

из пиперазида, этамбутола, капреомицина (канамицина), протинамида и фторхинолона. При резистентности к изониазиду, рифампицину, аминогликозидам, этамбутолу и протинамиду режим химиотерапии состоял из пиперазида, капреомицина, фторхинолона, цикloserина. При резистентности к основным и резервным препаратам режим химиотерапии носил вынужденный характер с включением пиперазида, этамбутола, капреомицина, протинамида и фторхинолона. При резистентности МБТ к основным и резервным препаратам при использовании вынужденного режима химиотерапии, состоящего фактически из всех резервных препаратов только у 9 из 174 (5,2%) удалось достигнуть прекращения бактериовыделения к 9 месяцам химиотерапии.

По данным нашего исследования лекарственная резистентность (ЛР) к четырем (HSRE) противотуберкулезным препаратам (ПТП) выявлена у 50,6% больных, к трем ПТП – у 25,3% больных, среди которых преобладали пациенты с лекарственной устойчивостью к сочетанию HSR. К двум ПТП ЛР выявлено у 15,5%, среди которых преобладает устойчивость к сочетанию изониазида со стрептомицином (HS). Среди пациентов с ре-

зистентностью к одному ПТП которые составили 7,5% преобладали больные с устойчивостью к этамбутолу. Лекарственная устойчивость к сочетанию изониазида и рифампицина составила 1,2%.

Литература:

1. Мишин В.Ю., Комиссарова О.Г., Чуканов В.И. и др. Особенности течения процесса и эффективность лечения больных туберкулезом легких выделяющих микобактерии туберкулеза с обширной лекарственной устойчивостью к противотуберкулезным препаратам // Пробл.туб. и болезней легких. – 2009. - №2. - С.50-52.

2. Зиновьев И.Т., Эсаулова Н.А., Новиков В.Т. и др. Первичная лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза у больных с впервые выявленным деструктивным туберкулезом легких // Пробл.туб.и болезней легких. – 2009.-№4. – С. 37-39

3. Карпина Н.Л., Коссий Ю.Е., Федорова В.И. и др. Эфферентная терапия в лечении больных туберкулезом легких с лекарственной устойчивостью микобактерий // туберкулез и болезни легких. – 2010. -№3. – С. 28-34.

УДК 616.24-002.5-036.22 (574.41)

ДИНАМИКА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ СЕМИПАЛАТИНСКОГО РЕГИОНА ЗА ПОСЛЕДНИЕ 37 ЛЕТ (1975-2011 Г.Г.)

Р.С. Игембаева

**Государственный медицинский университет города Семей,
Кафедра фтизиатрии**

Тұжырым

СОҢҒЫ 37 ЖЫЛ ІШІНДЕГІ СЕМЕЙ АЙМАҒЫНЫҢ ТУБЕРКУЛЕЗДЕН ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ КӨРСЕТКІШТЕРІНІҢ ӨЗГЕРІСІ (1975-2011 Ж.Ж.)

Р.С. Игембаева

Семей аймағында туберкулездің өршуін тоқтату үшін төменде келтірілген шараларды орындау қажет:
- радио, газет, теледидар арқылы туберкулезге байланысты насихат жұмыстарын күшейтеу керек;
- туберкулезге қарсы егуді қажет ететін жастағы балалар мен жасөспірімдерді уақытында БЦЖ екпесімен егу;

- туберкулезге шалдығу мүмкіншілігі жоғары топқа жататын балалар мен жасөспірімдерге жылына бір рет міндетті түрде 2 ТБ-гі бар Манту сынағасын қою керек (туберкулезді ерте анықтау үшін);
- туберкулез ауру бар жанұяларда сауықтыру шараларын уақытында және толық жүргізу қажет;
- созылмалы туберкулезбен науқас адамдар санын азайту үшін, туберкулезді емдеуге өзіндік дәрілер мен қатар хирургиялық және қосымша патогенетикалық емдеу тәсілдерін кеңінен қолдану керек.

