

Таблица 2

Результаты бальной оценки рефлексов и соматических показателей

Группа крыс	Бальная оценка (среднее арифметическое значение)
Опыт 28-е сутки	21
Опыт 56-е сутки	17
Контроль	5

Таким образом, при хронической интоксикации ДХЭ наблюдаются стойкое расстройство нервной

системы. Исходя из результатов настоящего исследования, пик интоксикации приходится на 4 неделю эксперимента, что может быть связано с накоплением токсина в организме, в том числе и в тканях нервной системы. Однако на 8 неделе эксперимента показатели опытной группы несколько улучшились, что свидетельствует о подключении приспособительных механизмов нервной системы, для функционирования в условиях хронической интоксикации. В исследованиях контрольной группы на 28-е и 56-е сутки статистически значимых изменений не выявлено.

**Секция «Педиатрия и детская хирургия»,
научный руководитель – Нурмеев И.Н., д-р мед. наук**

**АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ
ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ
У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ
ОТ КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ
ОСОБЕННОСТЕЙ**

Чиженко Н.И., Тимохова Е.С.

ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера», Пермь,
e-mail: ekaterinasergeevna15@rambler.ru

Благоприятный прогноз при пневмонии определяется адекватным выбором стартовой антибактериальной терапии, диагностикой результатов клинико-anamnestических и рентгенологических данных [Короид Н.В., 2011]. Цель работы – изучить особенности антибактериальной терапии пневмонии у детей в зависимости от клинико-рентгенологических особенностей. *Материалы и методы.* Проведён анализ историй болезни 46 пациентов с внебольничной пневмонией в возрасте от 11 месяцев до 14 лет, которые находились на стационарном лечении в ГДКБ№9 им. Пичугина г. Перми в 2011 году. *Результаты исследования.* 50% пациентов были в возрасте 3-7 лет, средний возраст – 6,3±0,2 лет. У 24% детей в анамнезе имелись фоновые заболевания: перенесённая пневмония и бронхит, бронхиальная астма, врожденный порок развития органов дыхания. В кли-

нике отмечалось преобладание малопродуктивного кашля (69,5%). У 50% пациентов наблюдался интоксикационный синдром. При физикальном исследовании чаще наблюдалось укорочение перкуторного звука (39%). При аускультации у 84% выслушивалось жесткое и ослабленное дыхание (45,5%). Хрипы влажные, мелкопузырчатые локализовались в задне-нижних отделах легких. При рентгенологическом исследовании у 60% детей наблюдалось усиление сосудистого и интерстициального рисунка в сочетании с мелкоочаговой инфильтрацией. При оценке клинико-рентгенологических данных была выявлена типичная бактериальная этиология пневмонии. Поэтому стартовыми антибиотиками являлись цефалоспорины [Новиков Ю.К., 2010]: медоцеф (50%), цефотаксим (19,5%), цефазолин (9%), цефтриаксон (4,5%), супракс (2%). Реже были назначены: амикацин (11%), макропен (2%), ровамицин (2%), что связано с приемом цефалоспоринов ранее амбулаторно. Курс стартовой антибактериальной терапии составил в среднем 8 дней (3-16 дней). Препаратами второго ряда являлись: ровамицин (42,5%), супракс (15%), медоцеф (12,5%), амикацин и макропен (7,5%). Таким образом, отмечается благоприятное течение пневмонии при своевременной диагностике и рациональном назначении антибиотикотерапии в зависимости от клинико-рентгенологических особенностей течения заболевания.

**Секция «Современные неврологические аспекты»,
научный руководитель – Карнов С.М., д-р мед. наук, профессор**

**РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ
НЕВРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА**

Бурнусус Н.И., Карнов С.М.

Ставропольская государственная медицинская академия (СтГМА), Ставрополь, e-mail: 430964316@qip.ru

Актуальность: проблема реабилитации пациентов после неврита лицевого нерва (ЛН) одна из важных в неврологии. Данная патология приводит к необратимым процессам в ткани нерва, зачастую не подлежащим восстановлению, что приводит к трофическим нарушениям мышц лица. После перенесенного заболевания пациенты имеют серьезные психологические проблемы, связанные с дефектом лица (асимметрия), слюнотечением, с дальнейшим нарастанием симптоматики невропатии ЛН, что нарушает нормальный образ жизни и социальную активность.

