 to 2007 and it is part of a new strategy applied experimentally in a single district of our country in order to lower the operability rate and the number of late presenting cases with DDH [2]. During this period a total number of 111 children with DDH were diagnosed from a number of 8490 live births. There were 22 males and 89 females and the left hip was affected in 53% of children (table1). All of the newborn babies were examined clinically, and the “at risk” babies and those with positive findings were referred to the orthopedic surgeon (main author) for reexamination, and eventual follow up. All of the treated cases had standard x-ray of the pelvis at the fourth month of age to confirm DDH.

We decided to evaluate the reliability of the clinical tests like the Ortolani/Barlow and limitation of abduction in the population of 111 children diagnosed and treated for x-ray confirmed DDH. We retrospectively analyzed if the above mentioned cases had been previously reported to be positive on those tests, checking their clinical records. The analysis has been carried out separately considering Ortolani and/or Barlow [3] like a single test, and limitation of abduction as another[4]. We also compared the rate of successful examination with each test depending on whether it

Table 1. was performed by the orthopedic surgeon or another specialist. The Chi-Square and Fisher-Student tests have been used for the statistical analysis.

Table 2. **Results:** After the retrospective data collection and statistical analysis we found the following results: When the children were reported after clinical examinations performed by the different healthcare specialists like pediatricians, family doctors, obstetricians and general practitioners, the Ortolani/Barlow maneuver resulted 34.9% effective. 50 hips were reported as positive from the true number of 143 hips with certain DDH. The limitation of abduction test performed by the same specialists on the same population of children gave 64.3% good results. It successfully identified 92 out of 143 hips diagnosed later with DDH.

As previously mentioned, we implemented a new program for the early detection of the DDH in a particular area of the country. It was our policy that, all of the children resulting positive from

the clinical examination would have been reexamined by the Orthopedic Surgeon. So every child reported from other colleagues in this study was checked from the main author. The Ortolani/Barlow maneuvers reported 84 positive hips from the 143 affected or 58.7%, (p=0.01). When records about limitation of abduction were checked, 98 hips from 143 (68.5%) resulted to be identified as positive. (p=NS) See table no. 2 for detailed results.

Discussion: Interesting data resulted from this retrospective analysis. First of all clinical tests were a big help to the early detection of a lot of babies diagnosed and treated for DDH. The other colleagues correctly reported all those cases to us for final evaluation and treatment as modern protocols suggest. The clinical maneuvers of Ortolani and/or Barlow resulted to be at about 24% more sensitive when performed from the orthopedic surgeon and the difference in the rate of positive findings between the two groups of specialists was significant. The orthopedic surgeon reported 84 hips positive and the other specialists 50 hips from the 143 hips diagnosed with DDH (p<0.02).

Results were different when the Limitation of Abduction test was investigated. The differences between the two groups were really small (figure 1). The test identified nearly 67% of the hips with DDH in both cases. 98 hips were reported when the examiner was an Orthopedic Surgeon and 92 when the other doctors performed it. (p=NS).

Naturally the Ortolani and Barlow maneuvers are more complicated. They require special skills, being familiar them and in the best case, being also trained. Limitation of abduction test is, in our judgment, more simple, easy to perform and doesn't require special skills and/or experience [5]. It can be performed more easily from the staff members and sometimes even by qualified nurses helping to identify as much affected hips as possible. Other specialists and nurses can be of great help in the process of detecting clinically suspicious hips not only because they will have the very first contact with any newborn, but also they will fol-

Contact Information:
Dr. Artid Duni, MD
E-mail: aduni17@yahoo.com

low those children during the normal check-up schedule through all the first year of life. Strict collaboration with those structures is a key element of all the protocols of early diagnosis of DDH.

Conclusion: Despite the huge advantages the imaging examinations offer to us, the simple clinical tests should be routinely used for the screening of DDH. They should be performed carefully, within the correct age groups and with the right techniques in order to be effective [6]. In our strategy all of the newborn children were clinically examined and only those resulting positive and the "at risk" group were further followed by imaging examination like ultrasound and X-ray at the fourth month of age when ultrasound wasn't available. The limitation of abduction test gave good results even in the hands of doctors outside the orthopedic specialty. Their help in the field of early diagnosis therefore, resulted essential. Every child with positive or equivocal findings should be referred to the orthopedic surgeon. Only to him belongs the responsibility for further evaluation and treatment. This scheme of screening is the most suitable for countries with limited resources in equipment and qualified

staff.

References:

1. American Academy of Pediatrics, Committee on Quality Improvement, Subcommittee on Developmental Dysplasia of the Hip. Clinical practice guideline: early detection of developmental dysplasia of the hip. Pediatrics. 2000;105:896-905
2. Duni A, Ruci V, Zenelaj A.: Developmental dysplasia of the hip in a developing country. Rebuilding the strategy for early diagnosis and management. Bulletin of the International Scientific Surgical Association. 2009;4(1):62-64
3. Barlow, T. G.: Early diagnosis and treatment of congenital dislocation of the hip. J. Bone and Joint Surg. Am, 1962;44-B(2): 292-301
4. Castelein RM, Korte J.: Limited hip abduction in the infant. J Pediatr Orthop. 2001;21:668-670
5. Bialik V, Fishman J, Katzir J, Zeltzer M.: Clinical assessment of hip instability in the newborn by an orthopedic surgeon and a pediatrician. J Pediatr Orthop. 1986;6:703-705
6. Jones DA. Neonatal hip stability and the Barlow test: a study in stillborn babies. J Bone Joint Surg Br. 1991;73:216-218

The Seventh International Scientific Teleconference: *Cardiovascular Surgery and Angiology - 2009*

© Volodina O.V. , 2009.

О.В. Володина

ОБОСНОВАНИЕ НЕОБХОДИМОСТИ РАЗРАБОТКИ И ВНЕДРЕНИЯ КОМПЛЕКСНЫХ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫХ МЕТОДОВ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, СТРАДАЮЩИХ РАССТРОЙСТВАМИ АДАПТАЦИИ

ГУЗ ВОКБ №1, Воронеж, Россия

Реферат:

Статья сообщает о результатах исследования 255 мужчин с гипертонической болезнью (ГБ), выявившем повышенный уровень тревоги в 71,37% случаев (у 182 человек), последующее изучение установило наличие расстройств адаптации (РА) у 93 человек (36,47% от общего числа обследованных и 51,10% от числа пациентов с повышенным уровнем тревоги). На основании полученных данных был разработан и внедрён комплексный немедикаментозный метод в лечении больных ГБ с РА, применение которого позволило получить хорошие терапевтические результаты.

Ключевые слова:

гипертоническая болезнь, расстройства адаптации, комплексные немедикаментозные методы в лечении

Сегодня появляется всё больше и больше данных о связи между тревожными расстройствами и гипертонической болезнью (ГБ), доказывающими, что тревожные расстройства ассоциируются, как с повышенным риском развития, так и смертности от ГБ.

На I этапе исследования с целью изучения частоты встречаемости тревожной симптоматики в рамках расстройств адаптации (РА) у мужчин с ГБ было проведено скрининговое исследование контингента больных кар-

диологического отделения Воронежской областной клинической больницы с установленным диагнозом ГБ I-II стадии со степенью артериальной гипертонии (АГ) 1-3, риском сердечно-сосудистых осложнений (ССО) не более 3, недостаточностью кровообращения не более IIIA, мужского пола в возрасте от 30 до 60 лет, без дополнительных заболеваний.

На II этапе, на основании полученных результатов был разработан и применён комплексный немедикаментозный метод в лечении больных ГБ с РА.

Применялись клинико-психопатологический, психометрический, статистико-математический и методы функциональной диагностики.

Всего на I этапе было обследовано 255 больных, при

Contact Information:

Dr. Olga Volodina

E-mail: aly-sharkova@ya.ru

этом тревожная симптоматика была выявлена у 71,37 % (182 человека).

Последующее клинико-психопатологическое обследование пациентов с повышенным уровнем тревоги установило наличие РА у 93 больных ГБ (36,47% от общего числа обследованных (255) или 51,10% от числа пациентов с повышенным уровнем тревоги (182)), у остальных имели место расстройства, относящиеся к другим рубрикам МКБ-10 (в основном к невротическим, связанным со стрессом и соматоформным расстройствам (тревожно-фобические, соматоформные расстройства, смешанное тревожное и депрессивное расстройство), реже встречались аффективные расстройства (чаще всего дистимия) и органические непсихотические (неврозоподобные) расстройства (чаще всего эмоционально-лабильные и тревожные расстройства сустой природы)). Изучение группы пациентов с ГБ, страдавших РА позволило выявить у них РА как депрессивного (депрессивная реакция, пролонгированная депрессивная реакция), так и тревожного спектра (тревожная реакция, пролонгированная тревожная реакция), а также смешанные тревожно-депрессивные реакции. Таким образом, поскольку тревожная симптоматика у больных ГБ в более чем половине случаев встречалась именно в рамках РА, то они являются наиболее значимым и нуждающимся в своевременной коррекции фактором, осложняющим течение собственно ГБ.

Следует также особо отметить, что в лечении как РА, так и собственно ГБ имеется много общих методов практически по всем основным направлениям, к которым относятся: 1) применение методов повышения устойчивости к стрессовым воздействиям (за счёт воздействия на психосоциальные факторы, вызывающие стресс (обучение, психотерапевтические советы, социальное воздействие - выявление и расширение значимых для больного межличностных связей, необходимых для поддержки и помощи, удаление больного из травмирующей ситуации или дезактуализация самой ситуации), в лечении ГБ аналогичный метод школы больного ГБ); 2) психотерапия (когнитивная и поведенческая терапия; методики биологической обратной связи а также различные варианты психорелаксационной терапии, такие как прогрессивная мышечная релаксация, аутотренинг, методы суггестии (гипноз), а также рациональная психотерапия); 3) лекарственная терапия – терапия лекарственными средствами (фармакотерапия (бета-адреноблокаторы, ноотропы, а также метаболические препараты, транквилизаторы/ анксиолитики, антидепрессанты (особенно атипичные)), фитотерапия, гомеопатическая терапия (тенотен, валерианахель, нервохель, нотта, антистресс, успокой, эдас-306 и др.), а также фитотерапия (настойка боярышника, пустырника,

сборы с сушеницей болотной, боярышником, донником лекарственным, валерианой лекарственной, хмелем обыкновенным, мелиссой, почечным чаем, а также комплексные препараты валерианы (валокардин, корвалол, валокордамид, валоседан и др.)), 4) физиотерапия (электротерапия (электросон), гальванические воротники с ионами магния, калия, кальция, рефлексотерапия, бальнеологические процедуры (сульфидные, углекислые и радоновые ванны), гидромассаж, ЛФК, метод адаптации к периодической барокамерной гипоксии, массаж); 5) комбинированные методы (применение двух и более методов (повышения устойчивости к стрессовым воздействиям, психотерапии, лекарственной терапии и физиотерапии одновременно или последовательно), например, наиболее распространена комбинация психотерапии и фармакотерапии). Несомненно, применение комбинированных методов более эффективно, нежели применение какого-либо одного, при этом наибольший интерес вызывают именно немедикаментозные методы.

На II этапе 93 пациентов с ГБ и РА разделили на две группы, 1-я группа (70 человек) помимо медикаментозной терапии ГБ получала курс комплексного воздействия (психотерапевтическая составляющая и физиотерапевтическая с применением способа лечения ГБ, использующего воздействие локальным отрицательным давлением (ЛЮД) на барорецепторы каротидного синуса), 2-я группа – контрольная (23 человека) - только медикаментозную терапию (с применением транквилизаторов). Длительность курса во всех группах - 10 процедур ежедневно. Проведение полного курса установило, что наилучшие результаты (эффективность выше практически в 2 раза: 71% и 44% соответственно) были в группе, получавшей курс комплексного воздействия, при этом субъективное уменьшение клинической симптоматики ГБ подтверждалось выраженным и стабильным снижением АД, в этой же группе более быстро и эффективно редуцировалась симптоматика РА. Всем пациентам обеих групп были назначены повторные консультации и профилактические курсы через 3 и 6 месяцев. По данным исследований, проведённых через 3 и 6 месяцев, было установлено, что более чем у половины пациентов 1-й группы отмечалось стабильное сохранение достигнутых в процессе лечения результатов, а проведение повторных курсов обеспечивало не только их закрепление, но и в ряде случаев дальнейшую положительную динамику ГБ.

Выводы: высокая эффективность разработанного метода комплексного воздействия позволяет рекомендовать его для более широкого применения в лечении больных ГБ с РА.

O.V.Volodina

JUSTIFICATION FOR THE DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION OF THE COMPLEX NON-MEDICAMENT METHODS IN MEN WITH HYPERTENSION AND ADJUSTMENT DISORDERS

Voronezh regional hospital №1, Voronezh, Russia

ABSTRACT:

The article reports the results of assessment of 255 male patients with hypertension. The anxiety was detected in 71,37% of the cases (182 men), subsequent study found adjustment disorders in 93 of them (36,47% from all patients and 51,10% from patients with anxiety. Using of the patented complex non-medicament method in treatment men with hypertension and adjustment disorders demonstrated high efficiency.

Keywords: *hypertension, adjustment disorders, using of the complex non-medicament method in treatment*

© Butikov V.N., Penina G.O., 2009.

В.Н.Бутиков, Г.О.Пенина**ПОВТОРНЫЕ ОСТРЫЕ НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У СЕВЕРЯН И ФАКТОРЫ РИСКА**

ФГУЗ «Медико-санитарная часть МВД по Республике Коми»,

Коми филиал ГОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия», г. Сыктывкар, Россия

Реферат:

Нами проанализированы данные о 1224 случаях ишемического инсульта. Пациенты с повторным ишемическим инсультом составляют 21,5% группы. Среди изучаемых примерно равное число мужчин и женщин. Женщины достоверно старше ($p < 0,001$). Летальность у пациентов с повторным инсультом значимо выше ($p < 0,001$). Среди факторов риска у пациентов с повторными инсультами существенно ($p < 0,001$) преобладает артериальная гипертензия. Статистически значимой разницы по частоте повторных инсультов в зависимости от учтенных в Регистре факторов риска и во всей группе пациентов с инсультом практически не отмечено. Выявлено лишь статистически значимое увеличение частоты повторных ишемических инсультов у лиц с инфарктом миокарда или другой кардиологической патологией в анамнезе.

Ключевые слова:

повторный ишемический инсульт, факторы риска

По данным ВОЗ, смертность от инсультов составляет 12 - 15% общей смертности. В большинстве стран мира острые нарушения мозгового кровообращения входят в четверку самых частых причин смертности [6, 8]. Не менее трети инсультов приводят к летальному исходу в остром периоде. Летальность при инсульте – 35% в острой стадии, до 50% к концу первого года [7, 10]. В США ежегодно регистрируется около 700 тысяч инсультов, при этом повторные инсульты составляют 200 тысяч и сопровождаются более высокой частотой смертности и инвалидности, чем первый инсульт [9]. Вероятность инсульта увеличивается более чем в десять раз у лиц, перенесших инсульт или транзиторную ишемическую атаку (ТИА), поэтому профилактика инсульта наиболее актуальна в этой группе населения [1, 3, 4, 5, 9, 11]. Представляет интерес изучение частоты инсульта у жителей северных территорий, где физиологические закономерности процессов, происходящих в организме человека, имеют свои особенности [2].

Целью настоящей работы являлось изучение демографических показателей, структуры и факторов риска повторных случаев ишемического инсульта по данным отделения неврологии МУЗ МО г. Сыктывкар «Городская больница Эжвинского района». Аналогичные исследования в республике ранее не проводились. Методом поперечного исследования нами проанализированы данные обо всех случаях ишемического инсульта, внесенных в территориально-популяционный Регистр инсульта Республики Коми.