Summary

THE TRACK RECORD OF THE EPYDEMIOLOGICAL FACTORS ON TUBERCULOSIS SEMIPALATINSKYI REGION FOR the LAST 37 YEARS (1975-2011 Y.Y.)

R.S. Igembayeva

For an avoidance of the further diffusion of an infection contamination and body height of a case rate by tuberculosis among the population of Semipalatinsk region it is necessary to carry out (spend) the following measures:

- To strengthen in region propaganda about tuberculosis with wide use of mass media;
- By all subject to bunch of the population regularly to carry out (spend) against tuberculosis of engrafting.
- To strengthen work on early revealing of tuberculosis, is especial among children, teenagers, youth, bunches of the raised (increased) risk of disease:
- Regularly and in complete volume to carry out (spend) preventive and improving work in the locuses of tuberculosis;
- Along with a specific chemotherapy to utilize nosotropic (pathogenetic) and surgical methods of treatment more widely.

Противотуберкулезная работа в Семипалатинском регионе осуществляется на основании указов Президента, постановления правительства и приказов МЗ РК.

По данным ВОЗ в мире ежегодно заболевают туберкулезом 7,5-8 млн. человек. В мире, насчитывается 15-20 млн. больных туберкулезом легких, выделяющих

микобактерии туберкулеза (МБТ). По данным ВОЗ, в мире ежегодно от туберкулеза умирают около 3-4 млн. человек.

Международный противотуберкулезный союз предлагает оценивать эпидемическую ситуацию по следующим показателям, считать ситуацию благоприятным,

если заболеваемость не более 10, болезненность не более 20, а смертность не более 2,0 на 100 тыс. населения. (1-4)

Целью исследования служило изучение динамики основных эпидемиологических показателей Семипалатинского региона по сравнению со средними Республиканскими показателями.

Материалы и методы

Материалом служил статистический ежегодный отчет Национального центра проблемы туберкулеза Республики Казахстан (НЦПТ РК) и ежегодные отчеты регионального противотуберкулезного диспансера.

Результаты и их обсуждение

Так если в 1980 году общая заболеваемость по Семипалатинскому региону (СР) была выше на 10,7% по сравнению с 1975 годом (106,7 против 99,9), то, начиная с 1980 года заболеваемость стала снижаться и темп снижения в 1980-1985 г.г. составил – 13%, в 1990-1995 г.г. – 11,6% и начиная с 1996 года показатель заболеваемости наоборот стал расти, и составил в 2007 году – 180,3. Общая заболеваемость по Семипалатинскому региону составил в 2011 г. 108,5 (2010 г. - 120,4) на 100 тыс. населения.

Изменились показатели заболеваемости туберкулезом в различных возрастных группах населения. Среди впервые заболевших в последние годы отмечается рост удельного веса детей и подростков. В 2011 году заболеваемость детей по СР составил 19,4 (2010г. – 18,1), а среднереспубликанский в 2011 году – 15,6 (2010 г. - 18,8) на 100 тыс. детского населения. В связи с уменьшением охвата туберкулинодиагностикой ухудшилось выявление туберкулеза среди детей.

В настоящее время в Казахстане туберкулиновые пробы проводятся только детям, относящимся к группам «риска» заболевания туберкулезом и перед проведением ревакцинации против туберкулеза в 6-7 лет.

Нами изучена туберкулиновая чувствительность у 12165 школьников г. Семей по пробе Манту с 2 ТЕ стандартного туберкулина РРД-Л перед очередными ревакцинациями БЦЖ в 2007-2008 г.г. Анализ проводился у школьников 1 – 2 и 5 – 6 классов с разделением 44 школ города по 4 районам города (Центр, Жана-Семейская часть города, Цемпоселок и Затонская часть города). При изучении данного материала нами выявлено, что 40% школьников не были охвачены туберкулиновыми пробами. Положительные реакции отмечены у 37,7% школьников, охваченных туберкулиновыми пробами, у 2,5% школьников выявлены гиперергические реакции.

