

Сг не только через почки, но и через билиарный тракт. Способность комплексонов растворять минеральную составляющую желчных камней может быть исследована в качестве одного из компонентов препарата для консервативного лечения ЖКБ при камнях смешанного типа со значительной минеральной составляющей. Растворяющая способность лимонной кислоты при воздействии на желчные камни смешанного типа с незначительной минеральной составляющей может быть использована для разработки препарата липосомальной формы лимонной кислоты с пассивной адресной доставкой лимонной кислоты до органов РЭС (печень и селезенка) и ее преимущественной концентрацией в печени и соответственно в желчи. Создание такого препарата позволит использовать консервативную терапию при большом числе случаев ЖКБ со смешанным типом камней и существенно уменьшит число оперативных вмешательств по поводу ЖКБ.

Разработка и исследования липосомальной формы лимонной кислоты – предмет следующего этапа исследований в этом направлении.

ОСОБЕННОСТИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С УЗЛОВЫМИ ФОРМАМИ ЗОБА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Акимов А.А., Карпушина Т.В., Стяжкина С.Н.
Республиканская клиническая больница, Ижевск,
e-mail: akimov04@yandex.ru

Актуальность исследования. Развитие общества на любом этапе, социальные и экономические преобразования будут эффективны при осознании, что ценность здоровья является неотъемлемым компонентом удовлетворенности качеством жизни населения. Наличие здорового населения является важным потенциалом Государства, обеспечивающим трудовые ресурсы, которые, влияют на экономику и обороноспособность страны, дальнейшие перспективы его развития. Состояние здоровья определяется как усилиями самих граждан, так и ответственностью государственных институтов и систем общества, обязанных заботиться об общественном и индивидуальном здоровье.

Цель работы: выявить особенности иммунологического и психоэмоционального статуса у пациентов с узловыми формами зоба в раннем послеоперационном периоде и их коррекция.

Материалы и методы исследования: выборка данных больных из первичной медицинской документации за октябрь – декабрь 2012 года и проведен анализ иммунологического статуса и психоэмоционального состояния 55 пациентов, находящихся на лечении в хирургическом отделении первой Республиканской клинической больницы с узловыми формами зоба до операционного лечения и в раннем послеоперационном периоде. Дополнительно к стандартным методам использовали иммунологическое исследование крови (Т и В лимфоциты, медиаторы иммунного воспаления и т.д.). Для определения психоэмоционального состояния использовали тест Спилберга.

Результаты: при обследовании клеточного и гуморального иммунитета выявлено у пациентов с узловыми формами зоба снижение показателей иммунологической защиты. Отмечено снижение фагоцитарной активности нейтрофилов на 23-27%, Т-хелперов и Т – супрессоров на 12-15%, иммуноглобулинов А, М, G на 7-13%. Снижение иммунитета являлось спутником частых респираторных

инфекций, бронхитов, ангин у больных с узловыми формами зоба, а так же наличие в анамнезе аллергических и аутоиммунных заболеваний у ряда больных (крапивница,аллергический дерматит, псориаз, экзема), у некоторых больных в послеоперационном периоде отмечался аллергический отек гортани, обострение атопического дерматита. Психологические факторы являются одним из компонентов сложного комплекса патогенетических факторов, которые определяют развитие узлового зоба. У 45% обследованных пациентов работа связана с эмоциональными нагрузками (следователи, работники МВД, частные предприниматели, преподаватели, бухгалтера и т.п.) 33% пациентов связывают появление заболевания с перенесенным психоэмоциональным стрессом (гибель и болезнь родственников или близких, увольнение с работы и т.п.). Психические расстройства, появляющиеся или обостряющиеся на фоне узлового зоба, усугубляют тяжесть состояния больного. При обследовании психоэмоционального статуса у больных с узловыми формами зоба выявлена высокая тревожность (более 50% пациентов имели итоговый балл более 46 по шкале Спилберга).