За период наблюдения (ноябрь 2007 г. – февраль 2009 г.) в неврологическое отделение ГБЭР было госпитализировано 1357 человек с установленным диагнозом ОНМК, в том числе 1224 пациента с диагнозом ишемический инсульт. Из них 21,5% (263 человека) перенесли ОНМК повторно. Средний возраст госпитализированных пациентов с повторным инсультом составил $67,2 \pm 1,3$ лет (достоверно старше, чем первичные пациенты, $p < 0,001$). Среди них 4 человека (1,5%) было в возрасте до 40 лет. В возрасте 41 – 60 лет госпитализировано 76 пациентов (28,9%). О двоих госпитализиро-

ванных нет данных в регистре. Все остальные больные с повторным инсультом (68,8%) были старше 60 лет. Среди изучаемых пациентов с повторным ОНМК ишемического типа несколько преобладают женщины, гендерный индекс 1,05:1. Средний возраст госпитализированных мужчин с повторным ОНМК составил, по данным Регистра инсульта, $64,8 \pm 1,79$ года, средний возраст госпитализированных женщин – $69,5 \pm 1,73$ года, т.е. женщины достоверно старше ($p < 0,001$). По имеющимся в Регистре данным, пациенты, выжившие в течение 21 дня, составили 56,3%, умершие – 12,5%, остальные 31,2% (82 человека) были выписаны из отделения ранее 21 дня и сведения о них в регистре отсутствуют. Таким образом, умершие составляют 18,2% от числа пациентов, перенесших повторный ишемический инсульт, с известным на 21 сутки исходом. Летальность от повторного ишемического инсульта по отделению составила, по данным регистра, 12,5%, что достоверно выше, чем летальность среди первичных пациентов (5,6%, $p < 0,001$). Изучение данных о распределении госпитализации в отделение по месяцам показывает, что больше всего пациентов с повторным ОНМК в течение года госпитализировано в августе, менее всего – в феврале и апреле, с достоверными различиями между этими месяцами ($p < 0,01$). Предварительная оценка сезонности распределения (по данным одного года) выявила, что наибольшее количество повторных ишемических ОНМК госпитализируется в летний период (30,6%). В то же время, весной наблюдается достоверно (в сравнении с летним периодом) меньшее число госпитализированных пациентов с повторным ОНМК (19,8%, $p < 0,01$). Среди факторов риска у анализируемой группы пациентов значимо ($p < 0,001$) преобладает артериальная гипертензия, отмеченная у 235 пациентов (89,3%), без существенных отличий по частоте от группы пациентов с первичным ишемическим инсультом. При этом у пациентов с артериальной гипертензией повторные ОНМК отмечены в 21,6% случаев, как в группе больных с ишемическим инсультом в целом. Сопутствующие заболевания сердца выявлены у 56,3% больных с повторным инсультом. В группе пациентов с сопутствующей кардиальной патологией частота повторных ОНМК составила 26,3%, что значимо выше ($p < 0,05$), чем среди всех зарегистрированных больных с ишемическим инсультом. Курение как фактор риска отмечено у 26,6% изу-

Contact Information:

Dr. Galina Penina

E-mail: penkina.ru@rambler.ru

чаемой группы. Частота повторных ОНМК ишемического типа у курящих пациентов была несколько ниже, чем по группе в целом, 18,9%. Мерцательная аритмия встречалась у 20,2% пациентов с повторным ишемическим инсультом. Среди пациентов с мерцательной аритмией 53 имели инсульт в анамнезе (23,7%), что значимо не отличается от частоты повторных ОНМК во все группе, вопреки нашим предположениям. Примерно у такого же количества пациентов (21,2%) отмечался и сахарный диабет. Но повторные ишемические ОНМК среди пациентов с диабетом встречались в 26,1% случаев, несколько чаще, чем в группе больных с ишемическим инсультом в целом. Инфаркт миокарда в анамнезе был выявлен у 15,2% пациентов с повторным инсультом. Повторные ОНМК отмечены у 40 (29,9%) пациентов с инфарктом в анамнезе, предсказуемо чаще, чем среди всех пациентов с острой церебральной ишемией ($p < 0,05$). Связь заболевания с перенесенным стрессом отмечает только 8% госпитализированных больных. Частота повторных ОНМК в этой группе 23,6%, практически как среди всех пациентов с ишемическим инсультом. Число пациентов с повторным инсультом, у которых не выявлен ни один из учтенных в регистре факторов риска, составило всего 3%, без значимых различий с группой в целом.

Таким образом, предварительная оценка данных регистра инсульта по неврологическому отделению городской больницы Эжвинского района, куда госпитализируются пациенты с ОНМК, показала, что пациенты с повторным ишемическим инсультом составляют 21,5% пациентов с ОНМК ишемического типа. Среди изучаемых примерно равное число мужчин и женщин, но женщины достоверно старше ($p < 0,001$). Летальность у пациентов с повторным инсультом значимо выше, чем среди первичных больных ($p < 0,001$). Среди факторов риска у анализируемой группы пациентов с повторными инсультами существенно ($p < 0,001$) преобладает артериальная гипертензия, как и в других группах пациентов с ОНМК. Однако статистически значимой разницы по частоте повторных инсультов в зависимости от учтенных в Регистре факторов риска и во всей группе пациентов с инсультом практически не отмечено. Выявлено лишь статистически значимое увеличение частоты

повторных ОНМК у лиц с инфарктом миокарда или другой кардиологической патологией в анамнезе.

Литература.

1. Бурчинский С. Г. Современные подходы к нейропротекции // Новости Мед. Фарм. - 2004. - №10 - 11. - С. 6 - 7.
2. Бутиков В.Н., Пенина Г.О. Роль территориального регистра инсульта в оценке проблемы острых нарушений мозгового кровообращения // Bulletin of the International Scientific Surgical Association (ISSN 1818-0698). - 2009. - Vol. 4, №1 - С. 40 - 43.
3. Гусев Е.И., Скворцова В.И. Ишемия головного мозга. // М. - 2001. - С. 328.
4. Парфенов В.А., Гурак С.В. Повторный ишемический инсульт и его профилактика у больных с артериальной гипертензией // Журн. неврол. и психиат. им. С.С. Корсакова. Инсульт. 2005, - № 14. - С. 3 - 7.
5. Суслина З.А., Танащян М.М., Ионова В.Г. Ишемический инсульт: кровь, сосудистая стенка, антитромботическая терапия. М.: Медицинская книга, 2005.
6. Фейгин В., Виберс Д., Браун Р. Инсульт: Клиническое руководство. М.: Бином; СПб.: Диалект, 2005.
7. Яхно Н.Н., Виленский Б.С. Инсульт как медико-социальная проблема. //Русский медицинский журнал. - 2005. - Т.13. - № 12. - С. 807 -815.
8. Bogousslavsky J. The global stroke initiative, setting the context with the International Stroke Society. //J Neurol Sciences. - 2005. - V.238. - Suppl. 1. -IS. 166.
9. Sacco R. L., Adams R., Albers G. et al. Guidelines for Prevention of Stroke in Patients With Ischemic Stroke or Transient Ischemic Attack: A Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association Council on Stroke: Co-Sponsored by the Council on Cardiovascular Radiology and Intervention: The American Academy of Neurology affirms the value of this guideline // Stroke. 2006; 37: 577 - 617.
10. The ischemic stroke in high risk patients. Antithrombotic Trialists' Collaboration. // BMJ - 2002 Дамулин И.В., Парфенов В.А., Скоромец А.А., Яхно Н.Н. Нарушения кровообращения в головном и спинном мозге. В кн.: «Болезни нервной системы. Руководство для врачей» / Под ред. Н.Н. Яхно. - М. Медицина, 2005. - Т.1. - С. 231 - 302.
11. Touze E., Varenne O., Chatellier G. et al. Risk of myocardial infarction and vascular death after transient ischemic attack and ischemic stroke: a systematic review and meta-analysis.// Stroke. 2005; 36: 2748 - 2755.

V.N.Butikov, G.O.Penina

REPEATED CEREBRAL STROKE AT INHABITANTS OF THE NORTH TERRITORIES AND RISK FACTORS

FSEH «Medical-sanitary part of MIA in Komi Republic»,
Komi branch of SEE HPE «Kirov state medical academy» Syktyvkar, Russia

ABSTRACT:

The information about the 1224 cases of ischemic stroke were studied. The patients with the repeated ischemic stroke made the 21,5% of this group. Among the studied people the equal number of men and women were established. Women were more senior than men ($r < 0,001$). The lethality of patients with the repeated stroke was significantly higher ($r < 0,001$). The hypertension prevails among the risk factors of the patients with the repeated strokes ($r < 0,001$). It is not marked difference on frequency of the repeated strokes depending of the factors of risk taken into account in Register and in all group of patients with a stroke practically. The significant increase of frequency of the repeated ischemic strokes is exposed only at persons with the myocardial infarction or other diseases of heart in anamnesis.

Keywords: repeated ischemic stroke, risk factors

© Kourdanov M.A., 2009.

М.А.Курданов

К ВОПРОСУ О НЕКОТОРЫХ ПОЗДНИХ СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ САХАРНОГО ДИАБЕТА

ЦМЭИ- филиал ГНЦ РФ ИМБП РАН, КБР, Нальчик, Россия

Реферат:

Известно, что риск развития сосудистых осложнений при наличии СД 2 типа возрастает в 2-4 раза по сравнению с больными сердечно-сосудистой патологией без диабета. Одним из важнейших осложнений СД является развитие ИБС. Повышенный уровень липидов в крови и высокое АД - два основных фактора, вызывающих развитие ИБС и атеросклероза. Метаболические нарушения при СД очень разнообразны: тканевая гипоксия, ДЛП, гормональный дисбаланс, метаболический ацидоз, ангиопатия, электролитные нарушения и т.д. В условиях ишемии миокарда возникает анаэробный обмен, окислительное фосфорилирование резко затормаживается, повышается содержание лактата, увеличивается соотношение лактат/пируват, повышается потребление ишемизированным миокардом глюкозы.

Таким образом, возникновение ИБС при СД представляет собой дезинтеграцию метаболических и гормональных взаимосвязей с акцентом на нарушение углеводного и жирового обмена.

Ключевые слова:

сахарный диабет, осложнения

Известно что риск развития сосудистых осложнений при наличии СД 2 типа возрастает в 2-4 раза по сравнению с больными сердечно-сосудистой патологией без диабета.[9] В ряде исследований продемонстрировано, что у больных СД2 типа риск возникновения инсульта повышен в 2-3 раза, хронической почечной недостаточности в 15-20 раз, слепоты в 10- 20 раз[10].

Одним из важнейших осложнений СД является развитие ИБС. По мнению большинства авторов, атеросклероз коронарных сосудов у больных СД встречается в 70% случаев[6] причем, поражаются именно коронарные сосуды, а не аорта. Очень часто [5]. отмечается "немые" формы ИБС и инфаркта миокарда Многие авторы отмечают, что для развития ИБС при СД уровень общего холестерина имеет меньшее значение, чем повышенное содержание глюкозы в крови [1]. Анализируя полученные результаты, ученые пришли к выводу, что гипергликемия вызывает соответствующую гиперинсулинемию, а высокий уровень инсулина, увеличивая синтез эфиров ХС в сосудистой стенке, способствует развитию атеросклероза [8].

Повышенный уровень липидов в крови и высокое АД - два основных фактора, вызывающих развитие ИБС и атеросклероза. Но у больных СД имеются особенности, которые обусловлены большей частотой и сочетанием таких факторов риска, как гиперлиппротеидемия, артериальная гипертензия, повышенная свертываемость крови, а также наличие гипергликемии, микроангиопатий и изменение секреции инсулина.

Клиницисты давно отметили, что у больных СД инфаркт миокарда развивается без болевого синдрома или он не значительно выражен [2]. Среди причин безболевого течения инфаркта миокарда большинство авторов указывают на генерализованную капилляропатию, на поражение мелких интрамуральных сосудов с нарушением функции нервно-рецепторного аппарата [3]. С этими же патогенетическими факторами связаны затруднения в развитии коллатерального кровообращения в миокарде при СД, что создает благоприятную

почву для повторных и распространенных инфарктов, аневризм [7].

Особенно активно прогрессирует развитие ИБС у больных СД 2 типа. Это обусловлено тем, что при этом типе диабета у больных, как правило отмечается гиперинсулинемия, инсулинорезистентность и параллельно с этим выраженное снижение ЛПВП [8].

Метаболические нарушения при СД очень разнообразны: тканевая гипоксия, ДЛП, гормональный дисбаланс, метаболический ацидоз, ангиопатия, электролитные нарушения и т.д. [3].

Возникновение ИБС при СД представляет собой дезинтеграцию метаболических и гормональных взаимосвязей с акцентом на нарушение углеводного и жирового обмена [8].

В условиях ишемии миокарда возникает анаэробный обмен, окислительное фосфорилирование резко затормаживается, происходят следующие биохимические изменения: резко повышается содержание лактата, увеличивается соотношение лактат/пируват, повышается потребление ишемизированным миокардом глюкозы [8].

В то же время некоторые авторы не находят прямой зависимости возникновения сосудистой патологии атеросклеротического генеза от длительности и степени тяжести СД [5]. Прогрессирование атеросклеротических изменений в миокарде при СД развивается с увеличением возраста [5].

Поражение симпатического отдела вегетативной нервной системы способствует возникновению всех этих изменений, особенно часто у больных СД возникают приступы пароксизмальной тахикардии, которые учащаются в период развития гипогликемии или при ортостатической гипертензии, вызванной невропатией. Важной причиной нарушения является кетоацидоз и нарушение электролитного обмена. Перечисленные факторы способствуют развитию таких нарушений, как желудочковая экстрасистолия, мерцательная аритмия, внутрелючковые блокады, атриовентрикулярные блокады. Все эти нарушения ритма и проводимости являются характерными для СД [8].

Литература

1. Бахшалиева М.И., Сахарный диабет.- М.; Медицина. 1994.- 384 с.

Contact Information:

Магомед Ахматович Курданов

E-mail: endokrino@mail.ru

2. Балашов В.А., Диккер В.Е., Галенок В.А./ Сократительная функция миокарда и кислородный обмен при сахарном диабете. / Терапевт. Архив. - 1985. - 10. - С. 139-142.
3. Лукьянчиков В.С. [Спорные вопросы Этиологии, патогенеза и лечения диабетической микроангиопатии.]// Кардиология - 1991 - 11 - С.88.-94.
4. Махмудов Э.А. Некоторые стороны углеводного, липидного обмена и уровень гормонов при ожирении и его лечение: Дис. канд. Мед. Наук. Ташкент. , 1985.
5. Мажуль Л.М., Белозеров Л.Р. Гаврилов В.Б. Диагностика и профилактика диабетических ангиопатий. // Клиническая Медицина. - 1991. - 11. - С.76-79.
6. Оганов. Р.Г. Алиев Т.А. Нарушения углеводного обмена и ишемическая болезнь сердца. - Баку, 1983.
7. Славина Е.С. поражения сердца и о сосудов при заболеваниях желез внутренней секреции . Руководство по кардиологии. М., 1982. -Т.и.-С. 417-457-451.
8. Соколов Е.И. Сахарный диабет и атеросклероз.- М.:"Наука", 1996.- 403с. Winter WE. Type 2 diabetes mellitus: the challenge of a metabolic epidemic. J Clin Ligand Assay 1998;21: 293-308
9. De Fronzo R.A. Pharmacologic therapy for type 2 diabetes mellitus// Ann Intern.Med.-1999. 131: 281-303

M.A.Kourdanov

ON SOME LATE VASCULAR COMPLICATIONS OF DIABETES

Nalchik, Russia

ABSTRACT:

One of the most important complication of diabetes mellitus is the development of ischemia of a myocardium. The high level lipids in blood and high blood pressure are two main factors of ischemia of a myocardium and atherosclerosis. The metabolic breach at the diabetes mellitus is very various: tissue gipoksy, hormone disbalance, metabolic acidor, angiopatia and electrolytic breach and etc. On condition of ischemia myocardium beginning anaerobic exchange, oxidizing phosphoresention abruptly siowing down, the contents of loctats is raising, correlation of loctate / piruvait is growing, raising the consumption of the glucose by ischemia myocardium. So the deginning of ischemia myocardium at the diabetes mellitus represents disintegration metabolic and hormone intercommunications with the accent on breach of carbohydratic and fatty exchange .

Keywords: Diabetes mellitus , metadolic dreach, cardio-vascular complication, carbohydratic exchange, fatty exchange

© Nemirova S.V., 2009.

С.В.Немирова

ЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНЫХ АРТЕРИЙ: ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Нижегородская государственная медицинская академия, Н. Новгород, Россия

Реферат:

Представлены показания к оперативному лечению пациентов с эмболией легочных артерий. Оценены результаты эмболэктомии у 25 пациентов с острой массивной эмболией и хронической посттэмболической окклюзией легочных артерий.

Ключевые слова:

массивная эмболия легочных артерий, эмболэктомия, хроническая легочная гипертензия

Эмболия легочных артерий (ЭЛА), будучи широко распространенной в популяции, является одной из ведущих причин смертности от сердечно-сосудистой патологии. ЭЛА осложняет течение травм, родов, операций, инфаркта миокарда, острого нарушения мозгового кровообращения и т.д.

Для лечения ЭЛА широко применяют антикоагулянтную и тромболитическую терапию, а также эндоваскулярные вмешательства и «открытые» операции, в том числе и с применением искусственного кровообращения в сочетании с симптоматической терапией.

Наибольшая ответственность за правильное решение и осуществление тактических, диагностических и лечебных действий в случаях массивной легочной эмболии выпадает на долю врачей, применяющих в своей практике все методы лечения и четко дифференцирующих показания к ним.

Цель исследования: изучить возможности оперативного лечения эмболии легочных артерий в зависимости от этиологии, сроков заболевания, локализации и объема поражения сосудистого русла.

