

3. Поповичи Д. Гормоны и сердечно-сосудистая патология / Д. Поповичи, В. Сэхляну. - М.: Медицина, 2012; 392.
4. Сандерсон Падма. 50 причин инфаркта. Современные способы диагностики, профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний / Падма Сандерсон. - М.: 2014; 192.
5. Шевченко О.П. и др. Ишемическая болезнь сердца. /О.П.Шевченко, О.Д.Мишнев. Реафарм, Москва, 2005.
6. Ключев В.М. и др. Ишемическая болезнь сердца. /В.М. Ключев, В.Н. Ардашев, А.Г. Брюховецкий, А.А. Михеев. / М., Медицина, 2004.

Поступила 09.09. 2019

УДК 616.7-616.8-615.03-615.8-615.81

ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ОСЕВЫХ ДЕФОРМАЦИЯХ ПОЗВОНОЧНИКА

Таджиев М.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт.

✓ Резюме

Изучение эффективности применения комплекса обследования и лечения, у 181 пациентов (18,3±1,1 лет) с осевыми деформациями позвоночника, страдающих сколиотической болезнью различного генеза, при исследовании состояния функционирования черепно-мозговых нервов, двигательной, рефлекторной, чувствительной и координаторной сфер, вегетативной нервной системы определило, что неврологическая симптоматика при сколиотической болезни проявляется симптомами поражения соматической и вегетативной нервной системы, в виде сегментарно-вегетативного синдрома, так и синдрома вегетативной дистонии с преобладанием симпатикотонии; комплексное лечение значительно улучшает функциональное состояние нервной системы, в том числе и вегетативной, что способствует повышению качества жизни пациентов.

Ключевые слова: осевые деформации позвоночника, сколиоз, консервативное лечение, диагностика.

ЎМИРТҚА ПОҒОНАСИНИНГ ЎҚ ДЕФОРМАЦИЯСИ НЕВРОЛОГИК АСОРАТЛАРИНИ ТАҲХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ

Таджиев М.М.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти.

✓ Резюме,

Умуртқа поғонасининг ўқ деформацияси бўлган 181 та беморлар (18,3±1,1 ёш) текширилди. Беморларда бош мия нервлари, ҳаракат, рефлектор, сезги, координатор системалар ҳамда вегетатив нерв системаси ҳолати текширилганда, ҳам соматик, ҳам вегетатив нерв системаси зарарланиши яъни вегетатив-сегментар синдром ва вегетатив-дистония белгилари аниқланди. Бу беморларга ҳужайрада мода алмашинувиини яхшилаш учун комплекс даволаш буюрилиши нерв системасини функционал ҳолатини яхшиланишига, вегетатив нерв системасини фаолиятини тикланишига ва ҳаёт сифатини ошишига олиб келди.

Калит сўзлар: умуртқа поғонасини деформациялари, сколиоз, консерватив даво, диагностика.

DIAGNOSIS AND CORRECTION OF NEUROLOGICAL DISORDERS IN AXIAL SPINAL DEFORMITIES

Tadjiev M.

Tashkent Pediatrics Medical Institute.

✓ Resume,

The efficiency of complex diagnostic, 181 patients (18,3±1,1 years) with axial spinal deformations, scoliosis sufferers of various origins, in the study of the state of functioning of the cranial nerves, motor, reflex, sensitive and coordinator spheres, the autonomic nervous system has determined that the neurological symptoms in scoliosis manifested symptoms of somatic and autonomic nervous system, in the form of segmental-vegetative syndrome and syndrome of vegetative dystonia, the appointment in the complex treatment of children with scoliosis, complex corrects processes energy cells, significantly improves the functional state of the nervous system, including the autonomic, thereby increasing the quality of life of patients.

Keywords: axial disorders of the spine, scoliosis, gravitational frame, conservative treatment, diagnosis.

Актуальность

Частота поражения нервной системы при осевых деформациях позвоночника выявляется у 50-80% больных [2, 3, 4]. По их мнению, неврологические нарушения могут являться даже предвестниками осевых деформаций и сколиотической болезни. Имеются многочисленные доказательства, указывающие на ту или иную степень нарушения сегментарной иннервации, в конечном итоге приводящей к ассимметричному изменению тонуса мышц [5, 6, 7].

Поэтому целью нашего исследования было провести диагностику и коррекцию неврологических нарушений у больных с осевыми деформациями позвоночника.