Цель исследования: установить взаимосвязь между скоростью и эффективностью реабилитации пациентов после невропатии ЛН и полом, возрастом, а также этиологией заболевания.

Методы исследования: было обследовано 30 пациентов в стадии ремиссии. Средний возраст пациентов составил от 25 до 49 лет. Все пациенты ранее

проходили клинико-неврологическое обследование и лечение в МБУЗ ГКБ №3 (г. Ставрополь) и Апанасенковской ЦРБ (с. Дивное). Всем больным проведено исследование качества жизни (опросник SF-36) по 8 шкалам.

Обсуждение: данные, полученные в ходе исследования, позволили оценить зависимость эффекта реабилитации, ее скорости, по полу, возрасту и этиологического фактора невропатии ЛН. Нами было выявлено, что у пациентов мужского и женского пола в возрасте от 26 до 35 лет, прошедших медикаментозное и физиолечение, реабилитация проходила с более выраженным положительным эффектом, нежели у пациентов старшего возраста (36 до 49 лет). При этом пол пациента не оказал значимого влияния на течение реабилитационного периода. С другой стороны, сроки реабилитации напрямую связаны с полом пациента, где отмечено быстрое улучшение состояния здоровья пациенток. Следует отметить, что у пациентов, перенесших гайморит и респираторные инфекции, восстановление протекало лучше, в отличие от тех, кто имел в качестве этиологического фактора невропатии ЛН в следствии переохлаждения. Те же, у кого причиной невропатии ЛН послужили сто-

матологические манипуляции, имели самое тяжелое течение и самую длительную реабилитацию (около 8 месяцев). Психологическое состояние пациенток женского пола также имело положительную тенденцию по сравнению с таковой у лиц мужского пола. Данные подтверждались результатами опросника SF-36, где по 5 шкалам (боль, общественная деятельность) выявлено улучшение состояния здоровья на 15%.

Выводы: таким образом, эффективность реабилитации после невropатии ЛН во многом зависит от возраста пациента, в то время как скорость восстановительных процессов прямо пропорциональна полу (у женщин протекает быстрее). Полученные данные позволили нам судить о динамике состояния пациентов после проведенного лечения. Следует отметить, что невropатии ЛН развившиеся вследствие стоматологических манипуляций имели самый длительный период реабилитации.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ У ДЕТЕЙ

Валеева Д.С.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, e-mail: lady-dinchik@yandex.ru

В настоящее время в развитых странах мира головная боль (ГБ) рассматривается как серьезная проблема, требующая внимания медицинской общественности и государства. Самая частая форма головной боли, с которой пациенты обращаются к врачам – головная боль напряжения (ГБН) [1,2]. Распространенность ГБН в течение жизни в общей популяции по данным различных исследований варьирует от 30 до 78% [3]. Исследования, посвященные распространенности и клиническому характеристикам ГБН у детей, немногочисленны и противоречивы [4]. Частота ГБН у детей по данным разных авторов весьма вариабельна и составляет от 28,7% до 72,8% случаев [5, 6, 7, 8].

Цель работы – определение частоты распространенности головных болей у детей от 10 до 18 лет и выявление основных клинических характеристик головных болей.

Материалы и методы. Нами была составлена анкета, включающая следующие пункты: возраст, пол ребенка, физическое развитие, место проживания, клинический диагноз, основные клинические характеристики головной боли, принимаемые препараты для снятия головной боли. Сведения получены путем опроса детей в возрасте от 10 до 18 лет, выкопировки данных из “Медицинской карты стационарного больного” форма № 003/у.

Результаты исследования. Из 62 опрошенных детей – 39 мальчиков (63%) и 23 девочки (37%) в возрасте 10-17 лет. На момент опроса большинство детей на ГБ не жаловались – 54 ребенка (87%), у 8 детей (13%) отмечалась ГБ: по 10 балльной шкале 6 человек оценили свою ГБ на 1 – 5 баллов (легкая – умеренная ГБ), 2 человека – на 6,8 баллов (выраженная ГБ).

В течение последнего года ГБ, не связанные с переохлаждением, простудой или травмой головы, отмечались у 55 детей (88,7%).

Из 55 детей – 20 человек (63,6%) обращались к врачу с жалобами на ГБ.