Contact Information:

Светлана Владимировна Немирова
E-mail: info@gma.nnov.ru

Материалы и методы. В исследование включено 25 пациентов с подтвержденным диагнозом «эмболия легочных артерий», прооперированных в клинике госпитальной хирургии имени Б.А. Королева Нижегородской государственной медицинской академии.

Показанием к оперативному лечению считали массивную эмболию ствола легочной артерии (ЛА) или его главных ветвей (до сегментарных включительно), тяжелую степень нарушения перфузии легких, сопровождающейся резкими гемодинамическими расстройствами (давление в ЛА более 50 мм рт. ст.), внутрисердечную локализацию эмбола или тромба, неэффективность или невозможность выполнения тромболитической терапии, в том числе у пациентов с эмболией участком вегетации и опухоли, а также окклюзией ЛА с развитием хронической посттромбоэмболической легочной гипертензии (ПТЭЛГ).

При одностороннем поражении и выполняли торакотомию с соответствующей стороны, при двустороннем тромбоэмболическом – предпочитали чресстернальный доступ: в этом случае эмболэктомию выполняли в условиях вспомогательного кровообращения или полной остановки кровообращения и фармакоологической кардиоплегии. При выраженных нарушениях гемодинамики оперативное вмешательство начинали с обнажения и канюляции бедренной артерии (у 5 больных).

Зона артериотомии зависела от локализации тромбо-

эмболов и особенностей анатомии ветвей ЛА. Тромбэмболектомия выполнялась прямым методом, катетерами Фогарти диаметром от 2F до 5F и с помощью активной аспирации. Артерию ушивали атрауматичным швом. После восстановления сердечной деятельности и окончания перфузии выполняли деканюляцию аорты и полых вен и контроль гемостаза. Превентивно подшивали электроды для электрокардиостимуляции и устанавливали дренажи в полость перикарда и переднее средостение. Шов раны – послыйный.

В послеоперационном периоде продолжалась интенсивная терапия, включавшая введение антикоагулянтов. Также выполняли контрольное ангиографическое и ультразвуковое исследование, компьютерную томографию. Всем пациентам при выписке рекомендован контроль МНО.

Результаты и обсуждение. Для определения показателей к экстренной эмболектомии наиболее информативны ультразвуковое исследование сердца и сосудов и ангиопульмонография. При выявлении хронической ПТЭЛГ предпочтение следует отдавать КТ и КТ-ангиографии с оценкой структуры и функции легочной ткани зоны нарушения кровообращения.

Признаки легочной гипертензии и перегрузки правых отделов сердца с их дилатацией и значимой регургитацией на трикуспидальном клапане имели место у всех пациентов. Расчетное давление в ЛА составило в среднем $54,2 \pm 7,15$ мм рт. ст. (от 39 до 79). Индекс Мюллера у всех оперированных больных был более 25 баллов; поражение было двусторонним в подавляющем большинстве случаев (25).

Объем оперативного вмешательства определяли, исходя из данных топической диагностики. Полное восстановление проходимости ЛА через общий легочный ствол выполнено у 14 пациентов, дополнительный трансперикардиальный подход к долевым артериям потребовался в 11 случаях.

При острой обструкции ЛА оперативное лечение возможно выполнить без искусственного кровообращения в случае, если состояние пациента и локализация тромбэмбола позволяли кратковременно пережать ствол ЛА или одну из главных ветвей. Однако при внутрисердечной локализации эмбола или продолженного тромба, хронической обструкции ЛА тромбэндартерэктомию проводили в условиях вспомогательного кровообращения или полной остановки кровообращения и фармакоологической кардиopleгии. При хронической ПТЭЛГ выполняли тромбэмболиктимэктомию.

Длительность искусственного кровообращения составила в среднем $56,2 \pm 9,74$ мин, время пережатия аорты – $38,94 \pm 8,41$ мин.

В ближайшем послеоперационном периоде погибла 1 больная с полиорганной недостаточностью и множе-

ственными некрозами обеих нижних и правой верхней конечностей, что было связано с неадекватной антикоагулянтной терапией в дооперационном периоде, проводимой в терапевтическом стационаре варфарином.

Реперфузионный синдром в нашем исследовании имел место у двух пациентов с длительностью заболевания 24 и 11 суток; купирован на фоне интенсивной терапии.

Длительная ИВЛ (19 суток) у пациентки С., 65 лет, была обусловлена выраженной острой дыхательной недостаточностью, связанной с билатеральной нижнедолевой инфаркт-пневмонией.

Ранний послеоперационный период протекал без осложнений у 16 пациентов. После тромбэндартерэктомии во всех случаях регистрировали отчетливое снижение давления в легочной артерии, отмечали наличие повышения концентрации кислорода в артериальной крови в течение уже первых часов после операции.

Положительная динамика показателей Эхо-КТ, заключавшаяся в уменьшении размеров полостей правых камер сердца, снижении систолического давления в легочной артерии в среднем на $12,7 \pm 2,9$ мм рт. ст. к третьим суткам послеоперационного периода отмечалась у всех пациентов.

Высокий риск рецидива тромбэмболии имел место у 5 больных; им выполнена имплантация кава-фильтра (Trape Easy «Cordis»).

В отдаленные сроки после тромбэмболектомии рецидив тромбоза глубоких вен нижней конечности при нарушении режима профилактики и приема непрямого антикоагулянтов был зарегистрирован у 3 пациентов. Рецидив ТЭЛА развился у одной больной через 5 месяцев после операции.

В отдаленном периоде в сроки от 6 до 28 месяцев состояние 18 больных остается удовлетворительным, расчетное давление в ЛА сохраняется на уровне в среднем $27,05 \pm 3,11$ мм рт. ст. Летальных исходов в период наблюдения не зарегистрировано.

Таким образом, при массивной эмболии с давлением в ЛА 50 мм рт. ст. и более в случае неэффективности или невозможности выполнения тромболизиса, нетромботического генеза эмболов, а также при хронической ПТЭЛГ, предпочтение следует отдавать хирургической дезобструкции. Причем, если при острой ТЭЛА малоинвазивные методики в некоторых случаях возможны, то при хронической постэмболической окклюзии ствола и крупных ветвей легочной артерии в значительной степени оправдан риск активной хирургической тактики. При острой ЭЛА с двусторонним поражением и хронической ПТЭЛГ предпочтительнее оперативное вмешательство в условиях искусственного кровообращения.

S.V.Nemirova

PULMONARY TROMBOEMBOLISM: SURGICAL TREATMENT

Nizhniy Novgorod State Medical Academy, Nizhniy Novgorod, Russia

ABSTRACT:

The evidences for surgical treatment of pulmonary embolism have been presented. The results of 25 embolectomy in patients with acute pulmonary embolism and chronic postembolic occlusion of lung arteries have been analyzed.

Keywords: *massive pulmonary embolism, embolectomy, chronic lung hypertension*

© Nemirova S.V., 2009.

С.В.Немирова**ОПТИМИЗАЦИЯ ПОСТОЯННОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С КОРРИГИРОВАННЫМИ ПРИОБРЕТЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА***Нижегородская государственная медицинская академия, Н. Новгород, Россия***Реферат:**

Рассмотрены особенности и результаты постоянной электрокардиостимуляции у 147 пациентов с корригированными приобретенными пороками сердца. Выявлены причины неэффективности стимуляции и прогрессирования сердечной недостаточности. Предложены методы профилактики и лечения.

Ключевые слова:

Электрокардиостимуляция, приобретенные пороки сердца, результаты, осложнения

Приобретенные пороки составляют до 25% заболеваний сердца у взрослых. Несмотря на совершенствование тактики лечения, после операции нередко развиваются аритмии, значительно ухудшая состояние больного и становясь причиной фатальных исходов.

По литературным данным, необходимость в имплантации перманентного электрокардиостимулятора (ЭКС) возникает после 2,1-9,7% операций по поводу приобретенных пороков сердца (ППС).

В литературе дискутируется вопрос о показаниях и сроках имплантации постоянного ЭКС в послеоперационном периоде, однако данные носят противоречивый характер. Не оценена эффективность изолированной предсердной стимуляции у больных с корригированными пороками сердца ревматического генеза. Также выполнялись работы по исследованию порога стимуляции при разных заболеваниях сердца, но изучения динамики порога стимуляции у пациентов с корригированными ревматическими пороками сердца не проводилось. Также остается открытым вопрос о структурно-функциональных изменениях левого желудочка у больных с корригированными ППС после имплантации ЭКС.

Исходя из этого целью настоящего исследования явилась детализация показаний и обоснование оптимальной тактики постоянной электрокардиостимуляции у пациентов с корригированными ППС.

Работа выполнена на базе клиники госпитальной хирургии имени Б.А. Королева Нижегородской государственной медицинской академии.

В исследовании включены 147 пациентов с перманентными ЭКС, имплантированными в разные сроки после коррекции ППС.

В большинстве случаев причиной оперативного вмешательства был ревматический порок сердца. В структуре пороков чаще встречалось поражение митрального клапана. У 45 больных в анамнезе было 2-4 операции по поводу приобретенного порока сердца.

На первом этапе исследования нами проведен анализ показаний к имплантации ЭКС и выбора стимулирующей системы у пациентов с корригированными ППС. Считаем имплантацию постоянного кардиостимулятора показанной непосредственно во время операции по поводу приобретенного порока сердца при хирургиче-

ческой травме или гнойной деструкции проксимальных отделов проводящей системы сердца. При отсутствии положительной динамики или прогрессировании брадиаритмии на фоне комплексного лечения в течение 10 суток также показана имплантация перманентного стимулятора. В том случае, если до операции у больного была умеренная синусовая брадикардия или фибрилляция предсердий (ФП) с частотой активации желудочков 40-50 в минуту, то при ее сохранении в послеоперационном периоде временная стимуляция также целесообразна не более 10 дней с последующей имплантацией постоянного ЭКС. При развитии брадиаритмии в отдаленном послеоперационном периоде сроки имплантации кардиостимулятора зависят от состояния пациента и проводимой терапии.

При наличии синдрома слабости синусового узла (СССУ) с брадикардией 40-50 в минуту имплантация ЭКС показана при выявлении аортальной или митральной регургитации II степени при 2-3-кратном исследовании даже в отсутствие клинической симптоматики.

Имплантацию постоянного ЭКС также считаем показанной пациентам с преходящей атриовентрикулярной (АВ) блокадой II степени, развившейся на фоне постоянной АВ блокады I степени при неэффективности терапии.

Больным с тахикардией имплантация ЭКС позволяет обеспечить безопасное проведение антиаритмической терапии.

В связи с наличием некупируемого тахи-компонента аритмии 17 пациентам выполнена имплантация ЭКС и создана искусственная АВ блокада (ранее этим больным выполнялись попытки проведения изолирующих операций и модификации АВ соединения по поводу медикаментозно резистентной тахикардии).

У пациентов с ревматическим пороком сердца предлагаем отказаться от изолированной предсердной стимуляции при СССУ. Эти больные имеют высокую вероятность развития АВ блокад, что делает кардиостимуляцию в режиме ААI неэффективной, приводя ЭКС-зависимых пациентов к высокому риску смерти. Для больных с хронической бради-формой ФП предпочтительна VVIR-ЭКС, для других брадиаритмий – DDDR.

Вторая часть исследования посвящена изучению результатов постоянной электрокардиостимуляции у пациентов с корригированными ППС.

Повторные операции выполнены в 46 случаях, плановые смены ЭКС в связи с истощением источника питания стимулятора составили 41%. Осложнения кардиостимуляции были выявлены в 26 случаях.

При подозрении на инфицирование стимулирующей

Contact Information:

Светлана Владимировна Немирова

E-mail: info@gma.nnov.ru

системы выполнялся посев крови и отделяемого из ложа ЭКС, проводилась комплексная терапия, смена стимулирующей системы с имплантацией ЭКС с контралатеральной стороны, иссечение инфицированных тканей, проточное промывание «старого» ложа ЭКС. В одном случае у пациента с протезом митрального клапана развился эндокардит с деструкцией трикуспидального клапана. Больному выполнена резекция участка створки с абсцессом, ее шов, транслокация хорд, пластика клапанного кольца по де Вега. В течение уже 9 лет состояние больного удовлетворительное, функция клапана не нарушена.

Повышение порога стимуляции обусловило выполнение 34% повторных операций, в связи с чем нами было проведено исследование его динамики. Выявлено статистически достоверное увеличение значения порога стимуляции у пациентов с корригированными ППС ревматической этиологии вне зависимости от типа применяемого эндокардиального электрода в течение всего послеоперационного периода. Поэтому в последние годы у пациентов с ревматическими пороками сердца мы применяли электроды со стероидным компонентом: блока выхода за время наблюдения в этой группе больных зафиксировано не было.

При изучении отдаленных результатов оценивали функциональный класс и изменения морфофункциональных параметров левого желудочка.

При поступлении в стационар 80% больных были отнесены к III и IV функциональному классу (ФК) по классификации NYHA. При обследовании через год после имплантации ЭКС 65% пациентов находилось в I и II ФК.

Изучение морфофункциональных показателей левого желудочка было проведено у 31 больного с корригированными пороками митрального клапана. Обследование выполнялось до и непосредственно после коррекции порока, затем через 12 и 24 месяца, далее при поступлении в стационар в связи с брадиаритмией, и через 6 и 12 месяцев после имплантации ЭКС.

При анализе результатов отмечено, что ухудшение показателей внутрисердечной гемодинамики и геометрии левого желудочка, связанное с митральным регургитом, имело место у 6 пациентов. Значимого изменения параметров левого желудочка не было выявлено у 11 больных, что обусловлено прогрессированием дилатации предсердий и объемной перегрузкой желудочков на фоне хронической брадисистолической формы ФП и стимуляции в режиме VVI. Улучшение морфофункциональных показателей левого желудочка, вплоть до их нормализации зарегистрировано у 14 пациентов с протезом митрального клапана и физиологичными ЭКС.

Также отмечено, что после имплантации ЭКС даже при сохранении группы инвалидности продолжают работать 66% пациентов, что является показателем хорошей социальной адаптации.

Таким образом, на безопасность кардиостимуляции влияет трансформация аритмии, прогрессирование основного заболевания, проводимая терапия и предотвращение возможных осложнений. Предпочтительной является двухкамерная или VVIR-стимуляция, применение электродов со стероидным компонентом с активной фиксацией. Эффективная электрокардиостимуляция при адекватной коррекции ППС способствует сохранению и повышению трудоспособности пациентов.

S.V.Nemirova

OPTIMIZATION OF PERMANENT HEART PACING IN PATIENTS WITH HEART VALVULAR DISEASE

Nizhniy Novgorod State Medical Academy, Nizhniy Novgorod, Russia

ABSTRACT:

The particularities and results of permanent heart pacing in 147 patients with heart valvular disease have been considered. The reasons of effectiveness of pacing and the heart failure's progressing have been discovered. The methods of the prevention and treatment have been presented.

Keywords: heart pacing, heart valvular disease, results, complications

© Ponomareva G.M. et al., 2009.

Г.М.Пономарева, В.Н.Бутиков, Г.О.Пенина

ДИНАМИКА КОГНИТИВНЫХ И АФФЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕНДЕРНОГО ФАКТОРА

ФГУЗ «Медико-санитарная часть МВД по Республике Коми»,

МУЗ «Городская больница Эжвинского района»,

Коми филиал ГОУ ВПО «Кировская ГМА Росздрава»,

Сыктывкар, Россия

Реферат:

Изучено 27 пациентов с ишемическим инсультом, 10 мужчин, 17 женщин. В остром периоде ишемического ОНМК депрессивные расстройства у женщин были выражены меньше, а тревожность - больше. После лечения значимое улучшение когнитивных функций наблюдалось в обеих группах ($p < 0,1$). Показатели депрессии и тревоги снизились в обеих группах, у мужчин достигнуты лучшие результаты.

Ключевые слова:

ишемический инсульт, когнитивные и аффективные нарушения, Республика Коми

Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) занимают одно из первых мест в структуре смертности населения. Ежегодно в мире церебральный инсульт переносят около 6 млн. человек, а в России – более 450 тыс., т.е. каждые 1,5 мин. у кого-то из россиян впервые развивается это заболевание [3, 5, 7, 8, 9, 10]. Остаются актуальными проблемами стойкая потеря трудоспособности после инсульта, а также необходимость в оказании помощи этим больным в период длительной реабилитации [1, 4, 6]. Особый интерес представляет изучение цереброваскулярной патологии в условиях Крайнего Севера, где физиологические закономерности процессов, происходящих в организме человека, имеют свои особенности. Только за 2008 г. в территориально-популяционном регистре на базе неврологического отделения МУЗ «Городская больница Эжвинского района» МО г. Сыктывкар зафиксировано 1090 случаев ишемического инсульта [2].