Наибольший процент положительно реагирующих на туберкулин выявлен в школах Затона (45,5%), наименьший в школах Центра (31,4%). В разрезе районов наибольшее число гиперергических проб выявлено у школьников Жана-Семей (3,7%), наименьшее число в школах Центра (1,1%). Вирус туберкулиновых проб выявлен у 20% школьников. У школьников затонской части города отмечен наибольший процент виража (30,1%), а в школах центра – наименьший (17,7%).

Анализируя туберкулиновую чувствительность у школьников нами выявлено, что инфицированность 1 – 2 классов составила 35 – 40%, а к 5 – 6 классу у этих детей в динамике инфицированность выросла до 75 – 85%.

Учитывая неблагоприятную эпидобстановку по туберкулезу в г. Семей и быстрый темп роста инфицирования детей с 40% в возрасте 6-7 лет до 75-85% к 11-12

годам, необходимо улучшить организацию и изыскать средства для проведения туберкулинодиагностики среди декретированных возрастных групп перед ревакцинацией, а также в других возрастных группах детей и подростков.

Заболеваемость подростков по сравнению с 2010 годом снизилась на 8,7%, составив – 139,1 в 2011 г. против 159,0 в 2010 г. на 100 тыс. подросткового населения по Семипалатинскому региону. Заболеваемость подростков по СР за 2011 г. составил 139,1 против 92,7 среднереспубликанского на 100 тыс. подросткового населения. Причиной роста заболеваемости детей и подростков послужили не только экономический кризис в обществе, но и снижение охвата лиц из контакта химиопрофилактикой, несвоевременная изоляция детей из бактериального окружения, снижение их иммунитета по различным причинам, недостаточное проведение дезинфекционных мероприятий в очагах инфекции и особенно недостаточное проведение туберкулинодиагностики среди детей и подростков с целью раннего выявления туберкулеза из-за отсутствия туберкулина, как было приведено выше 40% школьников не были охвачены туберкулиновыми пробами из-за отсутствия туберкулина.

Нами были проанализированы показатели смертности населения Семипалатинского региона и республики за последние 37 лет с 1975 по 2011 г.г.

Из анализа смертности от туберкулеза, следует, что показатель смертности имел тенденцию к снижению каждое пятилетие по сравнению с предыдущим. По Семипалатинскому региону он снизился с 30,5 в 1975 году до 11,7 в 1990 году, а темп снижения составил 27,2%.

При сравнении среднереспубликанского показателя с Семипалатинским регионом обращает на себя внимание относительно высокая смертность в последней. Так, в 1995 году по республике показатель смертности составил 24,6, а по Семипалатинскому региону на 17,5% выше и составил 42,6 на 100 тыс. населения.

В 2011 г. показатель смертности СР составил 19,8 на 100 тыс. населения темп роста по сравнению с 1990 (11,7) годом составил 5,7%. Среднереспубликанский показатель смертности за 2011 г. – 8,1 (2010 г.-10,3) на 100 тыс. населения.

Таким образом, общая заболеваемость Семипалатинского региона за 2011 год выше среднереспубликанского показателя на 7,9%, и на одном уровне со среднеобластным (СР- 108,5; ВКО - 109,8 на 100 тыс. населения). Заболеваемость подростков Семипалатинского региона за 2011 год выше среднереспубликанского показателя на 6,6%, от средне областного – на 7,0%.

