

больных с ЦВЗ различных преформированных и естественных физических факторов, в том числе в сочетании с медикаментозной терапией, целесообразно и эффективно, но не всегда приводит к ожидаемому результату, вероятно в силу разнообразия этиологических факторов и патогенеза сосудистых заболеваний. Поэтому, разработка усовершенствованных методик восстановительного лечения, реабилитации с учетом доминирующих причин и механизмов развития ЦВЗ послужила обоснованием выполнения данной научно-исследовательской работы. Известно, что многие лекарственные средства способны воздействовать на механизмы регуляции церебрального метаболизма. Исследования современной нейробиологии свидетельствуют о наличии у данных лекарственных веществ свойств мембранопротекторов, способных регулировать кальциевый гомеостаз, уменьшать нейротоксическое действие повышенных концентраций возбуждающих аминокислот (глутамата). Интраназальное введение элементсодержащих препаратов и нейропептидов имеет, на наш взгляд, гораздо большие перспективы. Отсутствие ферментов, расщепляющих нейропептиды, на слизистой оболочке носа, хорошее всасывание микроэлементов в комплексе с нейропептидами, обеспечивает быстрый транспорт нейротрофической композиции препаратов в мозг, что позволяет экономично и эффективно использовать небольшие дозы на 1 сеанс физиотерапии.

**Целью** нашей работы явилась разработка сочетанного метода физиотерапии включающего интраназальный электрофорез ЦЕРОКСОНА..

Для решения поставленных задач всего проведено обследование 80 в возрасте от 32 до 65 лет. Из них 26 больных на этапе ранней реабилитации ОНМК, 34- на этапе поздней реабилитации ОНМК и 20 — с дисциркуляторной энцефалопатией I — II стадии.

Наряду с глубоким клинико-неврологическим обследованием всем больным выполнены: нейропсихологическое тестирование, УЗДГ МАГ, РЭГ, исследовался электролитный состав сыворотки крови, в-адренореактивность клеточных мембран и гемореологические свойства крови, измерение осмолярности, определение липидов крови, а также комплексное психологическое тестирование с оценкой результатов по современной системе РХ.

В процессе лечения прослеживалась положительная динамика, которая характеризовалась снижением интенсивности головных болей, шума в ушах, пароксизмов головокружения, улучшения структуры сна, регресса фотопсий. В большей степени происходил регресс церебрастенических симптомов: краткосрочной

памяти (по тесту краткосрочной вербальной памяти и концентрации мышления (по тесту зрительно-моторной координации). Также, отмечался регресс негрубых психоэмоциональных нарушений, в особенности депрессивного круга в виде повышения идеомоторной активности, расширения сферы интересов, улучшения профессиональной мотивации и социальной адаптации и др. При исследовании вегетативной нервной системы параметры парасимпатического и симпатического тонуса изменились и начали нормализовываться уже через 5-7 дней от начала лечения. Наряду с этим, в 76% отмечена тенденция к улучшению венозного оттока и снижению асимметрии венозного кровообращения (по данным РЭГ и УЗДГ).

Таким образом, на основании проведенных исследований нами сделан **вывод**, что внутриорганный электрофорез цероксона способствует улучшению состояния неспецифических систем мозга, их интегративной, в т.ч. межполушарной деятельности, что проявляется регрессом астенических симптомов, развитием когнитивных функций, нормализацией психоэмоционального фона. За счет действия цероксона, происходит активация адаптивных реакций со стороны центральной нервной системы — оптимизации функций микроциркуляции и ликворного дренирования, тканевого транспорта и метаболизма мозга, в значительной мере проявляющихся повышением темпов и зрелость нейропластических процессов у больных с ЦВЗ, что делает данный метод высокоэффективным.