Целью данной работы является изучение гендерных различий и их влияния на восстановление функций у больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК), проживающих в условиях Европейского севера (Республика Коми). Было обследовано 27 пациентов в остром периоде ОНМК, госпитализированных в отделение неврологии МУЗ МО г. Сыктывкар «Городская больница Эжвинского района» в 2008-2009 гг. Критерием включения в исследование являлся ишемический тип ОНМК со средней степенью тяжести состояния пациентов. Критерием исключения было наличие выраженных когнитивных нарушений и грубых афатических расстройств. Проводилась оценка соматического, неврологического статуса; степень тяжести состояния при ОНМК оценивалась по следующим шкалам: Скандинавская, Orgogozo, Бартела, оригинальная шкала Е.И Гусева, В.И. Скворцовой. Кроме того, изучался сон пациентов (по шкале сна, по шкале ВОЗ, по шкале оценки качества сна - SQS); эмоциональный статус (шкала тревоги Спилбергера-Ханина, депрессии CES-D). При исследовании когнитивных функций оценивались память, внимание и мышление (методика «исключение лишнего», сложные аналогии, определенности устойчивости внимания и динамики работоспособности – тест Шульте, кратковременная память по Лурья), использовалась краткая шкала оценки психического статуса (MMSE). Исследование проводилось до и после курса лечения. Также выполнялся анализ результатов лабораторных, функционально-диагностических и нейровизуализационных исследований.

Средний возраст обследованных нами пациентов составил $59,1 \pm 11,9$ лет. Среди пациентов, принимавших участие в исследовании, 10 мужчин и 17 (62,9%) женщин, гендерный индекс - 1:1,7. Средний возраст мужчин в группе около 53 лет (медиана, 25 и 75 перцентили составляют 53 (46;66) лет соответственно), что почти на 10 лет ниже среднего возраста женщин (медиана, 25 и 75 перцентили составляют 63 (56;69) лет соответственно) без статистически значимых различий.

Основными жалобами, которые предъявляли пациенты, были слабость в конечностях, онемение, снижение чувствительности, сонливость, головокружение,

гиперемия, плаксивость, снижение настроения, смазанная речь, рвота. Анализ клинической картины заболевания обследованных показывает, что до начала лечения обе группы были сопоставимы по жалобам.

Объективная симптоматика обеих групп до лечения имела определенные отличия. В женской группе несколько чаще наблюдались парезы (93%), девиация языка (60%), асимметрия носогубной складки (52%) со статистически значимыми различиями ($p < 0,1$). У мужчин чаще встречались координаторные нарушения, снижение чувствительности, патологические рефлексы и асимметрия рефлексов, которые наблюдались в 80% случаев.

Используемые в исследовании шкалы объективизируют степень тяжести состояния пациентов, поэтому применение тестирования до и после лечения позволяет судить как об однородности исследуемой группы пациентов, так и о влиянии половых различий на исход заболевания.

Мужчины при поступлении имели следующие результаты по Скандинавской шкале: 21 - 40 балла набрали 20% испытуемых до начала лечения; 41 - 60 балла наблюдалось у 80%. Все пациенты набрали от 31 до 49 баллов по оригинальной шкале. По шкале Оргогозо 36 - 70 баллов получили 20% пациентов, 71 - 100 баллов - 80%. Шкала Бартела наглядно показывает, что тяжелое состояние пациентов на уровне 0-35 баллов, к сожалению не улучшилось и после терапии, и было зарегистрировано вначале на уровне 10%; уровень 36-70 баллов преодолели 20% мужчин, 71-100 балла до лечения набрали 70% обследованных. Показатель депрессии в пределах нормы по шкале CES-D до лечения наблюдался у 30%, легкая депрессия - у 20%, а выраженная депрессия - у 50% пациентов мужского пола. По шкале тревоги Спилбергера показатели ситуационной тревожности вначале находились, чаще, на уровне средних значений - у 50%, больные с низкой тревожностью составляли 40% случаев, а очень низкая тревожность отмечена лишь у 10% пациентов. Показатели личностной тревожности имели высокий уровень в 10% случаев; средние – у 60% испытуемых. Инсомния была зарегистрирована по SQS в 70% случаев.

Результаты исследования с применением теста Шульте распределились следующим образом: хорошая вработываемость при поступлении наблюдалась в 30% случаев; 70% мужчин требовалась подготовка к выполнению задания. Хорошая психическая устойчивость вначале наблюдалась у 50%, столько же мужчин имели плохую психическую устойчивость. Показатели при исследовании по методике «исключение лишнего» при поступлении были следующими: 2 - 4 балла отмечалось у 60% пациентов; 5 - 7 баллов имели 20% пациентов; 8 - 9 баллов наблюдалось также у 20% лиц мужского пола. Не выполнили задание по тесту «сложные аналогии» до терапии 80% мужчин. Психический статус при оценке по MMSE имел следующие градации: 24 - 27 балла - 30%, у 70% результаты находились в пределах 28 - 30 баллов в начале лечения. Кратковременная память изначально имела 100% низкий уровень.

Женщины при поступлении имели несколько более тяжелое состояние, что отмечается по шкалам оценки степени тяжести состояния пациентов, без статистически значимых различий с мужчинами. Оценка тяжести пациенток по Скандинавской шкале наглядно показала,

Contact Information:

Dr. Galina Penina

E-mail: penkina.ru@rambler.ru

что тяжелое состояние к началу терапии имели 5% женщин, набрав в сумме 0-20 баллов, 21-40 баллов при поступлении имели 30% испытуемых; 41-60 баллов получили 65% до лечения. Оригинальная шкала также выявила, что только женщины имели градацию по баллам: 16-30 баллов отмечалось у 12% пациенток, остальные вошли в уровень 31-49 балла. Шкала Оргогозо подтверждает результаты предыдущих шкал. У пациенток чаще отмечались легкие депрессивные нарушения (35%), по сравнению с мужчинами (20%). Выраженные расстройства выявлены у женщин в 41% случаев, а у представителей сильного пола - в 50% случаев. Уровень тревожности у женщин был выше, чем в мужской группе. Ситуационная тревожность по шкале Спилбергера оценивалась как средняя у 76% при поступлении; низкую тревожность изначально показали всего 19%, а очень низкая ситуационная тревожность выявлялась у 1 пациентки. Инсомния была зарегистрирована по SQS в 88% случаев. Кратковременная память изначально имела 100% низкий уровень. Хорошая вработываемость (исследование с применением теста Шульте) отмечена у 5% изначально; требовалась подготовка 95% испытуемых. 30% опрошенных пациенток выявили хорошую психическую устойчивость при поступлении, соответственно плохая психическая устойчивость составляла 70%. В тесте «исключение лишнего» при поступлении 2-4 балла набрали 64% пациенток; 5-7 баллов изначально наблюдалось у 24%; 8-9 баллов - у 2 пациенток. Не выполнили задание по тесту «сложные аналогии» до терапии 83%.

После лечения в обеих группах отмечалась положительная динамика. В женской группе сохранились жалобы на слабость (87%) и снижение настроения (23%). Меньше пациентов стало предъявлять жалобы на сонливость, головокружение; снижение чувствительности. Исчезли жалобы на гиперемиию лица, плаксивость, смазанную речь, рвоту. В мужской группе после лечения также сохранились такие жалобы как слабость - 20%, снижение чувствительности, онемение, сонливость - 10%. Полностью исчезли смазанная речь, сонливость, гиперемия лица, рвота, головокружение, плаксивость.

В результате лечения появились различия в неврологическом статусе обследованных групп пациентов. Так, парез в мужской группе выявлялся у 40% пациентов, в то время как в парез женской группе наблюдался существенно чаще - в 60% случаев. Остальные неврологические проявления также чаще наблюдались у женщин, несмотря на одинаковую терапию.

При объективизации состояния пациентов с применением клинических оценочных шкал отмечена следующая картина: после лечения в результатах появились различия в оценке степени тяжести пациентов. Со статистически значимыми различиями ($p < 0,1$) улучшились результаты в мужской группе при исследовании когнитивных функций. Шкала исключения лишнего показала, что 2-4 балла наблюдалось только у 10% больных при выписке, в то время как до терапии эти показатели составляли 60%; 5-7 баллов набрали 50% мужчин. То же касается и когнитивной шкалы «сложные аналогии», где из группы, набравшей 0 баллов, пациенты переместились в группу с 1-2 баллами, уменьшив численность группы, не справившихся с этим заданием, с 80% до 10%. Без статистически значимых различий снизились показатели депрессивных расстройств, выраженная

депрессия наблюдалась у 20%, легкая у 30%, а показатели нормы составили 50%. Ситуационная тревожность по шкале Спилбергера оценивалась как средняя у 30% при выписке; низкую тревожность показали 70%. В оценке личностной тревожности произошло смещение сторону низких показателей - до 60%, средние значения остались у 30% испытуемых, а высокие - у 10% (без статистически значимых различий). Статистически значимые различия ($p < 0,1$) в группе женщин выявлены также при оценке по шкалам исследования когнитивных функций со следующими показателями: 2 - 4 балла в шкале «исключения лишнего» набрали 24% пациенток при выписке, в то время как до терапии эти показатели составляли 64%; 5-7 баллов набрали 53%, пополнив данную группу из предыдущей. При оценке по шкале «сложные аналогии», из группы 0 баллов, пациентки переместились в группу с 1-2 баллами, увеличив ее с 12% до 53%, а не выполнивших вообще это задание осталось всего 29% (до лечения эта цифра составляла 83%). Без статистически значимых различий снизились показатели депрессивных расстройств и у женщин, число пациенток с выраженной депрессией снизилось до 20% с 41%, легкая стала наблюдаться у 45%, а показатели нормы составили 35%. Ситуационная тревожность по шкале Спилбергера оценивалась как средняя у 30% при выписке; низкую тревожность показали 60%, а очень низкая тревожность находилась на уровне 10%. В оценке личностной тревожности произошло смещение сторону низких показателей - до 65%, увеличившись с 12% при поступлении. Средние значения остались у 35% испытуемых (исзначальная цифра составляла 80%), а высокая личностная тревожность не наблюдалась при выписке, тогда как при поступлении она составляла 8% (без статистически значимых различий). Психический статус в женской группе в 28-30 баллов был выявлен у 88% при выписке ($p < 0,1$), по сравнению с 41% до лечения.

Таким образом, в ходе нашего исследования выявлено, что в остром периоде ишемического ОНМК депрессивные расстройства у женщин были выражены в меньшей степени, а тревожность - в большей степени, чаще наблюдались нарушения сна, и более низкие показатели по когнитивным шкалам, хотя и без статистически значимых различий мужчинами. После лечения в обеих группах отмечалась положительная динамика, однако неврологический дефицит также чаще наблюдался у женщин, несмотря на одинаковую терапию в обеих группах. При объективизации состояния пациентов с применением клинических оценочных шкал отмечена следующая картина: значимое улучшение наблюдалось в обеих группах ($p < 0,1$) по следующим показателям: исключение лишнего, сложные аналогии, а в женской группе - и по MMSE. После лечения показатели депрессии и тревоги снизились в обеих группах, мужчины быстрее и легче справились с депрессивными расстройствами, показав лучшие результаты. Ситуационная и личностная тревожность оказалась при выписке чуть выше у мужчин.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурчинский С.Г. Современные подходы к нейропротекции // Новости Мед. Фарм. - 2004. - №10-11. - С. 6-7.
2. Бутиков В.Н., Пенина Г.О. Роль территориального регистра инсульта в оценке проблемы острых нарушений мозгового кровообращения // Bulletin of the International Scientific Sur-

- gical Association (ISSN 1818-0698). – 2009. - Vol.4, №1 - С. 40 – 43.
3. Гусев Е.И., Скворцова В.И.. Ишемия головного мозга.- М.: Медицина, 2001, - 328с.
 4. Инсульт: диагностика, лечение, профилактика / Под ред. З.А. Суслиной, М.А. Пирадова. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 288 с.
 5. Лукьянова Л. Д., Лукьянова А. Д. Роль биоэнергетических нарушений в патогенезе гипоксии // Пат. Физиол. и Эксп. Тер. - 2004. - № 2. - С. 2-11.
 6. Скворцова В.И., Евзельман М.А.. Ишемический инсульт, - Орел, 2006. – 404 с.
 7. Скоромец А. А., Никитина В. В., Голиков К. В.

- и др. Эффективность Цитофлавина в постинсультном периоде ишемического нарушения мозгового кровообращения // Мед. Акад. Журн. - 2003. - № 2. - С. 90-97.
8. Clark D., Sokoloff L. Circulation of energy metabolism in brain // Basic Neurochemistry (molecular, cellular and medical aspects). - N.Y. : Raven Press, 1994. - P. 645-681.
 9. Illegas J.L. Neurotransmitter aspects of neuron's apoptosis // Apoptosis. Molecular Biology, Neurochemistry, Physiology. - Lancaster : Erwin&Lyonell, 2002. - P. 234 — 248.
 10. Kidwell S. C., Liebeskind D. S., Starkman S. et al. Trends in acute ischemic stroke trials through the 20th century // Stroke. - 2001. - v.32. - P. 1349-1359.

G.M.Ponomareva, V.N.Butikov, G.O.Penina

DYNAMICS OF COGNITIVE AND AFFECTIVE DISORDERS AT THE PATIENTS IN THE ACUTE PERIOD OF THE CEREBRAL STROKE IN DEPENDENCE ON THE SEX

FSEH «Medical-sanitary part of MIA in Komi Republic»,

МЕH «City hospital of Ezhva area», Komi branch of SEE HPE «Kirov state medical academy» Syktyvkar, Russia

ABSTRACT:

The 27 patients with an ischemic stroke, 10 men, 17 women, were investigated. The index of depression at women was expressed less than at men, and the index of anxiety at women was more in the acute period of the ischemic stroke. The significant improvement of the cognitive functions was observed in both groups after treatment ($p < 0,1$). Parameters of depression and anxiety were decreased in both groups, but the men achieved the best results.

Keywords: *an ischemic insult, cognitive and affective disorders, Komi Republic*

© Тоспанов С.И., Черета С.В., 2009.

С.И.Тоспанов, С.В.Черета

РЕГИОНАРНАЯ ХОЛОДОВАЯ ПЕРФУЗИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ РЕПЕРФУЗИОННОГО СИНДРОМА

*Медицинский центр Управления делами Президента Республики Казахстан, Астана
Кардиологический центр, Петропавловск, Республика Казахстан*

Реферат:

На беспородных собаках с моделью острой ишемии конечности с последующей реперфузией проведено сравнение и изучение эффективности регионарной холодной перфузии, локальной гипотермии с контрольной группой. При использовании предложенной методики регионарной холодной перфузии получены лучшие результаты в сравнении с локальной гипотермией. Доказана эффективность обеих методик в сравнении с контрольной группой.

Ключевые слова:

Регионарная холодная перфузия, реперфузионный синдром

Совершенствование техники хирургической реваскуляризации конечностей при повреждении магистральных сосудов не снизило процент летальности от развития реперфузионных осложнений в послеоперационный период и достигает 7,4% [6].

Задачей экспериментальной части, явилось выяснить насколько холодная перфузия дистального сосудистого русла, уменьшает явления реперфузионного синдрома.

В основу эксперимента положен принцип защиты миокарда путем инфузии охлажденного кардиоплегического раствора до 40С – эффективное и экспериментально подтвержденное значение температуры [2].

Существует большое количество противоишемических растворов, которые сложны по составу и не могут использоваться на этапах оказания первой медицинской и квалифицированной помощи, особенно в условиях центральных районных больниц. В связи с этим в экспе-

рименте использовался охлажденный до 40С физиологический раствор хлорида натрия.

Материалы и методы исследования.

Для решения поставленных задач мы провели серию экспериментов на 21 беспородной собаке, массой от 10 – 15 кг. Животные распределены на 3 группы:

1-я группа – группа сравнения, животные в условиях фиксации и наркоза (n=7).

2-я группа – животным производилось выделение и катетеризация передней тиббиальной артерии с последующей инфузией охлажденного до 40С физиологического раствора хлорида натрия (n=7).

3-я группа – животным выполнялась локальная гипотермия (n=7).

Всем животным изучали содержание в крови миоглобина - как наиболее чувствительного теста для выявления мышечного повреждения [3] и содержание аланинаминотрансферазы (АлТ) и аспарагинаминотрансферазы (АсТ) – как показатели висцерального повреждения [6].

