

3. При сравнении групп, можно говорить о том, что возраст пациентов влияет на течение адаптационно – приспособительных механизмов во время обострения острого периода ишемического инсульта.

Литература:

1. Баевский Р. М. Вариабельность сердечного ритма: теоретические аспекты и возможности клинического применения // Р. М. Баевский, Г. Г. Иванов. – М.: Медицина, 2000. – 295 с.
2. Баевский Р.М., Берсенева А.П. Оценка адаптационных возможностей организма и риска развития заболеваний. – М.: Медицина, 1997. – 237с.
3. Бабунц И. В., Мириджанян Э. М., Машаех Ю. А. Азбука анализа вариабельности сердечного ритма. Ставрополь, 2002.
4. Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика / Под ред. А. М. Вейна. М., 2000.
5. Долгов А.М. Цереброкardiaльный синдром при ишемическом инсульте. Ч. 2 // Вестн. интенсивной терапии. 1995. № 2. С. 15–18.
6. Парин В.В. Возможности защитных приспособлений организма и границы адаптации в условиях максимальных нагрузок и состояния невесомости // Вестник АМН СССР. – 1962. – №4. – С.76–81.
7. Писарук А.В. Амплитудно-частотная характеристика системы барорефлекторной регуляции сердечного ритма при старении / А.В. Писарук // Пробл. старения и долголетия. - 1996. – Т.6, №1-2. - С. 41-44.
8. Михайлов В. М. Вариабельность ритма сердца: опыт практического применения метода. 2-е изд. Иваново, 2002.
9. Самохвалова Е.В., Л.А. Гераскина, А.В. Фоякин. Вариабельность ритма сердца в динамике острого периода ишемического инсульта и характер церебрального поражения //Материалы Российского национального конгресса кардиологов. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2005; 4 (4). С. 339
10. Трунова Е.С., Е.В. Самохвалова, Л.А. Гераскина, А.В. Фоякин. Ишемический инсульт: состояние сердца и течение постинсультного периода / Е.С. Трунова, Е.В. Самохвалова, Л.А. Гераскина, А.В. Фоякин // Клиническая фармакология и терапия. – 2007. – № 5. – С. 55–59.
11. Cardiovascular autonomic function in poststroke patients / M. Dütsch, M. Burger, C. Dörfler, S. Schwab, M.J. Hilz //Neurology. – 2007. – Vol. 69, № 24. – P. 2249–2255.

THE FUNCTIONALITY OF THE AUTONOMIC NERVOUS SYSTEM IN PATIENTS WITH MIDDLE-AGED AND ELDERLY WITH ACUTE ISCEMIC STROKE IN THE CAROTID ARTERY BASIN.

T.V. KIM

Kyrgyz-Russian Slavonic University,
Faculty of Medicine
Department of neurology and neurosurgery
Bishkek, Kyrgyz Republic.

Identified the functionality of the autonomic nervous system in patients with middle-aged and elderly with acute ischemic stroke in carotid artery basin. Identified changes in indicators cardiointervalogram patients of middle and old age were significantly different.

Key words: an ischemic stroke, autonomic nervous system, cardiointervalography.

УДК:616.71+616.8-007.234-
031.14:616.831+616.832 -007.43-053.2

АССОЦИИРОВАННЫЕ ОСТЕОНЕВРАЛЬНЫЕ АНОМАЛИИ И СОЧЕТАННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ПРИ СПИННОМОЗГОВЫХ ГРЫЖАХ У ДЕТЕЙ

Маждидова Ё.Н., Эргашева Н.Н.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Республика Узбекистан

В статье представлены данные 88 детей в возрасте от одного дня до 12 лет с СМГ различной локализации и формой миелодисплазии. Выявлено высокое сочетание сопутствующих пороков развития других органов и систем, а также наличие ассоциированных остеоневральных аномалий со стороны позвоночника и самого спинного мозга.

Ключевые слова: спинномозговые грыжи, аномалии развития, диагностика, новорожденные, дети.

БАЛДАРДЫН ЖҮЛҮН ГРЫЖАЛАРЫНДА КЕЗДЕШКЕН АЙКАЛЫШКАН ОСТЕОНЕВРАЛДЫК АНОМАЛИЯЛАР ЖАНА ӨНҮГҮҮНҮН АЙКАЛЫШКАН КЕМТИКТЕРИ

Ташкент педиатриялык медициналык институту, Ташкент ш.