Литература

1. Игембаева К.С. и соавт. //Динамика заболеваемости туберкулезом жителей Семипалатинского региона // Пробл.туб.-2001.- № 6.- С.14 – 17.
2. Ракишев Г.Б. и соавт. // Итоги деятельности противотуберкулезной службы в Республике Казахстан// Сб. научных трудов НЦПТ РК.- Алматы. – 2002.-С.29-30
3. Перельман М.И. // Туберкулез в России// Сб. научных трудов НЦПТ РК.-Алматы.- 2002.-С.10-13.
4. Король О.И., Лозовская М.Э. Туберкулез у детей и подростков (руководство) – Под редакцией: О.И.Король, М.Э.Лозовской // Издательский дом Питер.- 2005.- 42с

УДК 616.211-002

Особенности ограниченного воспалительного заболевания наружного носаЖ.О. Жакиянова, М.У. Утеубаев, Б.К. Ерсаканова, Н.С. Жарылгапова,
Л.О. Абдикаримова, М.Е. Оразгалиева**Государственный медицинский университет города Семей,
Медицинский центр Государственного медицинского университета города Семей,
Медицинский центр АО «Алюминий Казахстана»****Тұжырым****МҰРЫННЫҢ ШЕКТЕЛГЕН СЫРТҚЫ ҚАБЫНУЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ**

Мұрын сыздауығымен сырқаттанған науқастарда қорқыныш сезімі, көзінің түбінде керіп солқылдатқан ауырсыну, кеш мезгілінде күшейетін және науқас жатқан кезде бастың өте қатты ауырсынуы, көздің ішкі бұрышында ауырсыну, дене қызуының 40°, көтеріліп, лейкоцитоз, эритроциттердің тұну жылдамдығының жоғарылап, күз түбінің алғашқы өзгерістерін алғашқы симптомокомплекс, яғни торлы синусың тромбозының ерте белгісі деп қабылдау мүмкіндігі анықталды.

Summary**FEATURES OF A RESTRICTED INFLAMMATORY OF DISEASE OF AN EXTERNAL NOSE**

The so-called early alarm syndrom which allows the physician to expect possible development of cavernous sinus trombosis was invented in the course of follow-up of 110 patients suffering from furuncle of nose and upper lip. This syndrom included splitting headache more pronounced during the evening hours and in the horizontal body position, pain in the region of medial canthus and deeper inside in the orbit, high temperature, leukocytosis and incial changes of ophthalmoscopic data. The authors consider that the early clinical signs (the alarm syndrom) are caused by disturbances of the brain and the face blood supply and by changes of blood coagulation at the stage of disease manifestation. This suggestion has been proved by the data of electrophysiologic examination.

Актуальность исследования. В структуре воспалительных заболеваний наружного носа за последние годы увеличивается количество атипично развивающихся, вялотекущих, стертых форм воспалительных заболеваний со склонностью к хронизации и рецидивированию, что сопровождается ростом местных и общих осложнений /3/. Несмотря на значительные успехи в совершенствовании методов лечения и профилактики воспалительных заболеваний наружного носа, их количество в последние годы не снижается, а отмечается тенденция к росту численности больных с увеличением частоты и тяжести осложнений. В структуре воспалительных заболеваний имеются значительные изменения, связанные с увеличением числа больных с фурункулами и карбункулами носа. У больных с данной патологией, в 2-2,5 раза чаще, чем у больных с флегмонами и абсцессами, наблюдаются опасные для жизни септические осложнения /4/. При лечении больных с фурункулами и карбункулами лица недостаточно учитывается патогенез заболевания и роль гемореологических нарушений. Поэтому, более глубокое знание этиологии и патогенеза этих заболеваний позволит определить оптимальную лечебную тактику. В последнее время в изучении патогенеза различных заболеваний большое значение придается исследованию микроциркуляции. Состояние микроциркуляции в органах и системах является одним из основных показателей гомеостаза при различных патологических процессах, отражающего состояние сердечно-сосудистой системы в целом и транскапиллярного обмена в частности. Воздействуя на сосудистый компонент органов и тканей при патологическом процессе можно повлиять на течение заболевания, предупредить развитие осложнений, снизить сроки госпитализации /1,2/.

Цель работы: анализ особенностей ограниченного воспалительного заболевания наружного носа.

Задачи:

1. Общеклиническое обследование 20 соматически здоровых лиц.
2. Инструментальное исследование 20 соматически здоровых лиц.
3. Общеклиническое обследование больных с фурункулами носа
4. Инструментальное исследование больных с фурункулами носа
5. Анализ особенностей ограниченного воспалительного заболевания наружного носа.