Обработка статистических данных проводилась с использованием непараметрического критерия S- Джонкира. Основным непараметрическим критерий S. Вели-

Contact Information:

Черета Сергей Виталиевич
E-mail: vls1975@yandex.ru

чина значимости Р принялась в пределах 0,05;0,01;0,001

Если полученное значение S оказывалось больше табличного при достоверности 0,05, то делался вывод о достоверном различии

Методика исследования:

В основу эксперимента положена модель ишемии предложенная В.Д. Пасечниковым [5]. В верхней трети бедра выделяли общую бедренную артерию, на которую накладывали турникет проксимальней отхождения глубокой артерии бедра. Для холодной перфузии катетеризировали переднюю тиббиальную артерию и проводили медленное введение охлажденного до 40С физиологического раствора хлорида натрия по 20мл с интервалом 30минут. В первой группе животных производили только выделение общей бедренной артерии с наложением турникета. В третьей группе животных наряду с выделением общей бедренной артерией и наложением турникета, проводили обкладывание конечности пакетами со льдом.

Через 4 часа после наложения турникета восстанавливали кровоток. По окончании опыта раны обеих конечностей ушивались.

Оценка полученных результатов

У всех животных изучали содержание миоглобина, аланин-аминотрансферазы (АлТ) и аспарагин-аминотрансферазы (АсТ) до ишемии и после восстановления кровотока через 1-3-6-12 часов. Для гистологического исследования после восстановления кровотока брали икроножную мышцу.

Показатели АлТ, АсТ и миоглобина в предоперационный период у подопытных животных находились в пределах нормы или несколько повышены, достоверных различий не получено ($p > 0,05$), средние значения АлТ $0,6 \pm 0,23$ мкмоль/ч мл, АсТ $0,53 \pm 0,17$ мкмоль/ч мл и уровень миоглобина $88,2 \pm 15,8$ ng/ml.

В период реперфузии в 1 и 3 группах (таблица 1) отмечается равномерное и статистически достоверное увеличение уровня АлТ, АсТ и миоглобина ($p < 0,01$), причем активность трансаминаз и уровень миоглобина значительно выше в первой группе ($p < 0,01$).

Во 2 группе максимальное повышение уровня АлТ, АсТ и миоглобина отмечается в 1 ч, затем отмечается снижение к 3-6 ч ($p < 0,05$) и вновь не значимое повышение к 12 ч ($p > 0,05$).

К 3-6-12 ч повышение значений АлТ, АсТ и миоглобина более выраженное в 1, а затем в 3 группе ($p < 0,01$). В экспериментальной второй группе так же отмечается

Исследования динамики АлТ, АсТ и миоглобина в группах (M±SD)

Показатель	Группа	До операции	Восстановления кровотока			
			1ч	3ч	6ч	12ч
АсТ (мкмоль/ч·мл)	1(n=7)	0,6±0,23	1,17±0,17	1,63±0,19	2,15±0,21	3,3±0,34
	2(n=7)		1,2±0,35	1,05±0,32	1,05±0,33	1,04±0,29
	3(n=7)		0,8±0,17	1,14±0,14	2,07±0,17	2,27±0,26
			$p < 0,01$	$p < 0,01$	$p < 0,01$	$p < 0,01$
АлТ (мкмоль/ч·мл)	1(n=7)	0,53±0,17	1,14±0,14	1,52±0,12	2,40±0,34	3,49±0,55
	2(n=7)		1,5±0,19	1,31±0,14	1,36±0,17	1,26±0,12
	3(n=7)		0,62±0,22	1,22±0,14	1,75±0,1	2,29±0,23
			$p < 0,01$	$p < 0,01$	$p < 0,01$	$p < 0,01$
Миоглобин (ng/ml)	1(n=7)	88,2±15,8	179,6±13,6	250,4±23,6	460,8±67,8	664,4±35,0
	2(n=7)		170±16,1	161,8±15,5	154±16,4	188,2±22,9
	3(n=7)		126,7±19,0	196,5±22,5	246,5±24,8	297,7±17,0
			$p < 0,01$	$p < 0,01$	$p < 0,01$	$p < 0,01$

повышение уровня трансаминаз и миоглобина через 12 ч, но это повышение носит статистически не значимый характер ($p > 0,05$).

Вероятней всего, более ранние повышения уровня АлТ, АсТ и миоглобина в экспериментальной 2 группе связано с более ранним поступлением продуктов метаболизма в общий кровоток, затем по мере восстановления кровообращения в ишемизированной конечности показатели значительно выше в 1 и 3 группах. И повышение уровня АлТ, АсТ и миоглобина к 12 часам во всех группах можно объяснить повышением двигательной активности животных и большим поступлением продуктов метаболизма в общий кровоток.

Выводы

Предложенная методика снижает проявления реперфузионного синдрома.

Данный способ прост и может использоваться на этапе оказания первой медицинской и квалифицированной помощи.

Литература

- Булынин В.И., Токпанов С.И. Двухэтапное лечение острой травмы магистральных сосудов // Хирургия.-1976.-№6.-С.111-115.
- Бураковский В.И., Бокерия Л.А. Сердечно - сосудистая хирургия. - Москва: Медицина, 1989. - С.21-22.
- Гончарь М.Г., Ваврик Ж.М., Геных С.Н. Экспериментальное обоснование применения региональной детоксикационной терапии при острой ишемии конечностей // Клиническая хирургия. -1989.- №7. - С 35-37.
- Кузнецов М.Р. Кошкин В.М., Комов К.В. Современные аспекты диагностики, профилактики и лечения реперфузионного синдрома // Ангиология и сосудистая хирургия. - 2006. - № 12. - С.133-143.
- Пасечников В.Д., Тоций Ю.П. Оценка эффективности гемосорбента при реперфузионных повреждениях печени // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол. и колопроктол. - 1996. - №3. - С.68.
- Тоций Ю.П., Вардосанидзе С.Л., Вырвухост А.В., Восканян Ю.Э. и др. Метаболические и тканевые соотношения во время реперфузионного синдрома // Ангиология и сосудистая хирургия.-2001. №4, С.43-46.

S.I.Tocpanov, S.V.Chereda

THE REGIONAL COLD PERFUSION IN PREVENTIVE MAINTENANCE OF THE REPERFUSION SYNDROME

The medical center of President Administrative office of the Republic of Kazakhstan, Astana
S.V.Chereda Cardiological centre, Petropavlovsk, Republic of Kazakhstan

ABSTRACT:

Comparison and efficiency studying of local perfusion and local hypothermia on not purebred dogs with control group with model of an acute ischemia of extremities with subsequent reperfusion is performed. The best results in comparison with local hypothermia are received at application of the offered technique of the regional cold perfusion. Efficiency of both techniques in comparison with control group is proved.

Keywords: local perfusion, local hypothermia, model, acute ischemia of extremities

© Yakovchuk E.D., Penina G.O., 2009.

Е.Д.Яковчук, Г.О.Пенина КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И КОГНИТИВНЫЙ ДЕФИЦИТ У ЖИТЕЛЕЙ СЕВЕРНЫХ ТЕРРИТОРИЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА

Коми филиал ГОУ ВПО «Кировская ГМА Росздрава»,
ГУ «Республиканский госпиталь ветеранов войн и участников боевых действий»,
Сыктывкар, Россия

Реферат:

Обследовано 47 пациентов с цереброваскулярными заболеваниями (ЦВЗ) в неврологическом отделении ГУ «РГВВиУБД». Отмечено значимое преобладание мужчин в обследуемой группе. Средний возраст пациентов составил $64,7 \pm 10,9$ лет. Возраст мужчин ниже возраста женщин с той же формой цереброваскулярной патологии. После курса терапии у мужчин отмечено уменьшение жалоб ($p \leq 0,05$). После курса терапии выявлено снижение показателей инсомнии. Показатели депрессии после лечения снизились, а показатели ситуационной тревоги выросли, при этом показатели тревоги после лечения ниже у женщин, чем у мужчин. Более выраженное снижение депрессивных расстройств отмечено у пациентов моложе 60 лет. Эффективность работы выросла в группе до 60 лет значительно, чем у лиц пожилого возраста.

Ключевые слова:

цереброваскулярные заболевания, Крайний Север

Цереброваскулярные заболевания относятся к чрезвычайно распространенной патологии человека. Сосудистые заболевания головного мозга составляют от 30 до 59% болезней сердечнососудистой системы [7, 8]. В экономически развитых странах смертность от сосудистых заболеваний головного мозга стоит на третьем месте после заболеваний сердца и онкологических заболеваний и составляет от 12 до 16% общей смертности [9]. Клиническое проявление недостаточности мозгового кровообращения наблюдаются почти у половины населения. Эпидемиологические исследования указывают на увеличения частоты и омоложение цереброваскулярной патологии, в связи с чем вопросы профилактики и лечения сосудистых заболеваний нервной системы имеют не только медицинское, но и большое социальное значение [2, 3, 5]. Неблагоприятные погодноклиматические условия Крайнего Севера создают дополнительную нагрузку на системы адаптации организма, в первую очередь, на сосудистую систему [1, 4, 6]. Вышесказанное свидетельствует о большой клинической и социальной значимости рассматриваемой проблемы и для Республики Коми.

Целью настоящего исследования явилось изучение эпидемиологических и демографических характеристик, клинических и диагностических особенностей, а так же результатов лечения пациентов с цереброваскулярными заболеваниями в Республике Коми в зависимости от гендерных характеристик. Нами было проведено обследование 47 пациентов с цереброваскулярной патологией в ГУ «Республиканский госпиталь ветеранов войн и участников боевых действий», которые получали традиционную сосудистую и нейрометаболическую терапию. Пациентам проводилось углубленное обследование до и после курса терапии. Проводился сбор жалоб, изучался неврологический статус, когнитивные функции с использованием MMSE, методики «Таблицы Шульте», оценки кратковременной памяти, методики А.Р. Лурия. Эмоциональные нарушения оценивались при помощи шкалы тревоги Спилбергера-Ханина и опросника CES-D. Кроме того, исследовалось качество сна пациентов (SLEEP QUALITY SCALE, шкала сна ВОЗ, шкала субъективных характеристик сна). Через 14 дней проводи-

лось повторное тестирование всех пациентов. Пациенты были разделены на две группы: до 60 лет и после 60 лет. Статистическую обработку результатов исследования проводили в операционной среде Windows 2007 с использованием программы «BIOSTAT».

Средний возраст пациентов составил $64,7 \pm 10,9$ лет. Возраст мужчин, имеющих, как выяснилось, численное преимущество (57,5%), был несколько ниже и равнялся $63,6 \pm 10,75$ лет. Средний возраст женщин - $66,1 \pm 11,35$ лет. Среди всей группы обследуемых уроженцы республики Коми составили 57,4 %, остальные 42,6 % были переселенцами из других районов.

По степени хронической ишемии мозга обследованные пациенты распределились следующим образом: ХИМ 1 - 17,02%, ХИМ 2 - 70,21%, ХИМ 3 - 12,77% (рис. 1). Таким образом, гендерное соотношение у пациентов с ХИМ 1-й степени составило 1:2,25 с преобладанием женщин, среди больных с ХИМ 2-й степени - 1,3:1 с преобладанием мужчин, а среди ХИМ 3-й степени - 1:1,4 с преобладанием женщин. Среди пациентов до 60 лет гендерное соотношение составляло 1:2,3 с преобладанием мужчин, после 60 - 1:1,1 с преобладанием женщин (отличия по частоте достоверны, $p \leq 0,05$). В группе пациентов до и после 60 лет с одинаковой частотой встречалась ХИМ 2 степени (70%). Артериальная гипертензия 1-й степени отмечена у 21,28% обследованных пациентов, артериальная гипертензия 2-й степени - 38,30%, артериальная гипертензия 3-й степени - 40,42%, среди женщин несколько чаще встречалась артериальная гипертензия 2 степени (45%), тогда как среди мужчин преобладала артериальная гипертензия 3 степени (44,5%).

Как видно на рисунке, пациенты с ХИМ 2 степени преобладают среди обследованных нами пациентов.

Основной жалобой, предъявляемой обследованными, являлась общая повышенная тревога (68,09%). Жалобы на периодические головные боли до лечения беспокоили 65,96% пациентов, встречаемость головокружения составила 57,4%. Довольно часто пациенты жаловались на снижение памяти (59,5%), около 57,45% пациентов жаловались на нарушение качества сна, трудность засыпания. Шум в голове беспокоил 48,9% паци-

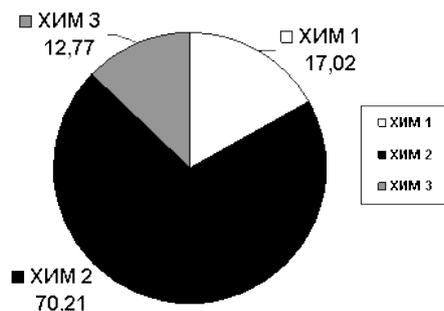


Рис.1. Удельный вес хронической ишемии головного мозга разных стадий в изучаемой группе в процентах

ентов, шум в ушах - 27,6%. У 14,9% пациентов отмечена скованность, слабость в конечностях. Повышение тонуса было выявлено в 25,5% случаев, неустойчивость в позе Ромберга проявлялась у 29,7% пациентов. Частота основных объективно выявленных синдромов представлена на диаграмме (рис. 2).

Как видно на рисунке, наиболее часто в исследуемой группе отмечались сосудистый паркинсонизм и вестибуло-атактические нарушения, причем среди женщин частота встречаемости этих двух синдромов значительно выше ($p \leq 0,05$).

Изучение сна пациентов с хронической ишемией мозга показало, что по шкале оценки качества сна до лечения они набрали, в среднем, 15,5±5,9 баллов. Опросник ВОЗ на наличие инсомнии дал, в среднем, 16,2±6,6 балла. Оценка аффективных нарушений по шкале CES-D показала, что средний показатель депрессии у пациентов составлял 20,3±12,2 балла. Изучение тревоги по шкале Спилбергера-Ханина выявило индекс личностной тревоги на уровне 2,2±8,5, а ситуационной тревоги - 1,97±8,8, что укладывается в показатели средней тревожности. При оценке психического статуса по MMSE пациенты набрали, в среднем, 19,4±10,5 балла, что может рассматриваться как деменция умеренной степени. Тест на кратковременную память по Лурия выявил снижение ее уровня, в среднем, до 4,2±2,5 слов. При оценке когнитивных функций по Шульте показателей времени воспроизведения чисел в секундах отмечено постепенное снижение времени воспроизведения, затем вновь показатели возрастают (T1=65,5±33,4, T2=62,68±3,3, T3=62,1±33,7, T4=65,9±36,4, T5=65,9±40,7). Эффективность работы была 64,4±33,7, степень вработываемости была невысокой - 1,03±0,2. Психическая устойчивость до курса терапии была снижена - 1,02±0,11.

Сравнительный анализ предъявляемых жалоб показал, что мужчин в значительно большей степени беспокоили жалобы на нарушение сна (63%), шум в ушах (30%), снижение памяти (63%). Тогда как женщин больше беспокоило головокружение (65%), тревожность (75%), шум в голове (65%). Отличий по встречаемости повышенного тонуса в конечностях и устойчивости в позе Ромберга не выявлено. По шкале оценки качества сна у мужчин получены показатели 16,46±1,17 балла, у женщин 25,7±13,0 балла ($p \leq 0,05$), что говорит о большей выраженности нарушений качества сна у женщин. У мужчин показатели субъективных характери-

стик сна были лучше, чем у женщин (15,08±5,8 баллов и 10,5±8,8 баллов), $p \leq 0,05$. Показатели как личностной, так и ситуационной тревоги были значительно ($p \leq 0,05$) выше у лиц мужского пола (3,57±11,1 и 3,45±14,9), чем у женщин (0,8±0,2 и 0,6±0,2). По методике MMSE получены показатели 22,8±8,1 у мужчин (деменция легкой степени выраженности) и 14,9±11,9 у женщин (деменция умеренной степени выраженности). Различий по тесту Шульте выявлено не было. Среди мужчин показатели кратковременной памяти по Лурия оказались достоверно ниже (1,19±1,61), чем среди женщин (4,2±1,8), $p \leq 0,05$.