Макалада ымыркай курактан 12 жашка чейинки жүлүндүн ар башка жерлеринде жайгашкан жана ар түрдүү миелодисплазиялары менен коштолгон жүлүн грыжалары бар 88 баланын маалыматтары берилген. Башка орган жана системалардын кемтиктери, ошондой эле омуртка тутуму менен жүлүн жактан айкалышкан остеоневралдык аномалиялардын жогорку денгээлде айкалышып кездешүүсү тастыкталды.

Негизги сөздөр: жүлүн грыжалары, өрчүүнүн кемтиктери, дарт аныктоосу, ымыркайлар, балдар.

Спинномозговые грыжи (СМГ) у детей являются актуальной проблемой современной педиатрии. Им посвящено большое количество исследований, направленных на изучение патофизиологических механизмов возникновения различных форм spina bifidae, вопросов клиники, диагностики и лечения.

По данным различных авторов при СМГ у 5-6% больных краниально от грыжи могут встречаться аномалии строения – такие как гидромиелия, диастематомелия, сирингомелия и т.д. [1,3,6]. Современная диагностика спинномозговых грыж у детей базируется на применении комплекса клинических и рентгенологических методов обследования, включая компьютерную и магнитно

– резонансную томографию. В настоящее время разработаны методы, позволяющие установить наличие СМГ у плода уже на ранних сроках беременности, и разработаны четкие показания к прерыванию беременности при сложных ее формах. Однако отмечается повсеместный рост числа новорожденных со спинномозговой грыжей. Во всем мире, это составляет в среднем 4,7 на 10000 живорожденных [3,5]. Довольно высокая частота и тенденция к росту СМГ среди новорожденных в регионе центральной Азии [1,2,4]. СМГ нередко сочетаются с пороками развития различных органов и систем, присутствие их отягощают течения болезни и ее последствий.

Цель исследования – определить удельный вес и характер сопутствующих аномалий, в том числе остеоневральных аномалий при спинномозговых грыжах у детей.

Материал и методы исследования. Проанализированы 88 детей в возрасте от 1 дня до 12 лет (45 (51,1%) мальчиков, 43 (48,9%) девочек) с СМГ находившиеся в клиниках кафедры госпитальной детской хирургии и детской неврологии ТашПМИ. Обследование включало клинко-неврологическое исследование, клинко-биохимические анализы крови и мочи. Больным также проводили компьютерную-томографию (КТ), позвоночника и спинного мозга, нейросонографию и УЗИ внутренних органов. Для определения характера расстройства акта дефекации и мочеиспускания проведены специальные урологические и проктологические исследования.

Верифицированы следующие клинко-морфологические формы СМГ: менингоцеле – у 24(27,3±4,7%), менингомиелоцеле – у 31(35,2±5,1%), менингоградикулоцеле – у 17 (19,3±19,3%), миелоцистоцеле – у 8 (9,1±3,1%), рахишизис – у 3 (3,4±1,95%), скрытая расщелина (spina bifida)- у 2(2,3±1,6), spina bifida complicate – у 3(3,4±1,95%). Относительно позвоночного столба СМГ в области шейных позвонков наблюдались у 2 (2,3%) больных, в области грудной клетки – у 2 (2,3%), поясничной области – у 38 (43,2%), крестцовой – 13 (14,8%), пояснично-крестцовой у 33 (37,5%). Оперативное лечение по поводу СМГ проведено у –74(84%) больных по разработанной в клинике оперативной тактике. При рахишизисе и тяжелых формах СМГ, сочетанных с множественными пороками развития и в связи с тяжелыми проявлениями СМГ с нижней вялой параплегией и других сопутствующих состояний 14 (16%) детям оперативное лечение не проводилось.

Результаты и их обсуждение. У 83 (94,3%) больных диагностирована кистозная форма заболевания, полный рахишизис у - 3, скрытая расщелина у 2 больных. При кистозной расщелине среди больных в 3 (3,4%) случаях имела места Spina bifida complicata – незаращение дуг позвонков, сочетающаяся с разрастаниями жировой и фиброзной ткани – липоменингоцеле у - 1 (33,3 %), а также тератоидными образованиями - у 2 (66,6%). Они располагаются под кожей, образуют дефект в дугах позвонков, могут прорасти в мозговые

оболочки и срастаться с корешками спинномозговых нервов и спинным мозгом. Диагностика в таких случаях не составляла технических трудностей. Липома во всех трех случаях локализовалась в пояснично-крестцовой области, в подкожной клетчатке, прилегая к грыжевому выпячиванию в заднем субарахноидальном пространстве в виде непульсирующего гиперэхогенного образования при ультразвуковой эхолокации. Внешним проявлением скрытых форм у 2 больных были наличие в области дефекта гипертрихоза, ангиом и западений кожи, которые представлял собой врожденный дермальный синус.