Материал и методы исследования.

Обследовано 30 больных. В возрасте 16-29 лет было 14, 30-44 лет - 6, 45-59 лет - 8 и 60-62 лет - 2 больных. В 36,2% наблюдений процесс имел правостороннюю, в 46,6% - левостороннюю локализацию; в 3,1% - фурункул локализовался в области переносицы и в 14,1% - на кончике носа. Всем больным проведено общеклиническое обследование, эндоскопия ЛОР-органов, при необходимости - консультации невропатолога, окулиста, терапевта. Инструментальное исследование проводилось при поступлении больных в клинику, в процессе лечения (к моменту купирования манифестных проявлений заболевания) и при выписке из стационара. В качестве контрольной группы было обследовано 20 соматически здоровых лиц. Обращает на себя внимание появление у них на 2-3 день заболевания симптомов тревоги в виде интенсивной "распирающе-пульсирующей" боли в глубине глазницы на стороне фурункула, мучительной головной боли, усиливающейся в положении лежа и в вечерние часы, сонливости и слабости. Воспалительный инфильтрат достигал 1,5-1,8 см в поперечнике и сопровождался распространявшимся на боковую поверхность носа отеком и болезненностью при пальпации в области внутреннего угла глаза. У 34,4% больных имело место абсцедирование фурункула. Температура тела повышалась до 38° - 40°, наблюдались лейкоцитоз 10-14х10⁹/л и увеличение СОЭ до 25-35 мм/час. У 14 больных на глазном дне определя-

лись начальные явления застоя диска зрительного нерва в виде отека сетчатки вокруг него и умеренного расширения вен. Больные жаловались на болевые ощущения в области инфильтрата, величина которого в поперечнике не превышала 0,6-0,8 см. Слабая головная боль отличалась непостоянством, температура тела оставалась нормальной или субфебрильной. Количество лейкоцитов не превышало $8-9 \times 10^9$ /л, СОЭ - 8-12 мм/час. Общее состояние больных оставалось вполне удовлетворительным. Анализ коагулограмм выявил закономерность, состоящую в том, что показатели свертывающей системы крови отражают определенную этапность в развитии ФНВГ и сочетаются с нарушениями гемодинамики головного мозга и мягких тканей носа.

Выводы:

1. Приведенные коагулографические исследования свидетельствуют о том, что клинические проявления "синдрома тревоги", у больных фурункулом носа обусловлены в свертывающей системе крови на стадии генерализации воспалительного процесса.

2. У больных фурункулом носа синдром тревоги, включающий "распирающе-пульсирующую" боль в глубине глазницы, мучительную головную боль, усиливающуюся в вечерние часы и в положении лежа, болез-

ненность в области внутреннего угла глаза, высокую, до 40°, температуру, лейкоцитоз, повышенную СОЭ и начальные изменения глазного дна следует рассматривать как ранний симптомокомплекс - предвестник возможного развития тромбоза пещеристого синуса.

Литература:

1. Бобров В.М. Тромбоэластографический контроль коагуляционных свойств крови у больных с осложненным фурункулом носа / В.М. Бобров, С.А. Шишкин // Вестник оториноларингологии. 1995. - № 2. - С. 21-23.

2. Захарова Г.Н. Профилактика и лечение тромбозомболических осложнений у больных с фурункулами и карбункулами лица / Г.Н. Захарова, В.А. Булкин, А. В. Лепилин // Вестник хирургии им. Грекова. 1989. - № 7. - С. 100-102.

3. Козлов В.А. Неотложная стационарная стоматологическая помощь / В.А. Козлов. Л.: Медицина, 1988. - 288 с.

4. Федотов С.Н. Фурункулы, карбункулы лица и шеи / С.Н. Федотов, А.В. Репин, В.А. Лызганов и др.. Архангельск, - 2002. - Режим доступа: <http://stomatburg.ru/articles/piter/202.htm>.

