

5. Dubousset J., Horizon C-D. A new cotel-Dubousset instrumentation. Spine, 2004. – vol. 25(65). – P. 859.

OPTIMIZATION OF PREOPERATIVE PREPARATION AND STAGES OF SURGICAL CORRECTION OF SCOLIOSIS IN CHILDREN.

M.M. Tadjiev, F.R. Umarchodjaev,
M.M. Iskandarov

Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent,
Uzbekistan

The article presents data usefulness of preoperative optimization methods and stepwise radical treatment of scoliosis.

Key words: children, scoliosis, pre-operative, surgical treatment



НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ ПРИ СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Токтомушев Ч.Т., Свердлова И.А.

КГМИП и ПК, каф.неврологии, нейрохирургии
и психиатрии,
г. Бишкек, Кыргызская Республика.

Ранняя диагностика, профилактика и лечение сосудистых заболеваний головного мозга представляют одну из самых актуальных проблем в современной неврологии (Верецагин Н.В., Моргунов В.А., Гулевская Т.С., 2001; Манвелов Л.С., Кадыков А.С., 2001; Никитин Ю.М., Чететкин А.О., Лагода О.В. и др., 2001; Barba R.Etall, 2002, Steffens DC. etall, 2002). Распространенность различных форм цереброваскулярных поражений составляет 13,3% среди всех заболеваний; среди них начальные проявления недостаточности мозгового кровообращения - 45,3% от всей обнаруженной патологии, дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ) — 27,7%, преходящих нарушений мозгового кровообращения - 5,4%, мозгового инсульта и его последствий - 21,6%. Прогрессирование хронической ишемии головного мозга приводит не только к неврологическому, но и к интеллектуальному дефициту. Снижение когнитивных функций вплоть до развития деменции представляет одну из сложных медико-социальных проблем в большинстве стран мира (Борисенко Р.И., Воронкова Л.А., Ростовцев М.В. и др., 1993; Гнездицкий В.В., Калашников Л.А., Бараш А.С., и др., 1993; Рощина И.Ф., Жариков Г.А.,

1998; Harrison M., 1988; Lukatella K., etal., 1998; Dilic M., Mlaco A., Heljic B. etall, 2002). Причём снижение когнитивных функций наблюдается уже на начальной стадии хронической ишемии головного мозга и их выявление служит предиктором наличия или прогрессирования церебральной сосудистой недостаточности.

Целью нашей работы был анализ клинических случаев как острой, так и хронической ишемии мозга с учётом данных нейропсихологического обследования, а также оценка эффективности применения милдроната (мельдония) в острый период ишемического инсульта

Мы проанализировали данные нейропсихологического консультирования 30 больных с ДЭ I и II стадий (в первые 3 дня с момента госпитализации) и 30 больных в первые 3 суток инсульта (полушарной локализации), в контексте с клиническими и параклиническими данными. Больные консультированы по мере поступления в отделения неврологии I и II НГ МЗКР. Средний возраст больных с дисциркуляторной энцефалопатией составил 59 ± 6 лет, а пациентов с инсультом $52,6 \pm 9$ лет. Среди больных с инсультом: 10 человек с геморрагическим инсультом, ишемический инсульт-правополушарный-7 (у 2 больных поражение стратегической зоны), левополушарный-13 (поражение стратегической зоны у 3 больных). Группа больных с ДЭ I и II стадий распределена поровну по 15 человек. В последнюю группу не включены больные, имеющие в анамнезе перенесённый инсульт с остаточным неврологическим дефицитом. В качестве этиологического фактора в группе ДЭ преобладало атеросклеротическое поражение сосудов головного мозга 18 больных, а у 12 больных наблюдалось сочетание атеросклероза и артериальной гипертензии. Половые различия, особенности в зависимости от уровня образования не прослеживались. При анализе данных неврологического статуса при дисциркуляторной энцефалопатии I стадии выявлена микроочаговая симптоматика в виде слабости конвергенции, сглаженности носогубных складок, лёгкой анизорефлексии, появление назолабиального рефлекса Аствацатурова и хоботкового Бехтерева. При дисциркуляторной энцефалопатии II стадии у 4 больных наблюдался амиостатический синдром, у 7 - атактический, псевдобульбарный синдром у 5 больных, причём более выражены были рефлексы орального автоматизма, что свидетельствует о нарушении корково-подкорковых связей на фоне диффузного сосудистого поражения головного мозга. Нейропсихологическое тестирование проводилось в 2 этапа. I этап включал в себя скрининг из трёх тестов: тест рисования часов, тест на семантическую и речевую активность и тест на зрительную память - для выявления наличия когнитивных нарушений. «Чистых» левшей было двое в группе ДЭ. II этап обследования включал в себя нейропсихологическую методику по Лурия А.Р. и батарею лобной дисфункции. У 76 % больных исследована эмоционально-аффективная сфера с помощью шкал Спилберга-Ханина и Цунга. Хочется отметить