Сравнительная характеристика жалоб в выделенных нами возрастных группах показывает, что частота жалоб на тревожность (75%), шум в голове (55%), шум в ушах (35%) выше у более молодых, а головные боли (67%), головокружения (63%), нарушения сна (67%), снижение памяти (63%) чаще встречались у пациентов пожилого возраста. Различия статистически значимы во всех вышеперечисленных случаях ($p \leq 0,05$). Нужно отметить, что в группе пожилых пациентов частота таких клинических симптомов, как повышенный тонус в конечностях (37%), неустойчивость в позе Ромберга (29%) выше, чем в группе до 60 лет (частота симптомов составила 20%). Обращает на себя внимание, что у более молодых пациентов (до 60 лет) некоторые показатели оказались ниже, чем в группе старше 60 лет ($p \leq 0,05$). Так, например, в группе пожилых пациентов показатели депрессии по шкале CES-D выше, чем в группе до 60 лет (24,5±12,6 и 14,1±6,3 соответственно). По шкале оценки качества сна у более молодых пациентов получено значение 14,6±6,4 баллов, тогда как в группе пожилых - 16,1±5,8 баллов. По шкале субъективных характеристик сна получены результаты 13,6±7,6 балла у пациентов до 60 лет, тогда как в группе после 60 лет получены показатели лучше (12,9±7,4 баллов). При оценке когнитивных функций по Шульте в группе моложе 60 лет выявлено постепенное нарастание времени воспроизведения, затем показатели снижаются (T1=48,9±24,6, T2=42,6±18,4, T3=44,2±17,6, T4=45,7±15,9, T5=44,9±15,9). У пожилых же пациентов после снижения показателей по Шульте, происходит резкий их подъем (T1=77,9±34,2, T2=77,5±34,3, T3=75,3±36,9, T4=80,8±40,2, T5=81,5±54,6). Степень вработываемости была невысокой как в группе до 60 лет, так и после 60 лет (1,06±0,2 и 1,01±0,2). Индекс личностной тревоги до лечения возрастной группе до 60 лет составлял около 2,8±10,2, тогда как у пожилых пациентов 1,9±7,4. В то же время, индекс ситуационной тревоги составил 3,8±13,7 и 0,7±0,2 соответственно. Тест на кратковременную память по Лурия выявил снижение ее уровня до 3,6±2,4 слов у лиц после 60 лет. Естественным пред-

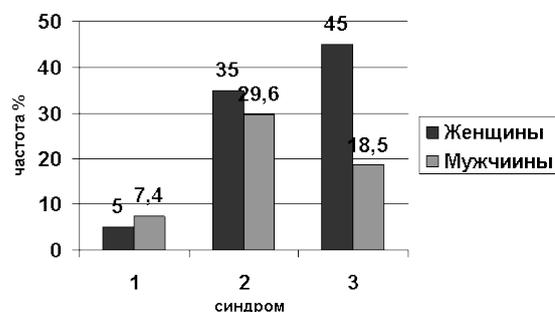


Рис.2. Частота основных неврологических синдромов в обследуемой группе: 1 – гемипарез, 2 – паркинсонизм, 3 – вестибуло-атактический синдром

Contact Information:

Dr. Galina Penina

E-mail: penkina.ru@rambler.ru

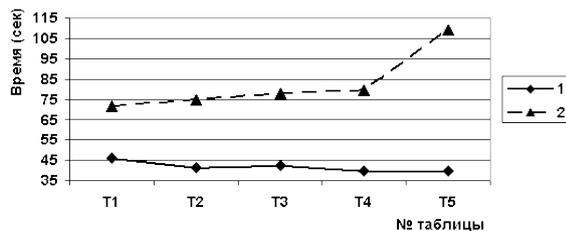


Рис. 3. Кривая истощаемости (утомляемости), отражающая устойчивость внимания и работоспособность в динамике после лечения.

1 - возрастная группа до 60 лет, 2 – возрастная группа после 60 лет.

ставляется, что у лиц до 60 лет показатели выше 5,1±2,4 слов.

При оценке жалоб с учетом гендерных характеристик после курса терапии замечена четкая тенденция к снижению частоты встречаемости головных болей, причем у мужчин в большей степени, чем у женщин (12,7% и 20% соответственно), та же тенденция выявлена и по частоте жалоб на головокружение (10,6% и 15%), тревожность (15% и 30%), нарушение сна (15% и 20%), снижение памяти (20% и 21,3%) ($p \leq 0,05$). При оценке прочих жалоб достоверных отличий не выявлено. Сопоставление показателей по шкале оценки качества сна показало, у мужчин значения составили, в среднем, - 13,9±4,9 балла, у женщин - 12,8±5,5 балла, что говорит о сохранении выраженной инсомнии у мужчин ($p \leq 0,05$). Опросник ВОЗ демонстрирует показатель 15,9±6,6 балла, без достоверных различий между группами. В результате лечения у лиц мужского пола показатели депрессии снизились значительно (15,5±8,9 балла), чем у женщин (21,1±12,1 балла), отличия достоверны ($p \leq 0,05$). Как у мужчин, так и у женщин получен показатель личностной тревоги после лечения 0,55±0,13 с достоверностью отличий от показателей до начала терапии ($p \leq 0,05$). При оценке ситуационной тревоги после лечения показатели были выше у мужчин (2,83±11,58), чем у женщин (0,7±0,2), отличия достоверны ($p \leq 0,05$). При оценке кратковременной зрительной памяти по методике Лурия не отмечалось достоверных различий до и после применения стандартной терапии, но надо отметить, что значимые отличия ($p \leq 0,05$) выявлены при сравнении по гендерным характеристикам: 3,74±1,72 у мужчин, 4,9±3,2 у женщин. При сравнении конечных показателей оценки когнитивных функций по методике Шульте в группе женщин показатели приближаются к исходному уровню времени T1 (68,15±50,8), а в группе мужчин показатели значительно возрастают после лечения (88,19±160,42 секунды) по сравнению с исходным уровнем T1 (58,67±26,6 секунды). В целом при сравнении показателей среди мужчин и женщин, время вработывания у мужчин ниже, чем у женщин, кроме показателя T5 (88,1 секунда у мужчин и 68,15 секунд у женщин). Интересно, что показатели психической устойчивости у мужчин стали выше 0,97±0,097, чем у женщин 1,03±0,11. Возможно, что такие показатели психической устойчивости получены за счет снижения тревоги.

После лечения у пожилых пациентов в меньшей степени, чем у лиц моложе 60 лет, выявлено достоверное снижение ($p \leq 0,05$) частоты встречаемости головных болей (18,5%), тогда как у лиц моложе 60 лет частота головных болей составила 25%. Частота жалоб на головокружение уменьшилась у лиц моложе 60 лет до 20%, а у пожилых - до 14,81%, тревожность снизилась соот-

ветственно до 30% и 26% различия значимы во всех случаях ($p \leq 0,05$). Жалобы на шум в голове стали реже в обеих группах обследованных у более молодых - до 30%, у пожилых - до 18,5%. Шум в ушах после лечения у пациентов пожилого возраста регрессировал в меньшей степени, чем у более молодой возрастной группы (20% и 3,7%). Снижение частоты жалоб после лечения у лиц моложе 60 лет, возможно, связано с меньшей степенью изменений сосудистой стенки, ее тонуса, с большей восприимчивостью к терапии. Частота жалоб на ухудшение памяти уменьшилась до 30% в этих группах, отличия достоверны в том и другом случае ($p \leq 0,05$). После лечения у более молодых пациентов отмечено значимое ($p \leq 0,05$) улучшение сна по данным шкалы субъективных его характеристик (18,4±2,9 балла, после лечения 17,9±3,9 балла). По шкале оценки качества сна и опроснику ВОЗ в обеих возрастных группах выявлено снижение показателей инсомнии, без достоверных различий. Оценка депрессии по шкале CES-D после лечения выявила уровень показателя депрессии у пациентов моложе 60 лет 12,9±7,7 балла, а у пациентов старше 60 лет - 20,8±11,1 балла, свидетельствуя о большем регрессе депрессивных расстройств у более молодых пациентов. Индекс личностной тревоги по шкале Спилберга-Ханина составил после лечения 0,6±0,2, без статистических различий между группами, индекс ситуационной тревоги составил в группе до 60 лет 3,6±17,7 и 0,7±0,2 в группе с пожилым контингентом, отличаясь значимо от исходного ($p \leq 0,05$), что говорит о более выраженном снижении ситуационной тревоги у пожилых пациентов. Среди пациентов старше 60 лет после лечения наблюдается положительная динамика по времени воспроизведения чисел при оценке когнитивных функций по Шульте, в группе до 60 лет наблюдается положительная динамика по таблицам 2 и 4 (см рис. 3).

Как видно на диаграмме в группе пожилых пациентов время вработывания увеличивается, а у более молодых пациентов оно закономерно снижается.

Психическая устойчивость после лечения была выше в группе до 60 лет и составляла 0,95±0,1, тогда как в группе после 60 лет она составила 1,02±0,1 ($p \leq 0,05$).

Таким образом, отмечается значимое преобладание пациентов с ХИМ 2 степени в изучаемой группе. В обследуемой группе доминировали женщины. Возраст госпитализированных мужчин статистически значимо ниже возраста женщин с той же формой цереброваскулярной патологии. После курса терапии сосудистыми и нейрометаболическими препаратами у мужчин замечена четкая тенденция к снижению встречаемости жалоб. Среди женщин и мужчин выявлено снижение показателей инсомнии по шкалам ВОЗ, шкале оценки качества сна после курса терапии. По шкале оценки качества сна после лечения сохраняется выраженная инсомния у мужчин. В результате лечения у лиц мужского пола показатели депрессии снизились значительно, чем у женщин. Оценка показателей личностной тревоги достоверных отличий между мужчинами и женщинами не выявила, но по показателям ситуационной тревоги у мужчин показатели выше, чем у женщин. При оценке кратковременной зрительной памяти после курса стандартной терапии у мужчин получены показатели хуже, чем у женщин. В целом при сравнении времени вработывания у мужчин показатели ниже, чем у женщин. Показатели психической устойчивости у мужчин стали выше, чем у женщин. В выделенных возрастных группах выявлено достоверное снижение показателей инсомнии по шкалам ВОЗ и шкале оценки качества сна. Интересно, что показатели депрессии в обеих возрастны

группах после лечения снизились, а показатели ситуационной тревоги выросли. Более выраженное снижение депрессивных расстройств отмечено у пациентов моложе 60 лет. Психическая устойчивость выросла в группе до 60 лет значительно, чем у лиц пожилого возраста.

Список литературы.

1. Бутиков В.Н., Пенина Г.О. Хроническая ишемия мозга у жителей северных территорий (на примере Республики Коми) // Bulletin of the International Scientific Surgical Association (ISSN 1818-0698), Vol.3, N. 2-3, 2008, - с. 50 - 53
2. Гусев Е.И., Скворцова В.И. Ишемия головного мозга. М.: Медицина. 2000. - 328 с.
3. Кузьменко В.М. Распространенность и некоторые особенности профилактики цереброваскулярных заболеваний у лиц разного возраста // Пробл. старения и долголетия. 151; 2001. - т.10, № 4. - С. 401- 409.
4. Лабутин Н. Ю. Влияние климатогеографических факторов Севера на кардиореспираторную систему у рабочих деревообрабатывающих предприятий = Effect of North climate-geographical factors on cardiorespiratory system of workers of

woodworking plants // Социально- экономическое развитие и здоровье малочисленных народов Севера: Тез. докл. республ. семинара, [Красноярск], 26-28 нояб., 1990. - Красноярск, 1990. - С. 84 - 85.

5. Симоненко В.Б., Широков Е.А. Основы кардионеврологии: Руководство для врачей. 2 изд. М.: Медицина, 2001. - 240 с.
6. Слоим А.Д. Адаптация человека и животных в эксперименте и в условиях Севера // проблемы биоклиматологии и климатофизиологии. - Новосибирск: СО АМН СССР, 1970. - С. 150 - 155.
7. Снижение заболеваемости, смертности и инвалидности от инсультов в Российской Федерации / Под ред. В.И. Скворцовой - М.: Литтерра, 2008. - 192 с.
8. Hankey G.J., Warlow C.P. Treatment and secondary prevention of stroke: evidence, costs, and effects on individuals and populations/ The Lancet. 1999; 354: 1457 - 63
9. Wesnes K.A, Harrison J.E. The evaluation of cognitive function in the dementias: methodological and regulatory considerations // Dialogues Clin. Neurosci. - 2003. - v.5. - P. 77-88.

E.D.Yakovchuk, G.O.Penina

THE SEX- AND AGE-SPECIFIC CLINICAL FEATURES AND THE COGNITIVE DEFICIT IN THE INHABITANTS OF THE FAR NORTH WITH THE CHRONIC CEREBRAL ISCHEMIA

Komi branch of SEE HPE «Kirov SMA», SE RK «Komi republican hospital», Syktyvkar, Russia

ABSTRACT:

The 47 patients with cerebrovascular diseases in neurological separation SE The 47 patients with cerebrovascular diseases in neurological dranch are surveyed. The prevalence of men was marked in all groups of patients . The middle age of patients has made 64,7±10,9 years. The men age is below than the age of women statistically significantly. At men the reduction of complaints was significantly after a therapy (p≤0,05). The decrease of insomnia indexes was registered. At Indicators of depression after treatment have decreased, and indicators of situational anxiety have grown. Thus indicators of anxiety were more low at women, than at men after treatment . The decrease of depression is more expressed at patients younger than 60 years. The overall performance has grown in group till 60 years more considerably, than at persons of older age .

Keywords: *cerebrovascular diseases, the far north*

© Zenelaj A. et al., 2009.

A.Zenelaj, *V.Zenelaj, *A.Strakosha, *A.Idrizi SOME PROBLEMS RELATED TO THE ARTERIAL-VENOUS FISTULAE IN HEMODIALYZED PATIENTS

Department of Surgery. Central Military University Hospital

**Department of General Medicine and Dialyses-Transplant Service. "Mother Teresa" University Hospital
Tirana, Albania*

Abstract:

With the aim to improve patency of arterial-venous fistulae life in patients with end stage kidney insufficiency we studied the results and problems got in such patients who underwent operation for arterial-venous fistulae creation. Our study includes 101 patients where vascular access for hemodialysis was necessary. The period of the study is May 2005-September 2009. as it will come out by the study we need to have a better control of the disease process and improve the cooperation between nephrology and surgery .

Keywords:

arterial-venous fistulae in hemodialized patients

Introduction

Since the patients in end stage chronic renal insufficiency is increased in about 8 % per year and more patients need arterial-venous fistula for hemodialyses access the problems related to them are getting more in frequency and the difficulty of resolving them is higher. Such patients have high cost of medical and social services. They need more access

in operating room and radiology department since creation and preservation of an arterial-venous fistula is of a crucial importance in a complete and with good results hemodialyses process.

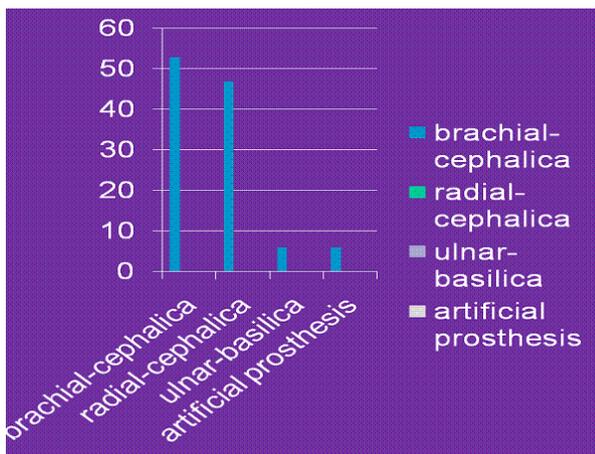
Aim of the study is determination of possible factors of failure according to the collected experience in creating arterial-venous fistulae [avf].

Material and Methods: Study period is May 2005-September 2009. We operated 101 patients in end stage of chronic renal insufficiency [CRI]. Of the patient 60 were males and 41 females. Age amplitude ranged 17-70 years old. We created 112 new avf. According to the surgical

Contact Information:

Dr. Arben Zenelaj

E-mail: arbenzeneli@yahoo.com



Tab 1. avf related to the surgical procedure

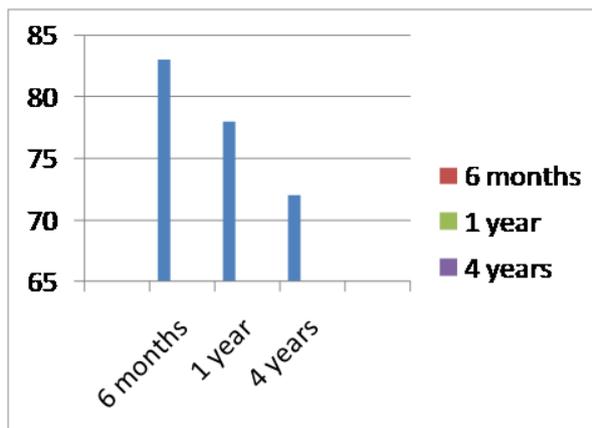
procedure 47 cases radio-cephalic avf were performed, 53 brachial-cephalic avf, 6 ulnar-basilic avf and 6 cases were artificial prosthesis was used [tab 1]. All patients suffered end stage CRI with blood creatinine level ranging 7.5-13 mg/dl.

Results:

In 76 patients avf had no problems. In 25 patients reoperation is needed. Patency rate was six months 83 %, 1 year 78 %, 4 years 72 % [TAB 2].

Reoperations have consisted:

New avf 11 procedures, angioplasty 16 procedures, hemo-



Tab. 2. Patency of avf.

stasis due to wound bleeding 7 cases.