УДК 616.28-009-036.82

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИИ ВЕСТИБУЛЯРНЫХ НАРУШЕНИЙ

Ж.О. Жакиянова, Б.Б. Кулумбаева, Н.С. Жарылгапова, Л.О. Абдикаримова
М.Е. Оразгалиева, М.У. Утеубаев

Государственный медицинский университет города Семей,
Медицинский центр Государственного медицинского университета города Семей,
Медицинский центр АО «Алюминий Казахстана»

Summary

EFFICIENCY OF REHABILITATION OF VESTIBULAR VIOLATIONS

The work presents both an updated view on the basic mechanisms underlying the two main theories of vestibular compensation and his views on the principles that should guide management and rehabilitation of patients with vestibular loss. The practical advances in the rehabilitation of vestibular defective patients are as follows: perform rehabilitation at an early stage; favour active retraining; do not use stereotyped rehabilitation programs but adapt exercises to the patients; examine patients in standardized environments.

Тұжырым

ВЕСТИБУЛЯРЛЫ ЗАҚЫМДАРЫ БАР НАУҚАСТАРДЫ ЕМДЕУДЕ ВЕСТИБУЛЯРЛЫ ГИМНАСТИКАНЫҢ МАҢЫЗЫ

Вестибулярлы жүйенің қызметі зақымдалған жағдайда оны қалпына келтіру мүмкіншіліктері бар, яғни қалпына келтіру шараларын ерте бастау, вестибулярлы қимылдарды белсенді өткізу, әрбір науқасқа тән жүргізу, седативті әсері бар дәрілерден аулақ болып, қалпына келтіруді жылдамдату әсері бар дәрілерді тағайындау / бетигистин дигидрохлорид/. Сонымен вестибулярлы жүйенің қызметін қалпына келтіру үшін жүйелі жаттығулармен қатар фармакологиялық ем тағайындау жөн.

Актуальность

Современное состояние проблемы возрастного снижения остроты слуха позволяет определить пресбиакузис как процесс возрастных изменений слухового анализатора, имеющих дебют в 30-летнем возрасте и быстро прогрессирующих после 50 лет (10). Известно также, что частота вестибулярных нарушений по мере старения организма увеличивается и коррелирует с соответствующими нарушениями в слуховой системе (6,7). Увеличение средней продол-

жительности жизни в последние десятилетия диктует необходимость решения научно-биологических, медицинских и социально-экономических проблем (5,8,9). Нетрудоспособность - психологический фактор, он крайне важен и должен учитываться специалистами разных направлений, заботящимися о престарелых, в том числе и врачами (1,2). Неуклонный рост уровня кохлеовестибулярных расстройств среди лиц старших возрастных групп диктует необходимость поиска новых методов диагностики, лечения и

последующей реабилитации престарелых людей, страдающих кохлеовестибулярными нарушениями (3,4). Вышеизложенное раскрывает актуальность данной темы и обосновывает необходимость изучения и проведения последующих исследований по реабилитации вестибулярных функций у лиц пожилого и старческого возраста.

Цель работы

Изучить эффективность реабилитации вестибулярных нарушений.

Для достижения поставленной цели предстояло решить следующие задачи:

1. Установить основные этиологические факторы кохлеовестибулярных нарушений в сравнительном возрастном аспекте по данным архивного материала.

2. Оценить особенности реабилитации вестибулярных нарушений.

Материал и методы исследования.