Выводы: у пациентов с узловыми формами зоба выявлено снижение показателей иммунологической защиты, выявлена высокая тревожность психического состояния, что требует определенной коррекции. Мы рекомендуем в предоперационном периоде применение пациентами с узловыми формами зоба иммуномодуляторов и антидепрессантов, что приведёт к улучшению качества жизни в послеоперационном периоде и уменьшению послеоперационных осложнений.

ПРЕВЕНТИВНО-ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ КОГНИТИВНОЙ СФЕРЫ У БОЛЬНЫХ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ИНСУЛЬТА

Бабий Д., Клименок О., Бержаппарова С., Киспаева Т.Т.
Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, e-mail: klimenok_12@mail.ru

Проблема когнитивной реабилитации больных в остром периоде церебрального инсульта (ЦИ) продолжает оставаться актуальной как для неврологов, так и для специалистов смежных дисциплин, являясь одной из актуальных проблем современной неврологии вследствие высокого риска формирования сосудистой деменции среди пациентов, перенесших ЦИ. Снижение продолжительности и качества жизни данной категории больных на последующих этапах восстановления является немаловажным медико-биологическим и социально-экономическим аспектом вышеуказанной проблемы [5-7].

Целью исследования явилось изучение влияния ранней когнитивной реабилитации на нейродинамические параметры когнитивной сферы у больных в остром периоде церебрального инсульта.

Объект и методы исследования. Объектом исследования явились больные в ясном сознании с впервые возникшим церебральным ишемическим инсультом. Критериями исключения пациентов из исследования явились: 1. Наличие депрессии по шкале депрессии Гамильтона ниже 18 баллов. 2. Наличие острых и хронических (в стадии декомпенсации) заболеваний внутренних органов. 3. Наличие (как со слов пациента, так и его родственников) мнестических, аттенциальных и других жалоб до инсульта либо на момент включения и во время проведения исследования. 4. Другие заболевания нервной системы, сопровождающиеся когнитивными нарушениями (ал-

коголизм, заболевания щитовидной железы, анемии различного генеза, сахарный диабет). 5. Прием нейрореплетиков, антидепрессантов в течение одного месяца до включения пациента и во время проведения исследования. Для верификации диагноза всем пациентам проводили стандартное клиничко-лабораторное обследование, включавшее тщательный сбор анамнеза, клинические, лабораторные и инструментальные методы исследования, при этом ишемический характер инсульта подтверждался в соответствии с критериями TOAST (Trial of Org in Acute Stroke Treatment) [13]. Всем пациентам проводилось расширенное клинико-параклиническое обследование с качественной и количественной оценкой полученных результатов на 1-е, 7-е и 21-е сутки от развития инсульта. Тяжесть состояния больных и степень выраженности неврологического дефицита оценивались по модифицированной шкале Рэнкина и клинической шкале National Institute Health Stroke (NIHSS) [14].

Оценку когнитивного дефицита проводили по Краткой шкале оценки психического статуса (КШОПС) – русский аналог Mini Mental State Examination (MMSE) (Folstein M. F. с соавт., 1975) [14]. Для исследования показателей зрительной и слуховой памяти, объема и скорости переключения внимания применялись следующие методики: исследование скорости переключения внимания по пробе Шульте, исследование объема внимания по корректурной пробе, исследование вербальной и невербальной зрительной памяти по вербальному и невербальному тесту, исследование слухо-речевой памяти по тесту 10 слов [15, 16]. Статистическая обработка полученных данных проводилась на персональном компьютере с использованием программы Statistic 6.

Все пациенты получали комплексную, максимально унифицированную терапию. В основной группе дополнительно применялась в комплексе со стандартной фармакотерапией ранняя индивидуализированная когнитивная реабилитация с первых суток ЦИ с учетом онто-, филогенетического принципа формирования когнитивных функций [8, 16].