#### Литература:

1. Варакин, Ю.Я. Эпидемиология сосудистых заболеваний головного мозга / Ю.Я. Варакин// Очерки ангионеврологии / З.А. Суслина (ред.).- М.: Атмосфера, 2005.г С. 66-81.
2. Гусев, В.В. Возможности реабилитации больных в отдаленном периоде ишемического инсульта: автореф. дисс. канд. мед. наук: 14.00.13 неврология / В.В. Гусев.- Екатеринбург, 2004.- 22 с.
3. Пряников, И.В. Санаторная реабилитация больных, перенесших инсульт / И.В. Пряников.- М.: Миклош, 2000.- 106 с.
4. Яковлев, А.П. Лечебно-диагностическая и реабилитационная деятельность неврологического центра Орловской областной больницы / А.П. Яковлев // Медико-социальная экспертиза и реабилитация.- 2000.- №2.- С. 38-40.
5. Яхно, Н.Н. Легкие и умеренные когнитивные расстройства при дисциркуляторной энцефалопатии / Н.Н. Яхно, А.Б. Локшина, В.В. Захаров // Клинический геронтолог.- 2005.- №11 (9).- С. 38-39.

УДК 618.8-009.817-08+615.844.6

## ЭЛЕКТРОФОРЕЗ НЕЙРОМИДИНА ПРИ КОМПРЕССИОННЫХ НЕЙРОПАТИЯХ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

М. С. Адишева

*Медицинский центр Государственного медицинского университета города Семей*

*Тұжырым*

*Қолдардың қысылған нейропатиясы кезінде нейромидинмен электрофорез жасау*

Шеткі нейропатияларда Нейромидин препаратымен электрофорез арқылы емдеу тиімді және қымбат емес. Нейромидиндікомплексті ем, атапайтсақ фармакотерапия, емдік денешынықтыру мен бірге қолдану оның тиімділігін арттыра түседі.

### Summary

#### **Electrophoresis of neyromedini with compression нейропатиях of the upper extremities.**

Medicinal electrophoresis neyromedini has a high clinical effectiveness, well tolerated, and economically available, do not require additional expenses and the purchase of expensive equipment and can be recommended for wide application.

**Актуальность проблемы.** Компрессионные нейропатии представляют собой серьезную медико-социальную проблему вследствие широкой распространенности, а также значительного материального ущерба, причиняемого обществу в результате потерь, связанных с нетрудоспособностью /2,5/. Самыми распространенными нейропатиями являются синдром запястного канала и кубитальный синдром /4/. Из изученных этиологических факторов наибольшее значение придается физическому перенапряжению, в основном, за счет сохраняющейся и в настоящее время значительной доле ручного физического труда. Например, указывается на высокую заболеваемость (до 45,8%) туннельными поражениями у лиц, занятых ручным физическим трудом, связанным с длительным перенапряжением мышц верхних конечностей, при этом чаще (до 83,1 %) имеет место правостороннее поражение /3/.

Несмотря на многочисленные указания на роль физического перенапряжения рук, в клинике профессиональных заболеваний диагноз компрессионных нейропатий является редким. Имеются единичные указания, что данная патология у больных вибрационной болезнью I степени были выявлены в 21,2% случаев, в 37,0% - при II степени, при профессиональных заболеваниях рук от физического перенапряжения - в 40,4% случаев. Следует отметить, что тяжесть повреждения нерва зависит не только от степени и продолжительности растяжения и сжатия нерва, но и от влияния сопутствующих метаболических и токсических факторов. Локальная компрессия нервов также может усугубляться воздействием других неблагоприятных факторов: вибрации, переохлаждения и др. Перечисленные факторы труда вызывают перенапряжение двигательных структур организма.

Основной причиной локальной компрессии нерва в условиях физического перенапряжения верхних конечностей являются мышечно-тонические и фиброзные изменения, отек мышечно-связочных структур, обуславливающие сужение анатомических каналов нервов.

Высокая распространенность компрессионных нейропатий, недостаточное освещение данной проблемы в литературе, отсутствие стандартов диагностики и адекватной программы лечения с учетом особенностей клинического течения, неоднозначность результатов оперативного лечения, высокий процент рецидивов обуславливают актуальность проблемы поиска и разработки новых методик консервативного лечения.