Discussion:

The patency of avf is increased if a better follow up of the patients in the nephrology department can be done. The patients should be referred for surgery when creatinine clearance less than 25 ml/min, blood creatinine level is more than 4 mg/dl or when the patient will need hemodialyses within one year. Differently by other studies done in USA and Europe, where central venous catheters have been used 60 % and 50 % respectively, in our patients they have been used in 95 % of patients. Another problem with our patients was secondary blood hypertension and anemia. All patients suffered stage 2-3 of blood hypertension and 90 % had grave stage of anemia. As it can be seen in the material all our patients had creatinine levels more than 7.5 mg/dl and not as it is recommended by the Dialysis Outcomes Quality Initiative [DOQI]. In about 20 % of the patients diabetes mellitus was present and in 73 % of all patients exhausted venous net made surgical procedure more difficult. Thereby about 85 % of our patients underwent hemodialyses using avf access between 4-6 weeks after avf creation and only 15 % exceeded 6 weeks of avf first puncture.

Conclusions:

The patency of avf can improve if patients suffering end stage CRI are referred earlier for avf creation in the surgery department. Also a better control of secondary disease and preservation of venous net will help the surgeon to perform a better kind of quality of avf.

References:

1. Brescia, M.J.; Cimino, J.E.; Appel, K.; Harwich, B.J. Chronic Hemodialysis Using Venipuncture and Surgically Created Arteriovenous Fistula. *N. Engl. J. Med.* 1966, 275, 1089.
2. Sterling, W.A.; Hazel, L.T.; Diethelm, A.G. Vascular Access for Hemodialysis by Bovine Graft Arteriovenous Fistulas. *Surg. Gynecol. Obstet.* 1975, 141, 69.
3. Dardik, H.; Ibrahim, I.M.; Dardik, I. Arteriovenous Fistulas Constructed with Modified Human Umbilical Cord Vein Graft. *Arch. Surg.* 1976, 111, 60.
4. Culp, K.; Flanigan, M.; Taylor, L.; Rothstein, M. Vascular Access Thrombosis in New Hemodialysis Patients. *Am. J. Kidney Dis.* 1995, 26, 341.
5. Cohen, M.A.H.; Kumpe, D.A.; Durham, J.D.; Zwerdlinger, S.C. Improved Treatment of Thrombosed Hemodialysis Access Sites with Thrombolysis and Angioplasty. *Kidney Int.* 1994, 46, 1375.
6. Marston, W.A.; Criado, E.; Jaques, P.F.; et al. Prospective Randomized Comparison of Surgical Versus Endovascular Management of Thrombosed Dialysis Access Grafts. *J. Vasc. Surg.* 1997, 26, 373.

© Knyazhev V. et al., 2009.

В.Княжев, Н.Манолов, П.Костов, Т.Драгнева, Н.Белчев, К.Тютюнджиев, Н.Дончев

АРТЕРИАЛЬНЫЕ РЕКОНСТРУКЦИИ В АОРТО-ПОДВЗДОШНОМ СЕГМЕНТЕ. ИМЕЕТ ЛИ ЗНАЧЕНИЕ ВЫБОР СОСУДИСТОГО ПРОТЕЗА?

Клиника по сосудистой хирургии, Университетская больница "Св.Анна"- Варна, Болгария

Реферат:

Аорто-бедренные реконструкции продолжают служить золотым стандартом при оценке непосредственных и отдаленных результатов при лечении больных с различными облитерирующими артериопатиями.

Самыми частыми и серьезными осложнениями после этих операций являются острые тромбозы и кровотечения, а также ранняя инфекция протеза.

Используя для реконструктивных вмешательств в аорто-подвздошном сегменте у 350 больных различные сосудистые протезы авторы пришли к заключению, что частота и тяжесть указанных осложнений в непосредственном послеоперационном периоде при прочих равных условиях не зависят от вида протезов, как и материала из которого они произведены.

Решающими факторами для успеха операции являются максимальная атравматичность, сокращение продолжительности вмешательства, выбор адекватного антибиотика, современный подход к интра- и послеоперационному антикоагулянтному лечению.

Ключевые слова:

Аорто-бедренные реконструкции, выбор сосудистого протеза

Введение

Независимо от впечатляющих успехов эндоваскулярных методов лечения у больных с облитерирующими артериопатиями нижних конечностей, аорто-бедренные реконструктивные операции продолжают оставаться золотым стандартом при оценке как непосредственных, так и отдаленных результатов лечения.

Литературные данные свидетельствуют о ранних благоприятных результатах после аорто-подвздошно-бедренных реконструкций, достигающих 95%/1,2/.

С момента использования первых искусственных сосудистых протезов из нейлона и айвалона были созданы десятки новых материалов, преимущественно на основе из дакрона, полиуретана, политетрафлуорэтилена /PTFE / и др.

Появление на медицинском рынке новых протезов с антимикробным и антитромботическим покрытием сопровождалось рекламными данными об их высоких качествах, превосходящих как правило предшествующие модели.

Возникает вопрос - играет ли существенную роль для получения оптимальных результатов после выполнения аорто-подвздошно-бедренных реконструкций вид и диаметр использованных протезов и материал, из которых они были изготовлены?

Имеет ли отношение протезный материал к возникновению прежде всего инфекционных осложнений и постигнутых результатов?

Материал и метод

Проанализированы ранние результаты 350 плановых реконструкций в аорто-подвздошно-бедренном сегменте у больных с облитерирующими артериопатиями в различных стадиях заболевания в возрасте от 38 до 83

лет. Мужчин было 316/90,3%, женщин 34 /9,7%. Во второй стадии заболевания было 46/13,1% больных, с болью в покое 152/43,4%, с гангреной конечности 78 /22,4%. Кроме того в анализируемую группу мы включили и 74 /21,1% пациентов с аневризмой абдоминальной аорты, которым пришлось выполнить аорто-подвздошные или аорто бифуркационные шунтирования в связи с сопутствующими острыми и хроническими облитерациями артерий над уровнем паховой складки.

Сопутствующими заболеваниями – сахарным диабетом, ишемической болезнью сердца, патологией легких и почек страдали равномерно пациенты во всех группах.

Для операций в аорто-подвздошно-бедренном сегменте были использованы следующие протезы:

• Cooley 2 /USA/	- 96
• FLP /Russia/	- 68
• Intervascular /Fr./	- 56
• Unigraft /Ger./	- 42
• Protegraft 1500 /Ger./	-37
• Eltex /Russia/	-14
• Vascutec /Scot./	-12
• PTFE /USA/	-12
• Carbograft /Italia/	- 8
• PTFE /Russia/	- 5

У 318 больных были произведены операции с использованием аорто-бифуркационных протезов, в 32 случаях монопротеза /Фиг.1/. Выбор диаметра браншей протезов / 8 - 10 мм/ зависел прежде всего от состояния периферического русла, а также от калибра артерий в каждом конкретном случае. При аорто-бифуркационном шунтировании в качестве доступа использовали преимущественно лапаротомию /в 75%/, а при одностороннем шунтировании предпочитали доступ по Rob / в 83%/.

Результаты и обсуждение

В раннем периоде в интервале от 1 до 30 дней после

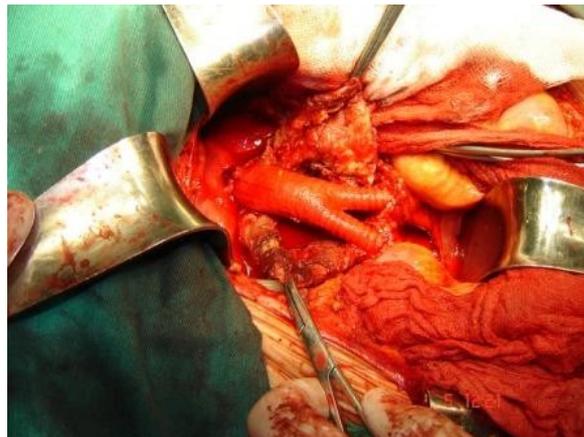
Contact Information:

Prof. Victor Knyazhev

E-mail: knyazh@yandex.ru



Фиг.1 Сосудистые протезы, использованные при аорто-бедренных реконструкциях



Фиг.2 Бифуркационный протез Cooley 2 /USA/

операции были отмечены следующие осложнения.

Острый тромбоз протеза наступил у 11/3,2%/ больных, причем в 7 случаях /7,3%/ после 96 реконструкций, выполненных с помощью сосудистого протеза Cooley 2 /USA/, у двоих пациентов /5.4% / с протезом Protegraft 1500 /Ger/ и по одному случаю /2,4 %/ из 42 больных с протезом Unigraft /Ger/ и в 1,5% после использования протеза FLP /Russia/ из 68 случаев.

Успешная тромбэктомия была произведена у 8 больных, причем, в двух случаях было выполнено бедренно-бедренное шунтирование, а в третьем случае конечность была спасена внутривенным применением простаноидов.

Острая геморрагия из области дистального анастомоза произошла у четырех больных. У одного из них пришлось произвести ревизию раны и герметизацию шва, у двух других удалось остановить кровотечение консервативными способами. У четвертого больного возникло массивное кровотечение из зоны проксимального анастомоза, причем при релапаротомии источник геморрагии не был найден. Независимо от полной компенсации кровопотери у пациента возникла острая почечная недостаточность с последующим летальным исходом. Еще трое больных, оперированных по поводу аневризмы брюшной аорты умерли от инфаркта миокарда /2 пациента/ и легочной эмболии /1 больной/. Следует отметить, что продолжительность операции у этих больных была более 5 часов, что было связано с юкстаренальной локализацией аневризмы, а интраоперационная геморрагия превышала 2000 мл.

Несмотря на унифицированную обработку операционного поля, использование специального покрытия, а также применения цефалоспориновых антибиотиков 3-го поколения у 4 /1,2%/ пациентов еще до дегоспитализации была установлена ранняя инфекция протеза.

Эксплантация инфицированного бифуркационного графта была произведена у двух больных, причем в обоих случаях реваскуляризация конечностей была достигнута использованием v.femoralis. Посредством незамедлительного включения высоких доз мощного антибиотика / Tienam 3 gr/ и пластикой проксимального и дистального анастомоза большим салником удалось справиться с инфекцией у двух других больных. Сообщения в литературе об успешных результатах при использовании подобной тактики не являются казуистикой /3-



Фиг.3. Бифуркационный Carbograft/Italia/ при аневризме брюшной аорты в сочетании с аорто-бедренными облитерациями

8/.

Инфекция искусственного сосудистого протеза безусловно самое опасное осложнение для жизни больного. Главными рисковыми факторами для возникновения инфекции протеза являются:

1. Большая травматичность и продолжительность операции /более 4-5 ч./.

2.Тяжелая ишемия конечности в сочетании с наличием гнойно-некротических процессов дистальнее зоны реконструкции.

3.Многолетний сахарный диабет.

4.Анемия и гипопротейнемия.

Многое для профилактики описанных осложнений можно постигнуть совсем несложными методами, в частности превантивной мышечной пластикой протеза в зоне дистального анастомоза /9/. В последние 6-7 лет для этой цели мы /10/ с успехом используем musculus sartorius, которая без видимого напряжения покрывает протез в самой уязвимой для возникновения инфекции области паховой складки.

Самым оптимальным решением при уже возникшей инфекции протеза является его устранение и спасение как конечности, так и жизни больного посредством использования аутоматериала. В связи с большим калибром подвздошной артерии, которую следует заменить, с

успехом можно воспользоваться бедренной веной без угрозы возникновения острой венозной недостаточности нижней конечности./11,12./

Анализируя характер и количество осложнений при выполнении аорто-бедренных реконструкций можно сделать заключение, что причиной вышеописанных осложнений являются не вид протеза и материал из которого он был произведен. Так, например, на первый взгляд чаще всего послеоперационные осложнения возникали при использовании протеза Cooley 2 /USA/, однако в 90,6% случаев именно в этой группе больных была констатирована тяжелая стадия ишемии, а в 25% была гангрена конечности. На наш взгляд основной причиной благоприятных послеоперационных результатов во всех группах является сравнительно короткие бранши /в среднем около 25 см/ протезов при аорто-бифуркационном шунтировании /Фиг.2 и 3/. Не меньшее значение имеет большой калибр протезов, используемых в этой позиции /8-10 мм/, что в совокупности нивелирует разницу в качестве протезов более или менее известных производителей. Последнее обстоятельство может иметь значение при выборе протезов и реальной оценке их стоимости.

Литература

1. Lemuel B. Kirby, David Rosenthal, Colby P. Atkins, Glennon A. Brown, John H. Matsuura, Michael D.Clark, Lazlo Pallos. Comparison between the transabdominal and retroperitoneal approaches for aortic reconstruction in patients at high risk. J Vasc Surg 1999;30:400-6.
2. van der Aker, PJ, van Schilfgaarde, R, Brand, R et al. Long-term results of prosthetic and non prosthetic reconstruction for obstructive aortoiliac disease. Eur J Vasc Surg, 1992 ,6: 53-61.
3. Jamal J. Hoballah, Chittur Mohan, Munier M. Nazzal, John D. Corson The Use of Omental Flaps in Abdominal Aortic Surgery: A Review and Description of a Simple Technique Journal. Annals of Vascular Surgery. 1998 ,Volume 12, Number 3, Pages ,292-295
4. Bonneton G., Franqis M., Gautier R. L'epioplastie pediculee dans le traitement des protheses vasculaires infectees. Chirurgie, 1971, 97, 185-189.
5. Dongen R.J. Septische Komplikationen in der GefBchirurgie: Operative Behandlung und Ergebnisse. Langenbecks Arch. Klin. Chir., 1976, 342, 511-512.
6. Goldsmith H.S., dos Santos R., Beattie E.J. The relief of chronic lymphedema by omental transposition. Ann. Surg., 1967, 166, 573-585.
7. Najafi H., Javid H., Dye W.S. Management of infected arterial implants. Surgery, 1969, 65, 539-547.
8. Liebermann-Meffert D., White H. In: The greater omentum., Springer-Verlag., 1983, 275.
9. Mitra A, Spears J, Perrotta V, McClurkin J, Mitra A. Salvage of infected prosthetic grafts of the great vessels via muscle flap reconstruction. Chest. 2005 Aug;128(2):1040-3.
10. V.Knyazhev, D.Golemanov, Sv.Hrelev, N.Manolov, Pl.Kostov. THE ROUTINE MUSCLE PLASTIC RECONSTRUCTION AS PREVENTION OF PROSTHETIC VASCULAR GRAFT INFECTION. BULLETIN of the International Scientific Surgical Association, 2007, Vol. 2 , N. 1, 56-58.
11. Gordon LL, Hagino RT, Jackson MR, Modrall JG, Valentine RJ, Clagett GP. Complex aortofemoral prosthetic infections: the role of autogenous superficial femoropopliteal vein reconstruction. Arch Surg. 1999 Jun;134(6):615-620
12. V.Knyazhev, D.Golemanov, G.Marinov, S. Hrelev, N.Manolov, P.Kostov, N.Donchev. Deep Femoral Vein as aRTERIAL SUBSTITUTE in cases of redo arterial reconstructions IN INFECTED FIELDS. Bulletin of the International Scientific Surgical Association, v.1, 2006, №1, 11- 13.

V.Knyazhev, N.Manolov, P.Kostov, T.Dragneva, N.Belchev, K.Tyutyundzhiev,N.Donchev ARTERIAL RECONSTRUCTION IN THE AORTO-ILIAC SEGMENT. IS THE CHOICE OF VASCULAR PROSTHESES SIGNIFICANT?

Vascular Surgery Clinic, University Hospital "St.Anna", Varna, Bulgaria

ABSTRACT:

Aortofemoral reconstructions still remain the gold standard for assessment of early and late results in the treatment of patients with various obliterative arteriopathies.

The most common and serious complications after such operations are acute thrombosis and hemorrhage, as well as earlier infection of the prosthesis.

Having used different artificial vascular prostheses for reconstruction in the aorto-iliac segment with 350 patients, authors conclude that indicated complications in the early postoperative period do not depend on the type of prostheses and the material from which they were produced.

The decisive factors for the success of the operation still remain the maximum atraumatic technique, shortening the time of surgery, selection of appropriate antibiotics and the rational method of application, modern approach to intra-and postoperative anticoagulation therapy.

Along with the preventive use of muscle plastic in femoral access in infection, the authors along with the removal of the prosthesis of the prosthesis have also successfully applied omentoplastic.

Keywords: *aortofemoral reconstruction, postoperative success rate, choice of vascular prostheses*

© Butikov V.N. et al., 2009.