Сравнительные результаты исследования динамики неврологического дефицита у больных реабилитационной и контрольной групп в остром периоде заболевания выявили достоверное снижение среднего значения клинического балла по шкале NIHSS к концу острого периода в обеих группах. В тоже время сравнительный анализ клинических данных выявил достоверно значимое снижение показателей ($p < 0,005$) по шкале NIHSS в основной группе в 4,1 раза против 1,5 раза в контрольной.

Анализ полученных данных изучения когнитивной сферы выявил улучшение нейродинамических параметров в динамике в основной и контрольной группах. Степень выраженности нейродинамических нарушений к концу острого периода достоверно по сравнению с 1-ми сутками регрессировала в основной группе по показателям внимания: увеличился объем и скорость переключения внимания (достоверно снизилось время выполнения пробы Шульте, увеличился балл по корректурной пробе) ($p \leq 0,05$). При этом полученные результаты характеризовались различной степенью достоверной значимости. Так, при сравнении с контрольной группой выявлена высокая и средняя степень достоверности при оценке скорости переключения внимания ($p \leq 0,005$) по пробе Шульте – увеличение скорости переключения внимания в 1,85 раза в основной группе против в 1,46 раза в контрольной. Высокая степень достоверности была отмечена при оценке объема внимания по корректурной пробе ($p \leq 0,005$) – увеличение объема

внимания по результатам корректурной пробы в 1,69 раз в основной группе против 1,24 раза в контрольной. Выполнение мнестических проб (на зрительную невербальную и кинестетическую память) сопровождалось достоверно значимой разницей различной степени выраженности по сравнению с 1-ми сутками заболевания как в основной, так и в контрольной группе. При этом при оценке параметров зрительной невербальной и кинестетической памяти была отмечена средняя степень достоверности ($p \leq 0,01$). Результаты исследования зрительной вербальной и слухоречевой памяти не носили достоверной значимости ($p \leq 0,5$).

Принимая во внимание результаты современных исследователей о роли функции внимания как базовой психической функции, стимуляция которой прямо и косвенно влияет на улучшение практически всех когнитивных функций и оказывает активизирующее действие на кору головного мозга, нельзя не отметить, что полученные результаты, подтверждая вышеизложенное, выявляют важную роль ранней индивидуализированной когнитивной реабилитации в восстановлении высших психических функций через ее базовую составляющую – внимание. Результаты проведенных исследований можно объяснить с онто-филогенетической точки зрения [8, 16].

Таким образом, проведение в остром периоде ЦИ под контролем функциональных проб ранней когнитивной реабилитации достоверно значимо улучшает не только неврологический статус, но и когнитивную сферу, оказывая превентивное и терапевтическое действие на формирование и прогрессирование латентно протекающих и клинически сформированных когнитивных нарушений.

Выводы:

1. Использование ранней когнитивной реабилитации в остром периоде церебрального инсульта достоверно улучшает неврологический статус и состояние нейродинамических параметров.

2. Восстановление нейродинамических параметров осуществляется согласно принципу онто- и филогенетической иерархии структур головного мозга.