трудности при проведении даже скрининг-тестов в острый период инсульта при наличии у больного психомоторного возбуждения или речевых нарушений.

Наличие когнитивных нарушений на I этапе выявлено у 76% больных с ДЭ и у 69% больных 2 группы. В группе геморрагического инсульта, независимо от локализации очага у 8 больных наблюдались аффективные нарушения в виде психомоторного возбуждения, инсомнии, именно этим больным и не удалось провести тесты на когнитивные нарушения. Во 2 группе, независимо от локализации очага, у всех больных, кому проведена диагностика когнитивной сферы выявлены как трудность включения, так и трудность переключения внимания, что требовало неоднократного повторения, упрощения заданий и увеличения времени обследования. Причём в острый период ишемического инсульта у 89% из обследованных на когнитивную сферу мы наблюдали положительные результаты на батарею лобной дисфункции, даже при отсутствии очага поражения в передних отделах головного мозга. У 46% больных при левополушарной локализации наблюдались речевые нарушения (тотальная моторная афазия у 4 больных, частичная моторная у 3 больных, сочетание моторной афазии с сенсорной афазией у 5 пациентов). При правополушарной локализации у 2 больных наблюдался «Neglect – синдром», с элементами эйфории. При поражении стратегической зоны наблюдались преимущественно мнестические нарушения, независимо от латерализации очага

При анализе группы пациентов с ДЭ I стадии на первый план выступали эмоционально-аффективные расстройства. Так повышение уровня реактивной тревожности до среднего отмечено у 65% и высокого уровней у 28% больных, что требовало даже медикаментозной коррекции. Вероятно, за счёт увеличения уровня тревожности у этих же больных, увеличивалось общее время на обследование, преобладали нарушения, т.е. наблюдались нейродинамические нарушения. При ДЭ II степени преобладал сниженный фон настроения, инсомнический синдром смешанного характера, а также нарушения памяти в виде затруднения непосредственного и отсроченного воспроизведения, семантики и зрительный гнозис, причём появление и прогрессирование данных симптомов по данным прицельного опроса этих больных наблюдалось примерно в течение 5-8 лет. Таким образом, даже при анализе небольшой группы пациентов с острой и хронической ишемией головного мозга с учётом других литературных данных, можно говорить об особенностях нейropsychологического профиля у этой категории пациентов. В I группе преобладают эмоционально-аффективные и нейро-динамические нарушения. Во II группе и случае геморрагического, и в случае ишемического инсультов нейродинамические нарушения, но при геморрагическом инсульте преобладали изменения в эмоционально-аффективной сфере, инсульта наряду с речевыми нарушениями в группе геморрагического инсульта.