Для решения поставленных задач нами было обследовано 57 пациента в возрасте от 60 до 80 лет, у которых в результате комплексного обследования (сбор анамнеза, оториноларингологический осмотр, тональная пороговая аудиометрия, рентгенография или компьютерная томография пирамид височных костей, консультации невролога, терапевта, офтальмолога) установлен один из следующих диагнозов: болезнь Меньера, хронический гнойный средний отит, отосклероз, острая лабиринтопатия или острая вестибулопатия. Общей жалобой для всех пациентов основной группы (вне зависимости от конкретной нозологической формы) являлось головокружение или чувство неустойчивости. Таким образом, на основании архивного материала (73 историй заболевания) проведен подробный анализ этиологических факторов кохлеовестибулярных нарушений в возрастном аспекте. Установлено, что в группе больных пожилого и старческого возраста сосудистый фактор составляет 76,3% случаев. Больным с кохлеовестибулярными нарушениями вестибулярная гимнастика проводилась вслед за купированием острого головокружения. Чем раньше начата вестибулярная гимнастика, тем быстрее восстанавливается работоспособность больного. Гимнастика проводилась на основе методики Brandt, 2004 г. (10)

Эффективность вестибулярной гимнастики повысили с помощью применения бетагистина дигидрохлорида (бетасерк). Этот препарат, блокируя H3-рецепторы центральной нервной системы, увеличивает высвобождение нейромедиаторов из нервных окончаний пресинаптической мембраны, оказывая ингибирующий эффект в отношении вестибулярных ядер ствола мозга. Бетагистин применяли в дозе 48 мг в сутки в течение двух-трех или более месяцев. Продолжительность медикаментозной терапии определялся уровнем повреждения вестибулярной системы: при центральных вестибулопатиях или двусто-

ронней вестибулопатии компенсация наступает позже, что делает необходимым более длительный прием бетагистина (более 3-х месяцев).

Выводы

Вестибулярная реабилитация представляет собой важный компонент лечения больных с вестибулярными нарушениями. Она значительно повышает эффективность медикаментозной терапии, ускоряет выздоровление и, тем самым, способствует повышению качества жизни больных, страдающих как центральными, так и периферическими вестибулярными расстройствами. Особенно актуальной является вестибулярная реабилитация больных пожилого возраста, поскольку существенно снижает риск падений и связанных с ними травм, зачастую представляющих опасность для жизни пожилого человека.

Литература:

1. Атаян А.В.: Диагностика и дифференцированное лечение больных с головокружением. // Автореф. канд. мед. наук, Москва, 2001. - 24 с.

2. Бабин С.М., Гофман В.Р.: Взаимосвязь изменений параметров, характеризующих особенности вегетативного обеспечения и статокINETической системы. // Новости оториноларингологии и логопатологии. - 2000. - № 4(28). - С. 69-72.

3. Бабский Е.Б., Гурфинкель В.С., Ромель Э.Л.: Новый способ исследования устойчивости стояния человека. // Физиологический журнал СССР.- 1995.- Т.12.-№ 3. - С. 423-426.

4. Бабияк В.И., Ланцов А.А., Базаров В.Г.: Клиническая вестибулология. // Санкт-Петербург, 1996. - 334 с.

5. Дубовик В.А., Миронов В.Г., Оксём В.Н.: Современные аспекты исследования статокINETической функциональной системы человека. // Новости оториноларингологии и логопатологии. - 2000. - № 4(28). - С. 92-95.

6. Котляревская Г.Г.: Состояние вестибулярной функции при старении. // Современные вопросы геронтологии и гериатрии. -1965.-с. 95-96. London: Springer, 2004. -503 p.

7. Луксон Л.М.: Головокружение у пожилых людей. // Головокружение / Под ред. М.Р.Дикса, Д.Д. Худа; Пер. с англ. - М.: Медицина, 1987. - С. 283-312.

8. Лучихин Л.А., Деревянко Н., Ганичкина И.Я.: Вестибулярные расстройства у лиц пожилого и старческого возраста. // Вестник оториноларингологии. - 2000. - № 6. - С. 12-15.

9. Сулейменова Д. А. К вопросу этиопатогенеза и лечения острой сенсоневральной тугоухости //Оториноларингология Бас, Мойын Хирургиясы.-2009 -№1-2. - С.26-28.

10. Brandt T., Dieterich M. Vertigo and dizziness: common complaints. - London: Springer, 2004. - 503p.