Список литературы

1. Основы ранней реабилитации больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения / Скворцова В.И., Шкловский В.М., Поляев Б.А. и др. М.: Антидор, 2006. – 213 с.
2. Яхно Н.Н. Когнитивные нарушения при инсульте. – М.: Антидор, 2006. – 214 с.
3. Шкловский В.М. Концепция нейрореабилитации больных с последствиями инсульта // Журн. Невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. Инсульт. Приложение к журналу – 2003. – Вып.8. – С.10-23.
4. Johansson, B. Brain Plasticity and Stroke Rehabilitation // Stroke. – 2000. – 31, 223-230.
5. Дамулин И.В. Когнитивные нарушения сосудистого генеза: клинические и терапевтические аспекты // Журнал «Трудный пациент». – 2006. – №7.
6. Одинак М.М., Емелин А.Ю., Лобзин В.Ю. Нарушение когнитивных функций при цереброваскулярной патологии. – СПб.: ВМедА, 2006. – 158 с.
7. Основы ранней реабилитации больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения / В.И. Скворцова, В.М. Шкловский, Б.А. Поляев и др. – М.: Антидор, 2006. – 213 с.
8. Григорьева В.Н. Когнитивная нейрореабилитация больных с очаговыми поражениями головного мозга: Учебное пособие / Ковязина М.С., Тхостов А.Ш. – М.: УМК «Психология»; Московский психолого-социальный институт, 2006. – 256 с.
9. Burns A. Sensory stimulation in dementia. An effective option for managing behavioural problems A. Burns, J. Byrne, C. Ballard et al. Brit. Med. J. 2002. – V. 325. – P. 1312-1313.
10. Ginarte-Arias Y. Cognitive rehabilitation. Theoretical and methodological aspects I I Rev Neurol. 2002. Vol. 35. Issue 9. P. 870-876.
11. Modulation of cortical excitability by transcranial direct current stimulation / Nitsche M.A., Liebetanz D., Tergau F., Paulus W. // Nervenarzt. – 2002. – V.73. – № 1. – P.332-335.
12. Simon Douglas, Ian James, Clive Ballard. Non-pharmacological interventions in dementia // Advances in Psychiatric Treatment 2004; vol. 10, 171–179.
13. Classification of subtype of acute ischemic stroke. Definitions for use in a multicenter clinical trial. TOAST. Adams H.P., Bendixen B.H.,

Kappelle L.J. et al. Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment 1993, Vol 24, 35-41.

14. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации: Руководство для врачей и научных работников. – М.: Антидор, 2004. – 432 с.

15. Карелин А.А. Психологические тесты: В 2 т. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. – Т.2. – 248 с.

16. Хомская Е.Д. Нейропсихология: 4-е издание. – СПб: Питер, 2005. – 496 с.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КРЫМСКОЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЛМЫКИЯ

¹ Бадмараева Е.К., ² Гальцева Г.В., ¹ Лещева Г.А.

¹ТБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет», Краснодар;

²ФКУЗ «Причерноморская противочумная станция», Новороссийск, e-mail: Badmaraeva89@mail.ru

Острые инфекционные заболевания вирусной этиологии с природной очаговостью являются одной из главных проблем здравоохранения в большинстве стран мира, в том числе, Крымская геморрагическая лихорадка (КГЛ), которая позднее получила международное обозначение – «Крымская – Конго геморрагическая лихорадка (ККГЛ)» – доклады ВОЗ, 1986. Природные очаги КГЛ известны на обширной территории Евразии, Африки, СНГ, в том числе и на территории Российской Федерации. Согласно «Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем» (МКБ-10), Крымская геморрагическая лихорадка (КГЛ) кодируется: А 98.0. В соответствии с классификацией патогенных для человека микроорганизмов вирус КГЛ относится ко II группе патогенности (опасности) (СП 1.3.1285-03). Заболевание КГЛ включено в перечень нозологических форм особо опасных инфекций, вызывающих чрезвычайные ситуации в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения (СП 3.4.2318-08 «Санитарная охрана территории Российской Федерации», приказ № 29 от 25.04.08, МУ 3.1.1.2488-09, МУ 3.4.2552-09, МУК 4.2.3007-12, Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 27.06.2012 г. № 36 «Об усилении надзора за Крымской геморрагической лихорадкой и мерах по ее профилактике»).

Для обеспечения в Российской Федерации своевременного проведения мероприятий, направленных на предупреждение возникновения заболеваний КГЛ издано Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 02.04.07г. № 17 «О мерах по совершенствованию профилактики Крымской геморрагической лихорадки в Южном федеральном округе».