Актуальной задачей медицины труда является научное обоснование роли производственных факторов в развитии различных заболеваний. Для решения данной задачи в последние годы в медицине труда разрабатывается концепция оценки и управления профессиональными рисками, что особенно актуально при решении вопросов этиологической диагностики многофакторных заболеваний. Одним из основных признаков причинности является значительная частота или распространенность /6/. Представляет интерес использование электростимуляции флюктуирующим сложно-модулированным током в магнитном поле в комплексном лечении туннельных синдромов. Целесообразность использования данной методики обусловлена способностью флюктуирующих токов положительно влиять на регенерацию нервных волокон, степень их миелинизации и дифференцировки, увеличивать количество ак-

тивно функционирующих двигательных единиц. Кроме того, достоинством данной методики является возможность одномоментного воздействия электромагнитного и (или) магнитного полей, обладающих потенцирующим эффектом, как на место предполагаемой компрессии, так и на проксимальные и дистальные участки нерва.

#### **Цель работы**

На основании изучения распространенности и особенностей клинического течения разработать и обосновать эффективный метод электрофореза с Нейромидином у больных с нейропатиями верхних конечностей.

#### **Основные задачи**

1. Изучить особенности клинического течения синдромов запястного и кубитального каналов, разработать подходы к вопросам их раннего выявления.

2. Проследить динамику анализируемых клинико-нейрофизиологических параметров у больных с нейропатиями до и после лечения.

#### **Материал и методы работы**

Проведено лечение у 38 больных.

В данном лекарственном электрофорезе воздействие на организм происходит как за счет воздействия лекарственного иона, так и гальванического тока, что обеспечивает введение в организм большого количества ионов и концентрации лекарственного вещества непосредственно на пораженном участке.

Лекарственный электрофорез проводился с 0,5% раствором Нейромидина. Действующий ион вводится с анода. Электрод анод (+) с влажной прокладкой, смоченной 1 мл. 0,5% р-ра нейромидина, накладывается на проксимальный отдел паретичной конечности, другой электрод, катод (-), с влажной прокладкой, смоченной физ. р-ром, накладывается на дистальный отдел этой же конечности.

При необходимости проведения электрофореза на две нижние конечности – электрод с прокладкой 100 – 200 см 2 смоченной 1 мл. 0,5% р-ра нейромидина, накладывается на поясничный отдел позвоночника и соединяется с анодом (+), два других электрода с прокладками меньшей площади накладываются на икроножные мышцы и при помощи раздвоенного провода соединяются с катодом (-).

**Сила тока** у детей от 3 до 7 лет – 6 – 8 мА

от 7 до 10 лет – 8 - 10 мА

от 10 до 14 лет – 10 мА

взрослые – 10 – 15 мА

При проведении процедуры необходимо было учитывать индивидуальную чувствительность.

**Продолжительность процедуры:** дети от 3 до 7 лет – 8 - 10 минут,

от 7 до 10 лет – 10 минут,

от 10 до 14 лет – 15 минут,

взрослые – 15 – 20 минут.

**Курс лечения** составил 10 процедур, проводимых ежедневно.

Разработан новый способ лечения больных с мононейропатиями верхних конечностей.

Практическая значимость работы Разработана и апробирована схема обследования больных с компрессионно-ишемическими нейропатиями верхних конечностей, работающих в неблагоприятных условиях труда, в условиях медицинских осмотров, что позволит улучшить выявление таких больных на ранних стадиях заболеваний.

**Выводы**

1. В диагностике начальных проявлений нейропатий верхних конечностей у лиц, работающих в неблагоприятных условиях труда, обращает внимание более ранний дебют заболевания - до 30 лет, высокая распространенность сопутствующей патологии артропериартикулярных структур (4-4,4 %).

2. Достоверная положительная динамика в процессе лечения выявлена в группе больных, получавших электрофорез с Нейромидином. Применение электрофореза Нейромидина при периферических нейропатиях позволяет улучшить результаты лечения. Лекарственный электрофорез Нейромидина обладает высокой клинической эффективностью, хорошей переносимостью, экономически доступен, не требует дополнительных затрат и приобретения дорогостоящего оборудования и может быть рекомендован к широкому применению. Клиническая эффективность применения лекарственно-электрофореза Нейромидина значительно повышается при его использовании в комплексной терапии (фармакотерапия, лечебная физкультура, массаж и др.).

