

зированной система обеспечивает диагностику и лечение, направленное на повышение остроты зрения пациента.

Для оценки эффективности процедуры воздействия до начала и после сеанса тренинга проводится мониторинг функционального состояния пациента. Для оценки успешности сеанса тренинга проводится сравнение с оптимизационными моделями управления.

Перед каждым сеансом тренинга у пациента снимается медико-биологическая информация, характеризующая уровень цветоощущения и цветовосприятия, в зависимости от которой принимается решение о проведении тренинга в черно-белой или цветной виртуальной среде.

В результате проведенного исследования были получены следующие результаты, отличающиеся новизной:

1. Способ автоматизированного определения остроты зрения, включающий компьютер, монитор, программное средство, отличающийся предъявлением тестирующего светового объекта в виде цветowych решеток.

2. Способ определения цветоощущения и цветовосприятия, включающий компьютер, монитор, программное средство, отличающийся автоматизированным характером предъявления колориметрической информации.

3. Алгоритм управления сюжетами тренинга глаз, направленный на усиление остроты зрения человека и отличающийся стереоскопическим характером предъявления информации;

4. Структура управления в компьютерном модуле тренинга глаз, включающая компьютер, монитор и программное средство, отличающаяся визуализацией стереоизображений.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Сидорова С.А.

*Курский государственный медицинский университет,
Курск*

Постинсультная инвалидизация занимает первое место среди всех причин инвалидности и составляет 3,2 на 10 000 населения. Основной целью нейрореабилитации больных, перенесших церебральный инсульт, является восстановление двигательных, речевых и других утраченных функций, а также достижение определённого уровня социальной, психологической и бытовой адаптации.

Различают 3 уровня восстановления нарушенных функций:

1. Уровень истинного восстановления - наиболее высокий уровень, при котором нарушенная функция возвращается к исходному состоянию.

2. Уровень компенсации функций, характеризующийся функциональной перестройкой, вовлечением в функциональную систему новых структур.

3. Уровень восстановления – реадaptация, приспособление к дефекту.

Выделяют несколько механизмов компенсации нарушенной функции: реорганизация поврежденного функционального центра; перестройка взаимоотношений между разными этапами одной системы; реорганизация структуры и функции других систем; включение резервных возможностей различных в функциональном отношении систем мозга.

Для достижения более высокого уровня восстановления определены основные принципы реабилитации: раннее начало реабилитационных мероприятий; систематичность и длительность; комплексность, мультидисциплинарность, адекватность реабилитационных мероприятий; активное участие в реабилитации самого больного; социальная и психологическая реабилитация.

Опыт лечения больных в специализированном ангионеврологическом отделении больницы МУЗ ГБСМП города Курска свидетельствует об эффективности следующих подходов:

1. Начало медикаментозного лечения в первые 3-6 часов после возникновения инсульта (в пределах «окна терапевтических возможностей»);

2. Проведение возможно более раннего обследования больных в стационаре для уточнения характера инсульта и применения строго дифференцированной терапии;

3. Ведение больных междисциплинарной бригадой специалистов (психотерапевта, логопеда-афазиолога, физиотерапевта), что способствует эффективному проведению ранней реабилитации пациентов;

4. Перевод пациента в отделение нейрореабилитации санаторного типа или на амбулаторное лечение при взаимодействии медицинской и социальной служб. Таким образом, нейрореабилитация предусматривает комплексный, дифференцированный подход в лечении больного, перенесшего инсульт, что улучшает качество жизни больных и реабилитационный прогноз.

ОСОБЕННОСТИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Сидорова С.А.

*Курский государственный медицинский университет,
Курск*

Острые нарушения мозгового кровообращения являются важнейшей медико – социальной проблемой во всём мире, ибо ежегодно от инсульта погибают около 5 млн. человек. Инсульт относится к неотложному состоянию, требующему быстрой патогенетически обоснованной помощи, особенно в первые 2-3 часа его развития («окно терапевтических возможностей»). Система лечебных мероприятий складывается из базисной терапии и дифференцированного лечения.

Было обследовано 50 больных с ишемическим инсультом в остром периоде. Возраст больных составил от 45 до 75 лет, преобладали больные мужского пола - 24 человека (80%). Ишемический инсульт во всех случаях был нефатальным, верифицирован СКТ головного мозга. Преобладали атеротромботический,

кардиоэмболический, гемодинамический типы инсультов. Пациентов наблюдали в течение 21 дня в стационаре.

Наилучшие результаты восстановительного лечения были у тех больных, которые поступили в стационар в течение первых 6 часов. Однако около 40% больных (12 человек) поступили в стационар спустя 2-5 суток.