Целью нашего исследования явился клинико-эпидемиологический анализ заболеваний, а так же анализ комплексных методов профилактики КГЛ, т.е. эпидемиологический надзор, эпизоотологический мониторинг, организация и проведение противоэпизоотических и противозoonических мероприятий с использованием методов (ретроспективный эпидемиологический анализ, описательно-оценочный, статистический, лабораторный), а так же нормативно-методической документации Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Изучение КГЛ имеет почти 70-летнюю историю. Проблема КГЛ приобрела актуальность для Юга России после активизации природного очага инфекции в 1999 г. [7]. Эпидемиологические проявления КГЛ с 1999 г. по 2011 г. зарегистрированы в восьми из 13 субъектов Южного и Северо-Кавказского федеральных округов Российской Федерации (Ростовская,

Волгоградская, Астраханская области, Ставропольский край, Республики Дагестан, Калмыкия, Ингушетия, Карачаево-Черкессия). Заболеваемость КГЛ за 13 лет в ЮФО и СКФО составила 1501 случай с 60 летальными исходами.

Активность природного очага поддерживалась за счёт циркуляции возбудителя КГЛ между иксодовыми клещами и их прокормителями.

Территория Республики Калмыкия находится в зоне степей и полупустыни, характерной особенностью которой является комплектность растительного покрова, проявляющаяся в сочетании степных и пустынных участков и является самым безлесным регионом Российской Федерации с развитой сельскохозяйственной деятельностью, в частности – животноводством.

Заболевания КГЛ на территории республики впервые зарегистрированы в 2000 году. Первый случай заболевания был выявлен 30 мая и последний в этом году – 13 июля. В г. Элисте – 4 больных, 3 – в Яшалтинском и 1 – в Городовиковском районах. Больные имели тесный контакт с сельскохозяйственными животными (корова, овца). В анамнезе отмечались присасывания клещей и снятие их с животных. В этот период на территории республики выявляли клещей *H. marginatum*, *R. rossicus*, *D. daghestanicus*, которые считались основными переносчиками и резервуарами вируса КГЛ. При этом стадиями переживания клещей явились пастбища, места выпаса крупного рогатого скота, основного прокормителя имаго иксодовых клещей. При эпидемиологическом расследовании заболевания индексы обилия клещей на КРС на пастбищах характеризовали – как высокие. Циркуляция вируса КГЛ в популяции клещей *H. marginatum* была подтверждена лабораторно в ПЧС методом иммуноферментного анализа (ИФА) проб суспензий клещей, добытых в Яшалтинском районе и суспензий органов диких голубей, добытых в окрестностях г. Элисты. Возникновение заболеваний на территории республики можно объяснить расширением ареала природных очагов сопредельных территорий вследствие увеличения численности мелких мышевидных грызунов, зайцеобразных, насекомоядных и увеличения численности основного переносчика и хранителя вируса – клещей *H. marginatum*. За 12 лет было зарегистрировано 298 больных с 6 летальными исходами, в 2012 г. – 3.

Клинико-эпидемиологический анализ 129 медицинских карт стационарных больных, карт эпидемиологического обследования очагов КГЛ, позволил заключить, что на территории республики расширяется ареал прокормителей и переносчиков вируса. Наиболее чаще больные КГЛ зарегистрированы в г. Элисте, Городовиковском, Ики-Бурульском, Кетченеровском, Приютненском, Целинном, Яшалтинском и Яшкульском районах. Первые случаи КГЛ регистрировались в мае, пик заболеваемости приходился на июнь. Указанные лица в основном жители сельской местности, чаще болевают люди, работающие в животноводстве (группа риска), которые заразились при уходе за сельскохозяйственными животными на частных подворьях и фермерских хозяйствах. Заболеваемость регистрировалась, в основном, в возрасте 20-50 лет. В подавляющем большинстве случаев заражение происходило при укусе клещом, иногда при снятии и раздавливании клещей, некоторые больные отмечали только «наползание» клеща без укуса, некоторые – отрицали наличие клеща. Данные наблюдений показывают четко выраженную тенденцию укорочения срока инкубации, геморрагический синдром регистрируется реже, средне-тяжелое течение преобла-