В половине случаев у детей ГБ отмечалась 1 раз в месяц и реже (50,9%), 2-15 раз в месяц – у 21 ребенка (38,2%), более 15 раз в месяц – у 6 детей (10,9%).

В 62% случаев дети отмечали двустороннюю ГБ, реже одностороннюю – в 38%. У большинства детей

(90,9%) ГБ легкой – умеренной интенсивности, 5 детей (9,1%) жаловались на выраженную ГБ. Давящая, сжимающая по характеру ГБ встречалась в 67,3% случаев, пульсирующая – в 32,7%.

Усиление ГБ при физической нагрузке наблюдалось у 10 детей (9%). ГБ сопровождалась тошнотой у 8 детей (14,5%). Обычный дневной свет и обычные по громкости звуки во время ГБ мешали 5 и 17 детям (9,1% и 30,9%) соответственно.

Принимали лекарственные средства для купирования ГБ 38 детей (69,1%), преимущественно препараты на основе парацетамола.

На основании детального анализа жалоб, анамнеза, сопутствующих состояний и объективного осмотра, с использованием диагностических критериев Международной классификации расстройств, сопровождающихся головной болью, второго пересмотра (МКГБ-2) диагноз головная боль напряжения выставлен 31 ребенку из 62 опрошенных (50%): нечастая эпизодическая ГБН – 16 детей (25,8%), частая эпизодическая ГБН – 14 детей (22,6%), хроническая ГБН – 1 ребенок (1,6%). Диагноз возможная мигрень без ауры выставлен 5 детям (8,1%). Таким образом, в 65,5% случаев установлен первичный тип ГБ. У 19 детей диагноз должен быть уточнен с ведением диагностического дневника ГБ и применением дополнительных методов исследования для исключения вторичной ГБ.

Список литературы

1. Первичные головные боли. Практическое руководство / В.В. Осипова, Г.Р. Табеева. – М.: ООО «ПАГРИ-Принт», 2007. – 60 с.
2. Olesen J., Tfelt-Hensen P., Welch KMA (eds). The headaches, 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2002.
3. Осипова В.В. Головная боль напряжения: диагностика и терапия // Вестник семейной медицины, №2, 2010, с. 26-30.
4. Вейн А.М., Шварков С.Б. Эпидемиология вегетативных нарушений у московских школьников // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1993. – № 6. – С.59-62. 5. Юдельсон Я.Б., Рачин А.П. Особенности головной боли напряжения у детей и подростков // Неврологический вестник им. В.М. Бехтерева. – 2002. – № 3-4. – С.24-30.
6. Luka-Krausgrill U., Anders K. // Cephalalgia. – 1997. – Vol. 17. – P.296.
7. Barea L.M., Tannhauser M., Rotta N.T. // Cephalalgia. – 1996. – Vol. 16. – P.545-549.
8. Krasnik A. // Neurol. Neurochir. Pol. – 1999. – Vol. 33. – P.111-125.

НАРУШЕНИЕ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ В ПОСТИНСУЛЬТНОМ ПЕРИОДЕ

Власова Д.Ю., Карпов С.М., Седакова. Л.В.

Ставропольская государственная медицинская академия, Ставрополь, e-mail: 17.dashka@rambler.ru

Острые цереброваскулярные заболевания являются одной из наиболее актуальных проблем современной неврологии, что связано, в первую очередь, с ее распространенностью и отсутствием четкой тенденции к снижению заболеваемости. Ежегодно в мире ОНМК отмечается более, чем у 15 млн человек. В последнее время имеется тенденция, что данная патология молодеет, где не менее 20% ОНМК отмечаются у больных моложе 50 лет. Пациенты с сосудистыми заболеваниями головного мозга составляют до 20% неврологических больных; 23% из них перенесли мозговую инсульт (Е.И. Гусев, 1992). Летальность вследствие инсульта, по данным разных авторов, составляет от 17 до 34% в первые 30 дней и 25-40% в течение первого года заболевания. В настоящее время прослеживается тенденция к некоторому снижению смертности при инсульте за счет ранней и точной диагностики, развития системы интенсивной терапии инсульта, нейрохирургического лечения геморрагических инсультов. Вместе с тем инвалидизация после инсульта увеличивается. В среднем среди людей, перенесших инсульт, 70% останутся инвалидами