**Литература:**

1. Берзиньш Ю.Э. Туннельные невропатии лучевого нерва в локтевой области Текст. / Ю.Э. Берзиньш, Р.Т., Журнал невропатологии и психиатрии, - 1981, -Т.81, № 12. -С. 1813- 1816.

2. Думбере Р.Т. Компрессионное поражение локтевого нерва в области кисти и его хирургическое лечение Текст. / Р.Т. Думбере // Вопросы нейрохирургии, 1989 - Jfo 1. -С39-44.

3. Думбере Р.Т. Хирургическое лечение туннельных поражений нервов рук Текст. / Р.Т. Думбере, Ю.Э., Берзиньш // Вопросы нейрохирургии, -1988. - №4. -С. 53-55.

4. Жулев С.М. Электронейромиография при туннельных синдромах Текст. / С.Н. Жулев, Т.С. Скородумова, Т. В. Лшц // Актуальные проблемы современной неврологии, психиатрии и нейрохирургии: матер, науч.-практ, конф. СПб., 2003. - G164 • 16S.

5. Тикк АА, О структуре заболеваний периферической нервной системы Текст. / А. А. Тикк, Т.Э. Вирро, Р.Ю., Пыллумаа // Журнал невропатологии и психиатрии, 1983. 8. -С. 1165 -1167.

6. Флетчер Р. Клиническая эпидемиология Текст. / Р. Флетчер, С. Флетчер, Э. Вагнер. М:- Медиа Сфера, 1998. - 345 с.

УДК 616.12-008.331

## СОСТОЯНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ГЕМОДИАЛИЗА

А. Т. Айтуганова

АО «Медицинский университет города Астана», г. Астана

**Резюме**

Целью нашего исследования явилось изучение внутрисердечной гемодинамики у больных в терминальной стадии ХПН в зависимости от продолжительности гемодиализа. В динамике с увеличением продолжительности гемодиализа увеличены показатели центральной гемодинамики, фракции выброса. Ударный и минутный объемы сердца были снижены статистически достоверно ( $p < 0,001$ ). Однако масса миокарда левого желудочка оставались увеличенными, что свидетельствует о необходимости рациональной коррекции показателей гемодинамики, возможно путем более тщательного подбора гипотензивных препаратов, оказывающих влияние на степень гипертрофии левого желудочка.

**Тұжырым**

### **Гемодиализдің жүргізілу ұзақтығына байланысты созылмалы бүйрек жетіспеушілігі бар науқастардағы гемодинамика көрсеткіштері**

Біздің зерттеуіміздің мақсаты: Гемодиализдің жүргізілу ұзақтығына байланысты СБЖ терминальды сатысы кезіндегі жүрекшілік гемодинамиканы зерттеу. Гемодиализдің ұзақтығы артқан сайын орталық гемодинамиканың, лақтыру фракциясының көрсеткіштері жоғарылады. Жүректің айдау және минуттық көлемдерінің төмендеуі статистік сенімді анықталды ( $p < 0,001$ ). Бірақ сол қарыншаның көлемі ұлғайған түрінде сақталды, бұл гемодинамика көрсеткіштерін тиімді реттеу қажеттігін дәлелдейді. Сол қарыншаның гипертрофиясының дәрежесіне әсер ететін гипотензивті препараттарды неғұрлым тиянақты таңдау арқылы жүргізуге болады.

**Summary**

### **The indications of hemodynamic of the patients with chronic renal failure in dependance from duration of hemodialysis**

The aim of our investigation was research of cardiac hemodynamic of the patients in terminal stage of CRF in dependance from duration of hemodialysis. The increasing of the parameters of central hemodynamic, parameters of cardiac output were founded in dynamic at increasing the hemodialysis duration. Minute volume of heard was decreased. But the increased mass of the left ventricle was founded, which said about the necessity the rational correction the hemodynamic's imdications, which depend on the degree the left ventricle's hypertrophy.

**Актуальность** Проблема кардиоваскулярной патологии при хронической почечной недостаточности

(ХПН) является одной из наиболее актуальных в современной нефрологии. Многочисленные клинические