Лечение всем больным было назначено согласно алгоритму с учетом типа ишемического инсульта. Для лечения использовали следующие лекарственные препараты: блокаторы кальциевых каналов - предпочтение отдавалось верапамилу и нифедипину; нейротрофические средства – церебролизин, актовегин, кортексин, карнитин. Использовали пептиды (семакс), а также антикоагулянты – гепарин, аминокислоты – глицин, антиоксиданты – эмоксипин. При отеке головного мозга использовали дексаметазон. Всем больным назначался пентоксифиллин, обладающий антитромботическим, антиагрегационным и реологическим действием.

Положительный результат от лечения отмечался уже через 3-4 дня - уменьшались клинические проявления ишемического инсульта: восстанавливалось сознание, регрессировали двигательные и чувствительные расстройства, восстанавливалась речь (нарастало количество произносимых слов и слогов, что было зафиксировано логопедом), отмечалось увеличение мышечной силы (на 1-3 балла).

Таким образом, четкий положительный эффект от лечения отмечался уже в острейшем периоде ишемического инсульта (на 3-4 сутки) и наилучшие результаты наблюдались у больных, в комплексе лечения которых применяли пентоксифиллин, церебролизин, эмоксипин, карнитин, семакс, глицин.

CHLAMYDIOSIS AND UREAPLASMOSIS AT MOTHERS AND THE BIRTH OF CHILDREN WITH ILLNESS OF DOWN

Sokolova T.A.

*Krasnoyarsk state medical academy,
Krasnoyarsk*

The set of symptoms of Down or set of symptoms of a trisomy of 21 chromosomes have been described in 1866 J.Down. The set of symptoms is characterized by a mental retardation, a hypomyotonia, the flat person, congenital heart diseases, a gastrointestinal path, presence of a trisomy 21 Pair of chromosomes. It is observed regular and tessellated forms of a trisomy - 21. Population frequency 1:700; 1:750.

Questions of preventive maintenance of congenital developmental anomalies of a fruit and chromosomal illnesses of the person, most often of which the syndrome of Down is, cost(stand) in a number of problems genetic service.

In structure of congenital disease and death rate the important place belongs to intra-uterine infections. Densities of different infections in occurrence of an intra-uterine pathology of a fruit is various, thus, frequency of infectious diseases of mother is not in a direct communication with frequency of defeat of a fruit. Therefore de-

velopment of measures of the certain preventive maintenance of infectious diseases has the main value in protection of a fruit. Infections concern to biological factors of induced mutations in germinal cells. Influence of biological factors is traced through pathogenic effects on chromosomal and genic mutations.

The purpose of our research was studying frequency of presence of an antigene Chlamidia and Ureaplasma at genetically healthy mothers which pregnancy was finished by birth of the child with illness of Down.

Methods were used: Immune, fermental on a firm phase "Elisa", modified, for definition: concentration of antibodies of a subclass of M and G in whey; concentration of an antigene in urethral and вагинальном secrets; method of cultivated leukocytes of peripheral blood of the person (Hungerford Netall 1965), modified.

We carry the retrospective analysis of genetic cards of 56 families in which children with illness of Down were born. They were included in 1 group. Accordingly in control group (2 gr.) has come 56 families having healthy children.

Chlamidia at 1 group was present at 15 person - 25,9 of %, from them sharp process was at 3 pregnant, and Ig G in a high credit was found out at 10 pregnant, in 18 % of cases.

In control group presence Chlamidia was found out in 11 cases of-27,5 %, from them sharp process was at 7 % of infected and 18 % had chronic current infections without activity.

Ureaplasma-the antigene was found out in researched group in 14 cases of-27 %. In control group the share infected has made 12,5 %.

Thus, the attention a significant share pays to itself: In 1 group the significant amount pregnant, infected with an antigene Ureaplasma is revealed. In 2 group this quantity is much lower.

Significant distinctions in a share of defeats of Chlamidia among pregnant 1 and 2 groups it was not revealed.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ

Черный А.И.

*Саратовский Государственный
медицинский университет,
Саратов*

Актуальность исследования

На сегодняшний день, очевидно, что спинальная анестезия (СА) – метод выбора анестезиологической защиты организма при операциях на нижнем этаже брюшной полости и нижних конечностях. Однако, при современном развитии медицинских материалов и инструментария, местных анестетиков, методов проведения СА и определения стандартов безопасности, не удастся лишить последнюю головной боли (ГБ) в послеоперационном (п/о) периоде. ГБ является психоневрологическим осложнением (ПНО), имеет многогранный этиопатогенез и не всегда ее можно объяснить только ликвореей. Прогнозировать ГБ, а значит иметь возможность проводить ее профилак-