Комплексное обследование больных с СМГ выявило ряд сопутствующих заболеваний, отягощающее их течение. Признаки родовой - спинальной травмы отмечены у 12 (13,6%), бронхопневмонии - у 7 (7,9%), внутриутробного инфицирования - у 9 (10,2%) новорожденных и детей грудного возраста. Использование высокоинформативных методов исследования позволяет определить морфологические формы СМГ, сопутствующие пороки развития и выбрать индивидуальную тактику комплексного лечения. У большинства детей отмечался дизрафический статус. Клинические проявления характеризовались наличием не только видимых аномалий развития, которыми являются спинномозговая грыжа, косолапость, но и внешних малых аномалий развития. Применение высокоинформативных методов исследования больным позволило выявить множество «невидимых» пороков развития.

Клиническая картина СМГ складывается из местных изменений и неврологических расстройств. Ведущими клиническими синдромами при ВСМГ являются двигательные, тазовые, чувствительные, трофические и вегето - сосудистые нарушения. Начало клинических проявлений спинномозговой грыжи у больных наблюдаются уже при рождении. С течением времени у больного меняются как форма, так и размеры грыжевого выпячивания, и параллельно характер и выраженность клинических проявлений миелодисплазии. Различные сопутствующие аномалии нередко служат возникновению осложнений и меняют течение СМГ.

Из 88 детей с СМГ у 73 (83%) выявлены различные сочетанные пороки развития, у некоторых из них наблюдались множественные аномалии развития. Это дает основание считать СМГ комбинированным врожденным пороком развития. У 22 (30,9%) спинномозговая грыжа сочеталась с гидроцефалией. У 19 (26,7%) - с пороками развития опорно-двигательного аппарата, врожденными пороками сердца (5; 7%), пороками развития мочеполовой системы (13;18,3%) и желудочно-кишечного тракта (1;1,4%). У 13 (18%) больных краниально или дистально от грыжи выявлены аномалии строения позвоночника или спинного мозга, симметричные и асимметричные гипотрофии, атрофии и деформации нижних конечностей, малые аномалии. Как правило, при

больших размерах грыжи, охватывающих несколько сегментов спинного мозга или грыжах типа миеломенингоцеле, миелоцистоцеле, рахизидизис, преимущественно локализованных в нижне грудном и пояснично-крестцовом отделе позвоночника наиболее часто наблюдались сочетанные аномалии со стороны почек и мочевыводящих путей и костно-мышечной структуры нижних конечностей, указанные нарушения, по-видимому связаны с заинтересованностью зоной соответствующей сегментарной иннервации спинного мозга.

МСКТ и МРТ являются высокоинформативными, взаимодополняющими методами обследования, позволяющими визуализировать широкий спектр патологии позвоночника, спинного мозга. Проведенные исследования: компьютерная томография (25 больным) магнитно-резонансная томография (МРТ) (20 больным) позволили выявить спинальный дизрафизм, уточнить характер грыжевого содержимого, морфологический вариант СМГ и наличие других врожденных аномалий позвоночника: дефекты в дугах позвонков (8 больных), незаращение дуги по средней линии с расщеплением, недоразвитием или отсутствием остистого отростка (5 больных); незаращение позвоночного столба или неполное заращение тел (7 больных), наличие клиновидных позвонков или полупозвонков (2 больных), отсутствие копчика (7 больных), а также спинного мозга – тетринг - синдром (4 больных), диастематомиелию (2 больных), гидромиелию (3 больных), дермальный синус (1 больной) и другие интра- и экстрадуральные патологические образования (липомы, тератоидные включения) (3 больных), сколиоз поясничного отдела позвоночника (4 больных). Данные мультислайсной компьютерной томографии (МСКТ) высокоинформативны при СМГ, приближающейся к скрытой расщелине, при которой щель кожных покровов закрывается в утробной жизни, и ребенок рождается с едва заметным грыжевым выпячиванием в поясничной или верхней крестцовой области, иногда пигментированным и покрытым волосами. Нарушения в виде спинального дизрафизма влияют на появление патологической афферентной импульсации вследствие постоянного раздражения нервных элементов в виде усиления функциональной миелодисплазии, имеющей непосредственное или косвенное отношение к нарушениям функции тазовых органов и других неврологических расстройств.