В.Н.Бутиков, Е.Д.Яковчук, Г.О.Пенина, О.Г.Шучалин ХРОНИЧЕСКАЯ ИШЕМИЯ МОЗГА И КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ЖИТЕЛЕЙ СЕВЕРНЫХ ТЕРРИТОРИЙ

ФГУЗ «Медико-санитарная часть МВД по Республике Коми»,
Коми филиал ГОУ ВПО «Кировская ГМА Росздрава»,
ГУ РК «Коми республиканская больница»
Сыктывкар, Россия

Реферат:

Проанализированы все случаи госпитализации пациентов с цереброваскулярными заболеваниями (ЦВЗ) в республиканское неврологическое отделение с 1998 по 2008 гг. Обследовано 47 пациентов. Отмечено значимое преобладание женщин во всех группах пациентов. Возраст госпитализированных мужчин статистически значимо ниже возраста женщин с той же формой цереброваскулярной патологии. Выявлено достоверно более раннее начало заболевания у пациентов, проживающих в районах Крайнего Севера. После курса терапии выявлено снижение показателей инсомнии. Показатели депрессии снизились, а показатели ситуационной тревоги выросли. Наряду с положительной динамикой времени вработывания и психической устойчивости, показатели кратковременной памяти не изменились.

Ключевые слова:

цереброваскулярные заболевания, Крайний Север

В настоящее время проблема сосудистых заболеваний головного мозга приобретает все большую значимость в связи с высоким уровнем инвалидизации и социальной дезадаптации пациентов. Заболеваемость цереброваскулярной патологией в Республике Коми является самой высокой по Северо-западному Федеральному округу, превосходя аналогичные показатели в других регионах в 1,5 – 2 раза [2, 3, 4, 5, 6]. Согласно популяционным исследованиям от 5 до 20% пожилых лиц с сосудистыми заболеваниями имеют деменцию [3, 7]. В связи с этим вопросы диагностики и лечения состояний, связанных с хроническими сосудистыми заболеваниями мозга, являются актуальными и для Республики Коми [1]. Сегодня данные о гендерных, возрастных и других особенностях цереброваскулярной патологии на Крайнем Севере являются разрозненными и почти не затрагивают ситуацию на Европейском севере Российской Федерации.

Целью настоящего исследования явилось изучение эпидемиологических и демографических характеристик, клинических и диагностических особенностей, а так же результатов лечения пациентов с цереброваскулярными заболеваниями в Республике Коми. Нами проанализированы данные Регистра неврологического отделения ГУ РК «Коми республиканская больница» за десятилетний период. Регистр ведется в отделении с 1998 года, в него вносятся данные обо всех случаях госпитализации в отделение. Методом поперечного исследования нами изучены все зарегистрированные случаи госпитализации пациентов с цереброваскулярными заболеваниями (ЦВЗ) в республиканское неврологическое отделение на 1 января 2008 года. Наряду с этим, в неврологическом отделении ГУ РК «Коми республиканская больница» и ГУ «Республиканский госпиталь ветеранов войн и участников боевых действий» было проведено обследование 47 пациентов с цереброваскулярной патологией, которые получали традиционную сосудистую, нейрометаболическую терапию. Пациентам проводилось углуб-

ленное обследование до и после курса терапии. Проводился сбор жалоб, оценивался неврологический статус, когнитивные функции с использованием MMSE, методики «Таблицы Шульце», методики А.Р. Лурия, оценки кратковременной памяти. Эмоциональные нарушения оценивались при помощи шкалы тревоги Спилбергера-Ханина и опросника CES-D. Кроме того, оценивалось качество сна пациентов (SLEEP QUALITY SCALE, шкала сна ВОЗ, шкала субъективных характеристик сна). Через 14 дней проводилось повторное тестирование всех пациентов. Статистическую обработку результатов исследования проводили в операционной среде Windows 2007 с использованием программы «BIOSTAT».

За период с 1998 – по 2008 г.г. в неврологическом отделении пролечено 11426 пациентов, из них с начальными проявлениями неполноценности мозгового кровообращения – 180 (1,56% от числа всех госпитализированных), хронической ишемией мозга различной степени 1606 (14,1% всех госпитализированных) человек (хронической ишемией мозга 1 ст. – 593 (5,18%), ХИМ 2 ст. – 456 (3,99%), ХИМ 3 ст. – 557 человек (4,87%).

Как видно на рисунке, пациенты с разной степенью ХИМ на протяжении 10 лет госпитализировались в отделение примерно с равной частотой.

При анализе гендерной структуры госпитализированных в КРБ за изучаемый период выявлено следующее распределение: число мужчин с начальными проявлениями нарушений мозгового кровообращения соста-

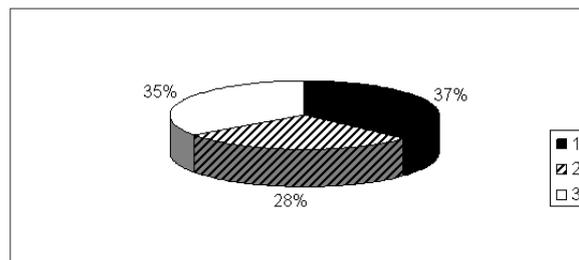


Рис. 1. Соотношение разной степени хронической ишемии мозга среди госпитализированных пациентов с ЦВЗ (1 – ХИМ 1 ст., 2 – ХИМ 2 ст., 3 – ХИМ – 3 ст.)

Contact Information:

Dr. Galina Penina

E-mail: penkina.ru@rambler.ru

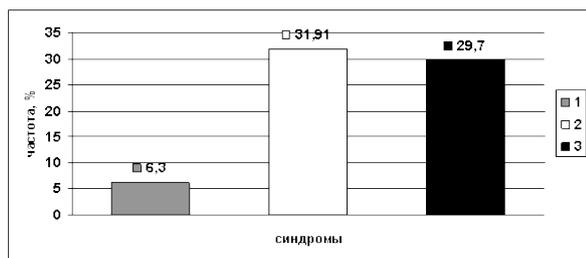


Рис.2. Частота основных синдромов в группе обследованных: 1 – гемипарез, 2 – паркинсонизм, 3 – вестибуло-атактический синдром

вило 23,3% (42 человека), женщин 76,7% (138 человек). Аналогичное соотношение полов отмечено практически во всех группах пациентов с цереброваскулярной патологией. Отмечается достоверное ($p < 0,05$) преобладание женщин во всех группах, за исключением пациентов с ХИМ 3 ст., в которой значимо преобладают мужчины. Средний возраст всех госпитализированных пациентов с диагнозом ЦВЗ, ХИМ составлял $54,83 \pm 9,25$ года. При этом естественно, что больные, госпитализированные с диагнозом НПНМК, были значимо моложе - $44,89 \pm 7,63$ года ($p < 0,05$).

При анализе возраста госпитализированных пациентов выявлено статистически значимое различие по возрасту начала заболевания у мужчин и женщин во всех группах (НПНМК, ХИМ). Средний возраст госпитализированных мужчин с диагнозом НПНМК составлял $40,66 \pm 10,60$, а средний возраст женщин - $46,15 \pm 5,98$ ($p < 0,05$). Во всех группах отмечался более молодой возраст госпитализированных мужчин ($p < 0,05$).

Представляет интерес сравнительная возрастная характеристика пациентов, проживающих в разных климатогеографических зонах. Так, средний возраст пациентов с НПНМК проживающих на Крайнем севере, практически на 5 лет меньше такового лиц, проживающих в южных территориях Республики Коми. Статистическая проверка выявила достоверность полученных различий. Возраст госпитализированных пациентов с ХИМ, проживающих в районах Крайнего Севера был статистически значимо ниже возраста пациентов с данной патологией, проживающих в Южных районах Республики Коми и на территориях, приравненных к Крайнему Северу ($p < 0,05$). Достоверных различий между возрастом пациентов, проживающих в Южных районах и на центральных территориях, нами не выявлено.

Средний возраст обследованных нами 47 пациентов составил $64,7 \pm 10,9$ лет. Среди всей группы обследуемых уроженцы республики Коми составили 57,4%, остальные 42,6% были переселенцами из других районов. Распределение по степеням хронической ишемии мозга в группе: ХИМ1 - 17,02%, ХИМ 2 - 70,21%, ХИМ 3 - 12,77%. Артериальная гипертензия 1-й степени отмечена у 21,28% обследованных пациентов, артериальная гипертензия 2-й степени - 38,30%, артериальная гипертензия 3-й степени - 40,42%.

Основной жалобой, предъявляемой обследованными пациентами, являлась общая повышенная тревога (68,09%). Жалобы на периодические головные боли до лечения беспокоили 65,96% пациентов, встречаемость головокружения составила 57,4%. Довольно часто пациенты жаловались на снижение памяти (59,5%), около 57,45% пациентов жаловались на нарушение качества сна, трудность засыпания. Шум в голове беспокоил 48,9% пациентов, шум в ушах - 27,6%.

У 14,9% случаев пациентов отмечена скованность,

слабость в конечностях, повышение тонуса в конечностях было выявлено в 25,5%, неустойчивость в позе Ромберга проявлялась у 29,7% пациентов. Частота основных объективно выявленных синдромов представлена на диаграмме.

Как видно на рисунке, наиболее часто в исследуемой группе отмечались сосудистый паркинсонизм и вестибуло-атактические нарушения.

По шкале оценки качества сна пациенты до лечения набрали, в среднем, $15,5 \pm 5,9$ баллов, опросник ВОЗ на наличие инсомнии дал, в среднем, $16,2 \pm 6,6$ балла. Оценка депрессии по шкале CESD показала, что средний показатель депрессии у пациентов составлял $20,3 \pm 12,2$ балла. При оценке тревоги по шкале Спилбергера-Ханина индекс личностной тревоги составил $2,2 \pm 8,5$, а при оценке ситуационной тревоги $1,97 \pm 8,8$, что укладывается в показатели средней тревожности. При оценке психического статуса по MMSE пациенты набрали, в среднем, $19,4 \pm 10,5$ балла, что говорит о деменции умеренной степени. Тест на кратковременную память по Лурия выявил снижение ее уровня до $4,2 \pm 2,5$ слов. При оценке когнитивных функций по Шульце показатели времени воспроизведения чисел в секундах выявлено постепенное снижение времени воспроизведения, затем показатели возрастают ($T1=65,5 \pm 33,4$, $T2=62,68 \pm 3,3$, $T3=62,1 \pm 33,7$, $T4=65,9 \pm 36,4$, $T5=65,9 \pm 40,7$). Эффективность работы была $64,4 \pm 33,7$, степень вработываемости была невысокой - $1,03 \pm 0,2$. Психическая устойчивость до курса терапии была снижена - $1,02 \pm 0,11$.

Жалобы на периодические головные боли после лечения составили 21,27%, частота головокружений снизилась до 17,02%, жалобы на снижение памяти продолжали беспокоить 29,7% пациентов, нарушение качества сна, трудность засыпания выявлены у 23,4% обследуемых, шум в голове и шум в ушах встречался в 19,14% и 10,6% наблюдениях соответственно (отличия достоверны ($p < 0,05$) во всех вышеперечисленных случаях). Скованность, слабость в конечностях после курса терапии сохранялась у 10,6% пациентов, повышение тонуса в конечностях - у 23,4%, неустойчивость в позе Ромберга проявлялась у 23,4% пациентов, без значимых отличий.

По шкале оценки качества сна пациенты набрали после лечения $13,4 \pm 5,1$ балла, различия достоверны ($p < 0,05$), опросник ВОЗ демонстрирует также снижение показателей инсомнии ($15,7 \pm 6,5$ балла) с достоверностью отличий ($p < 0,05$). Оценка депрессии по шкале CESD показала, что средний показатель депрессии у пациентов составлял после лечения $17,7 \pm 10,5$ балла, что говорит о снижении выраженности депрессивных расстройств. При оценке тревоги по шкале Спилбергера-Ханина индекс личностной тревоги составил после лечения $0,58 \pm 0,17$, индекс ситуационной тревоги $2,3 \pm 11,4$ отличаясь значимо от исходного ($p < 0,05$). При этом личностная тревога находится на очень низком уровне,

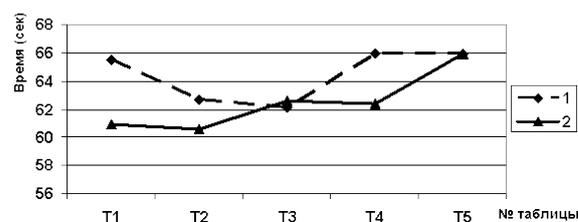


Рис. 3. Кривая истощаемости (утомляемости), отражающая устойчивость внимания и работоспособность в динамике. 1 - до лечения, 2 – после лечения.

а ситуационная возрастает. После лечения частота тревожных расстройств в группе снизилась до 27,6%, отличия достоверны ($p < 0,05$).

Оценка психического статуса при помощи MMSE достоверных отличий не выявила ($25,3 \pm 6,8$ балла после лечения). При оценке кратковременной зрительной памяти по методике Лурия не отмечалось достоверных различий до и после применения стандартной терапии. При оценке когнитивных функций по методике Шульте отмечалась значимая ($p < 0,05$) положительная динамика показателей времени воспроизведения чисел после лечения, за исключением таблиц 3 и 5, в которых показатели до и после лечения практически совпали (см. рис. 3).

Эффективность работы при оценке по этой методике существенно выросла до $59,3 \pm 30,9$ ($p < 0,05$). Степень вработываемости составила $1,02 \pm 0,19$ после лечения, что говорит о малой вработываемости, как до лечения, так и после курса терапии. Интересно, что психическая устойчивость после лечения значимо выросла до $0,99 \pm 0,1$ ($p < 0,05$).

Таким образом, отмечается значимое преобладание женщин во всех группах больных с ХИМ. Возраст госпитализированных мужчин статистически значимо ниже возраста женщин с той же формой цереброваскулярной патологии. Выявлено достоверно более раннее начало заболевания у пациентов, проживающих в районах Крайнего Севера. После курса терапии сосудистыми и нейрометаболическими препаратами выявлено снижение показателей инсомнии по шкалам ВОЗ, шкале оцен-

ки качества сна, но по шкале субъективных характеристик сна достоверных отличий не выявлено. Интересно, что показатели депрессии после лечения снизились, а показатели ситуационной тревоги выросли. Наряду с положительной динамикой времени вработывания и психической устойчивости, показатели кратковременной памяти не изменились.

Список литературы.

1. Бутиков В.Н., Пенина Г.О. Хроническая ишемия мозга у жителей северных территорий (на примере Республики Коми) // Bulletin of the International Scientific Surgical Association (ISSN 1818-0698) - 2008. - Vol.3, №2-3. - С. 50 - 53
2. Гусев Е.И., Скворцова В.И. Ишемия головного мозга. М.: Медицина. 2000. - 328 с.
3. Кузьменко В.М. Распространенность и некоторые особенности профилактики цереброваскулярных заболеваний у лиц разного возраста // Пробл. старения и долголетия. 151; 2001. - т.10, № 4. - С. 401-409.
4. Симоненко В.Б., Широков Е.А. Основы кардионеврологии: Руководство для врачей. 2 изд. М.: Медицина, 2001. - 240 с.
5. Снижение заболеваемости, смертности и инвалидности от инсультов в Российской Федерации / Под ред. В.И. Скворцовой - М.: Литтерра, 2008. - 192 с.
6. Hankey G.J., Warlow C.P. Treatment and secondary prevention of stroke: evidence, costs, and effects on individuals and populations/ The Lancet. 1999; 354: 1457 - 63
7. Wesnes K.A, Harrison J.E. The evaluation of cognitive function in the dementias: methodological and regulatory considerations // Dialogues Clin. Neurosci. - 2003. - v.5. - P. 77-88.

V.N.Butikov, E.D.Yakovchuk, G.O.Penina, O.G.Shuchalin CHRONIC ISCHEMIA OF BRAIN AND COGNITIVNYE DISORDERS AT INHABITANTS OF THE NORTH TERRITORIES

*FSEH «Medical-sanitary part of MIA in Komi Republic»,
Komi branch of SEE HPE «Kirov SMA»,
SE RK «Komi republican hospital», Syktyvkar, Russia*

ABSTRACT:

All cases of the hospitalization of patients with cerebrovascular diseases in a republican neurological separation from 1998 to 2008 are analyzed, 47 patients are inspected. Meaningful prevalence of women in all groups of patients is marked. The men age is below than the age of women statistically significantly. The disease began more early at the patients, resident in the districts of the far north. The decline of indexes of insomnia is exposed after the course of therapy. The indexes of depression decreased, and the indexes of situational anxiety grew. Along with the positive dynamics of time of work and psychical stability, the indexes of brief memory did not change.

Keywords: *cerebrovascular diseases, the far north*

BULLETIN

of the International Scientific Surgical Association

Vol. 4 • N. 2-3 • 2009

Лицензия ЛР № 020593 от 07.08.97

Налоговая льгота – общероссийский классификатор продукции
ОК 005-93, т. 2; 953004 – научная и производственная литература

Подписано в печать .01.2010. Формат 60×84/8.

Усл. печ. л. 5. Тираж 100. Заказ

Отпечатано с готового оригинал-макета, предоставленного редакционным советом,
в Цифровом типографском центре Издательства Политехнического Университета.
195251, Санкт-Петербург, Политехническая ул., 29