В группе ишемического инсульта. веифицированного помощью ЯМРТ и (или) КТ в первые 3-суток от начала заболевания был применён милдронат 10% по 5,0 внутривенно капельно в первой половине дня 10 дней. Милдронат использовался в качестве цитопротектора. Была группа сравнения, которая получала вазоактивную, антиагрегантную. терапию. В обеих группах к 10 дню наблюдалось увеличение количества воспроизводимых слов по тесту запоминания 19 слов по Лурия, но в группе пациентов, получавших милдроната 1,4 слова было больше. Также наблюдалось увеличение темпа работы в этой же группе больных (на 4-5 знаков по корректурной пробе). Таким образом, особенности нейropsychологического профиля полезны в комплексной оценке пациента и в коррекции лечения. А применение мельдония в качестве цитопротектора в острый период ишемического инсульта достоверно улучшает внимание, которое влияет на запоминание новой информации и её отсроченное воспроизведение.

Литература

1. В.Н. Григорьева, М.С. Ковязина, А.Ш. Тхостов «Когнитивная реабилитация больных с инсультом и ЧМТ». Изд-во Ниж ГМА, 2012
2. А.В. Густов, Е.А. Антипенко «Когнитивные расстройства в неврологии: методы диагностики, пути коррекции». Изд-во Ниж ГМА, 2012
3. В.В. Захаров, Т.Г. Вознесенская. «Нервно-психические нарушения: диагностические тесты». Москва МЕДпресс-информ, 2013
4. Левин О.С. «Алгоритмы диагностики и лечения деменции». Москва МЕДпресс-информ, 2011.
5. Е.И. Гусев, А.Н. Боголепов. «Когнитивные нарушения при цереброваскулярных заболеваниях». Москва МЕДпресс-информ, 2013.
6. Хомская Е.Д. «Нейropsychология». СПб Питер, 2003г
7. Лурия. А.Р. Основы нейropsychологии. М. Изд-во МГУ, 1973
8. Автореферат «Комплексная клиничко-нейropsychологическая диагностика дисциркуляторной энцефалопатии на фоне артериальной гипертензии и атеросклероза» Павлова Ю. М., 2005г.
9. Дамулин И.В. Легкие когнитивные нарушения. Consilium medicum 2004; 2: 138-41.
10. Дамулин И.В. Сосудистая деменция. Неврол. журн. 1999; 4: 4-11.
11. Захаров В.В., Локшина А.Б. Применение препарата проноран (пирибедил) при легких когнитивных расстройствах у пожилых больных с дисциркуляторной энцефалопатией. Неврол. журн. 2004; 2: 30-5.
12. Захаров В.В., Яхно Н.Н. Синдром умеренных когнитивных расстройств в пожилом возрасте: диагностика и лечение. Рус. мед. журн. 2004; 10: 573-6.
13. Клиничко-инструментальный мониторинг больных с острым инсультом. Проф. Мусин Р.С., проф. Ступин И.Д., Солонский Д.С., МГМСУ, «Русский медицинский журнал», том 17 №19, 2009.
14. «Нейropsychологические синдромы при инсультах в бассейне левой средней мозговой артерии» автореферата по ВАК 19.00.04, кандидат психологических наук Малокова Н.Г.
15. Вассерман Л.И., Дорофеева С.А., Мейерсон Я.А. «Методы нейropsychологической диагностики» СПб.: Стройлеспечать. 1997.
16. Доброхотова Т.А. «Нейropsychиатрия». -М., 2006
17. Лакосина Н.Д. «Клиническая психология». М., 2009
18. Суслина З.А., Федорова Т.Н., Максимова М.Ю. и др. Антиоксидантное действие милдроната и Lкарнитина при лечении больных с сосудистыми заболеваниями головного мозга // Экспериментальная и клиническая фармакология. — 2003. — Т. 60, № 3. — С. 32-35.
19. Дамулин И.В., Коберская Н.Н., Антоненко Л.М. Влияние Милдроната на когнитивные нарушения при дисциркуляторной энцефалопатии: клиничко-электрофизиологическое исследование // Неврологический журнал. — 2006. — № 1. — С. 45-50