Среди 88 обследованных у 22 (25%) СМГ сопровождалась гидроцефалией. У 6 (27,3%) больных клинические признаки гидроцефалии проявились в первые часы жизни и были очень выраженными, что облегчило ее диагностику. У 11 (50%) до года наблюдались признаки гидроцефалии: напряжение большого родничка, преобладание окружности головы над окружностью грудной клетки, расхождение швов костей черепа. Прогрессирование гидроцефалии наблюдалось у 5 (22,7%) больных. Нарастающая гидроцефалия встречалась в основном у больных с нагноением

грыжевых оболочек или при грыжах очень большого размера. Комплексное медикаментозное лечение оказалось эффективным только у 6 (27,3%) детей, что позволило сохранить их состояние стабильным. Симптомы недостаточности иннервации черепно-мозговых нервов у больных с СМГ объяснялись сопутствующей гидроцефалией и родовыми травмами. У данных больных ограничение подвижности глазных яблок отмечалось у 4 (18,2%), сходящееся косоглазие - в 3 (13,6%) случаях, сглаженность носогубной складки отмечалась у 6 (27,3%), снижение глотательного рефлекса и поперхивание при глотании - у 5 (22,7%) больных.

Сравнительный анализ развития нижних конечностей у нормально рожденных и детей с СМГ показал укорочение длины и окружности нижних конечностей у последних, что можно расценить как проявление трофических нарушений в виде гипотрофии или атрофии одной или обеих конечностей. Эти расстройства выявлены у 40 больных (45,5%). В последующем они сохранились как у неоперированных, так и у оперированных детей. Трофические расстройства нижних конечностей у 24 (27,3%) больных проявлялись на фоне охлаждения дистальных отделов ног, сухости кожных покровов в виде утончения окружности, укорочения длины. У 2 (2,3%) детей старшего возраста отмечены появления трофической язвы стопы. У 14 (15,9%) детей отмечена косолапость: с одной стороны у 6 (42,9%), с двух - у 8 (57,1%). При локализации грыж в шейном и грудном отделах позвоночника наблюдалась картина наиболее благоприятного клинического варианта менингоцеле.

Анализ полученных данных при изучении отдаленных результатов оперативного лечения СМГ проведенных в периоде новорожденности и в раннем грудном возрасте показывают наличие у некоторых из них признаков синдрома фиксированного спинного мозга, стеноза позвоночного канала или сирингомиелии. Причины возникновения последних трудно объяснить: они являются не диагностированными случаями до операции или образовались как осложнения проведенных операций, вызывающие усугубления неврологических расстройств. У этих больных отчетливо определяется прогрессирующее нарастание имеющихся или появление ранее отсутствовавших нарушений функций тазовых органов, чувствительных, двигательных и трофических симптомов. Представленные данные указывает на целесообразность проведения углубленного обследования детей с СМГ современными высокоинформативными методами диагностики на предмет выявления сопутствующих остеоневральных аномалий со стороны позвоночника и спинного мозга.

В заключении можно отметить, что при СМГ часто наблюдаются дополнительные остеоневральные аномалии со стороны позвоночника и самого спинного мозга. Аномалии нередко сочетаются с пороками развития других

органов и систем. Среди них преобладает гидроцефалия, пороки развития почек и мочевыводящих путей, диспропорция в развитии различных участков тела в виде недоразвития или ассиметричные деформации костно-мышечной структуры нижних конечностей. Частота сочетанных нарушений соответственно нарастает, как правило, при больших размерах грыжи, охватывающих несколько сегментов спинного мозга или грыжах типа миеломенингоцеле, миелоцистоцеле. Присутствие сопутствующих пороков развития или наличие ассоциированных остеоневральных аномалий усугубляют течение СМГ и ее последствий. Дооперационная диагностика при патологии спинного мозга должна быть комплексной, включающая нейросонографию, МСКТ и МРТ позвоночника и спинного мозга.