Материал и методы

Под нашим наблюдением находилось 181 больных с осевыми деформациями позвоночника. Из них 145 (80,1%) больных были женского пола, а 36 (19,9%) - мужского. Средний возраст больных был 18,3±1,1 лет.

Обследования проводилось в неврологическом отделении клиники Ташкентского медицинского педиатрического института. Всем больным проводили клинико-неврологическое обследование, выявление болевого синдрома в позвоночнике по ВАШ, ЭНМГ, ССВП, исследование вегетативной нервной системы, выявляя КГВП, рентгенография позвоночного столба до и после проводимого лечения.

Выраженность болевого синдрома оценивали по Визуальной аналоговой шкале (ВАШ). ЭНМГ и исследование соматосенсорных вызванных потенциалов (ССВП) проводилось по стандартной методике путем стимуляции большеберцового нерва с обеих сторон. При изучении функционального состояния периферических нервов выполненного методом стимуляционной

ЭНМГ. Проводилась электростимуляция большеберцового нерва в подколенной ямке.

При исследовании ССВП измерялась латентность и амплитуда пика N22 (сенсорный ответ, измеряемый с большеберцового нерва на уровне конского хвоста и конуса спинного мозга) и интервал

N22-P38 (интервал с поясничного уровня до корковых центров) [1].

Исследование вегетативной нервной системы, осуществляли выявлением кожно-гальванических вызванных потенциалов (КГВП) - ВНС метрия.

КГВП- это изменение электродермальной активности в ответ на стимул (в частности электрический ток). КГВП является надсегментарным соматовегетативным рефлексом, эффекторным органом которого являются потовые железы, а "генератором" ответа - задний гипоталамус.

Преобладание симпатического или парасимпатического влияния приводит к увеличению или уменьшению потоотделения. Это проявляется в отклонении КГВП в отрицательную или положительную сторону. Вычисляются следующие показатели КГВП: ЛП - латентный период КГВП; A1, A2, A3

- амплитуды первой, второй и третьей фаз; S1, S2, S3 - длительности восходящих частей фаз. Для дальнейшего анализа нами были акцентированы

внимание на A1 p и A2 p - амплитуде первой и второй фаз, так как A1 p отражает парасимпатический ответ, а A2 p - симпатический [1].

Рентгенографию проводили на уровне C7-S1 в прямой проекции - стоя, в боковой проекции - лежа.

Лечение включало: медикаментозную терапию (НПВС, сосудорасширяющие препараты, витамины группы В, миорелаксанты, антихолинэстеразные препараты), вытяжение на гравитационной раме с выполнением специфических упражнений, электрофорез с микроэлементами (кальций, калий, магний), лазеромагнитотерапия, массаж спины, лечебная физкультура.

Вытяжение на гравитационной раме проводилось по методике свободного виса и упражнения при свободном зависании. Продолжительность упражнений составляла не более 10 минут свободного зависания и 10-15 минут упражнений в безопорном положении. Средний курс лечебно-диагностических упражнений составлял 30-60 дней.

Результат и обсуждения

Всех наших больных мы разделили на 2 группы: контрольную группу (71 больных), получавших базовую терапию, включавшую медикаментозную терапию и лечебную физкультуру и основную группу (110 больных), получавшую, помимо базовой терапии, вытяжение на гравитационной раме с выполнением специфических упражнений, массаж спины, электрофорез с микроэлементами (кальций, калий, магний) и лазеромагнитотерапию.

При проведении рентгенографии у наших больных выявлялась осевая деформация позвоночника 1-2 степени.



Рис.1 Вис и упражнения на гравитационной раме

При исследовании выраженности боли по ВАШ у больных с ОДП было выявлено её выраженность равной $3,85 \pm 0,3$ балла.

Проведенные ЭНМГ исследования выявили, что в исследованных нервах наблюдалось снижение скорости проведения импульса, выявлялось снижение максимальной и минимальной амплитуд М- и Н-ответов. Указанные нарушения свидетельствуют о том, что даже при отсутствии клинических симптомов поражения периферических нервов имеют место изменения ЭНМГ показателей характерные для аксонопатий.

При ССВП исследование было выявлено, что у больных с ОДП имело место снижение амплитуды и увеличение латентности N22, а также увеличение латентности интервала N22-P38. Эти изменения свидетельствуют о том, что у больных с ОДП выявляются вовлеченность чувствительных путей в виде замедление проведения импульса по ним.