Литература

1. Ахмедиев М.М., Махмудов Ш.Д. Диагностика аномалий развития позвоночника и спинного мозга у новорожденных и детей первого года жизни // Нейрохирургия и неврология Казахстана. – Алматы, № 2,3. – 2009. – С. 55-56.
2. Дияров Н.А. Течение и результаты оперативного лечения спинномозговых грыж у новорожденных и детей грудного возраста, Автореферат диссертации к.м.н. Ташкент, 2007 22с.
3. Еликбаев Г.М. Комплексный подход к методам обследования детей с миелодисплазиями. Поленовские чтения Тезисы Всероссийской научно-практической конференции, Санкт-Петербург, 2009, С.324.
4. Кузнецова Т.В. Этиопатогенетические и клинические особенности течения спинномозговых грыж у детей, совершенствование методов хирургической коррекции и реабилитации. Автореферат дисс. к.м.н., Бишкек. – 2008. – 24 с.
5. Немилова Т.К. Неонатология. Учебное пособие. - Москва. МЕД пресс-информ. 2006. - Том 2. - С.434-436.
6. Сырчин Э.Ф. Язров А.А., Воронов В.Г., Кутумов Э.Б., Воронов В.Г., Иванов А.А., Першин В.А. Информативность диагностических исследований пороков развития спинного мозга и позвоночника на основе принципов доказательной медицины. Поленовские чтения. Материалы всероссийской научно-практической конференции, Санкт-Петербург, 2010, С.340.

ASSOCIATED OSTEONEURAL ANOMALIES AND COMBINED DEVELOPMENTAL ANOMALIES AT SPINAL HERNIAS AT CHILDREN.

Y.N.Mazhidova, N.N.Ergasheva

Tashkent Pediatric Medical institute, Tashkent, Uzbekistan

This article presents data of 88 children aged from one day to 12 years with spinal hernia with different location and form of myelodysplasia. Revealed a high combinations of concomitant developmental anomalies of other organs and systems, as well as presence of associated osteoneural anomalies of a spine and the spinal cord itself.

Keywords: spinal hernias, anomalies of development, diagnostics, newborns, children.

УДК 616.8316:616.89-008.43/46-06-085

УМЕРЕННЫЕ КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Маджидова Е.Н., Хайдарова Д.К.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт
кафедра неврологии, детской неврологии с медицинской генетикой
г. Ташкент, Узбекистан.

В статье приводятся данные проведенного исследования когнитивных функций с изучением динамики клинических, психометрических и электроэнцефалографических показателей у больных дисциркуляторной энцефалопатией при лечении препаратом Церетон.

Ключевые слова: дисциркуляторная энцефалопатия, умеренные когнитивные нарушения, ЭЭГ, лечение, Церетон.

ДИСЦИРКУЛЯТОРДУК ЭНЦЕФАЛОПАТИЯМЕНЕНООРУГАНПАЦИЕНТТЕРДИНАКИЛ ЭСЧӨЙРӨСҮНҮНОРТОЧОДЕНГЭЭЛДЕГИБУЗУЛУШУ

Ташкент Педиатр Медициналык Институт,
Неврология,
балдардын неврологиясы жана медициналык генетика кафедрасы.
Ташкент, Узбекистан.

Алдынкы макалада Церетон менен даарыланган дисциркулятордук энцефалопатия менен ооруган пациенттердин акыл-эс чөйрөсүнүн орточо деңгээлдеги бузулушунун -клиникалык, психометриялык жана электроэнцефалографиялык изилдөөсүнүн жыйынтыгы көрсөтүлгөн.

Негизги сөздөр: дисциркулятордук энцефалопатия, акыл-эс чөйрөсүнүн орточо деңгээлдеги бузулушуу, ЭЭГ, дарылоо, Церетон.

Когнитивные функции - это сложные функции головного мозга, с помощью которых осуществляется процесс рационального познания мира, а именно: память, речь, гнозис, праксис и интеллект [11]. Актуальность выделения категории умеренных (легких) когнитивных расстройств определяется тем, что согласно многочисленным эпидемиологическим исследованиям прогрессирование когнитивного дефекта до степени деменции наблюдается в течение 1 года примерно у 15% пациентов этой группы, через 3 года - уже 50% пациентов соответствуют диагностическим критериям деменции, а через 6 лет - 80%. В настоящее время общими критериями умеренных когнитивных расстройств являются критерии, предложенные