При ВНС исследовании было выявлено, что у больных с ОДП отмечалось преобладание амплитуды A2p, что свидетельствует о преобладании у больных симпатикотонии.

Таким образом, у наших больных с ОДП 1-2 степени неврологическая картина характеризуется слабо выраженным болевым синдромом, с доклинически определяемым заинтересованности двигательных, чувствительных нарушений и изменениями вегетативной нервной системы в виде преобладания симпатикотонии.

Следующим этапом нашего исследования было определить эффективность предлагаемой консервативной терапии у больных с ОДП. Как наглядно видно из таблицы при сравнении показателей достоверная значимая положительная динамика отмечается у больных основной группы, получавших предлагаемую нами комплексную консервативную терапию.

Полученные в результате наших исследований положительный эффект от предлагаемой нами консервативной терапии у больных с осевыми деформациями позвоночника можно объяснить правильной комбинацией применяемых лечебных и физиотерапевтических процедур. За период проведения лечения достигнут следующий уровень мобильности деформации позвоночника за этот период: среднее время зависания на гравитационной раме в безопорном положении для первой и второй групп соответственно составило 423 и 649 с.; дистанция между С7 и S1 позвонками в группах увеличивалась. По-нашему мнению, проводимое в начале лечения провисание на гравитационной раме воздействует на позвоночный столб, и мышечный каркас способствует его механическому вытягиванию и выпрямлению, увеличение спинномозгового пространства, уменьшению компрессии спинномозгового корешка, а также уменьшению компрессии радикуло-медуллярных сосудов. Это в свою очередь приводит к уменьшению отека и восстановлению венозного и артериального кровообращения в спинном мозге. Проводимая медикаментозная терапия (НПВС, сосудорасширяющие препараты, витамины группы В, миорелаксанты, антихолинэстеразные препараты), и вместе с этим проводимые в комплексе упражнения на гравитационной раме улучшают тонус и силу паравертебральных мышц, усиливая мышечный каркас позвоночного столба, а также улучшается кровоснабжение спинного мозга и корешков, нивелирующие неврологическую симптоматику. Проводимые физиотерапевтические процедуры: электрофорез с микроэлементами (кальций, калий, магний), лазероманнитотерапия, массаж спины обладают противовоспалительным, улучшающими дегенеративные изменения, улучшающими микроциркуляцию, укрепляющими связочно-мышечную систему свойствами.

Таблица

Клинико-инструментальные показатели в подгруппах у больных с осевыми деформациями позвоночника в процессе лечения

Метод исследования	Вид исследования	Основная группа n=110		Группа сравнения n=71	
		До лечения	после	До лечения	после
ВАШ	-	$3,9 \pm 0,4$	$2,8 \pm 0,3^*$	$3,8 \pm 0,5$	$3,4 \pm 0,6^*$
Рентгенологические данные, град	Позвоночный столб	$19,5 \pm 1,2$	$14,8 \pm 1,0^*$	$19,4 \pm 1,3$	$18,8 \pm 1,4^*$
ЭНМГ СПИ эфф. (м/с)	БН	$46,8 \pm 2,1$	$48,9 \pm 2,1^*$	$46,6 \pm 1,5$	$47,1 \pm 1,5$
	МН	$47,3 \pm 1,9$	$49,8 \pm 1,9^*$	$47,7 \pm 1,7$	$48,2 \pm 1,7$
ССВП	латентность N22	$22,1 \pm 0,4$	$21,8 \pm 0,4^*$	$22,4 \pm 0,4$	$22,2 \pm 0,4^*$
	амплитуда N22	$1,2 \pm 0,1$	$1,2 \pm 0,1$	$1,1 \pm 0,1$	$1,3 \pm 0,2$
	Интервал N22-P38	$18,2 \pm 0,3$	$17,1 \pm 0,3^*$	$18,1 \pm 0,3$	$17,9 \pm 0,3^*$
ВНС метрия	амплитуда A1p	$1,4 \pm 0,3$	$1,3 \pm 0,3$	$1,4 \pm 0,4$	$1,3 \pm 0,3$
	амплитуда A2p	$4,1 \pm 0,5$	$3,6 \pm 0,3^*$	$4,1 \pm 0,6$	$3,9 \pm 0,4^*$

Сокращения: СПИ эфф. (м/с) - скорость проведения импульса по эфферентным волокнам; БН - большеберцовый нерв; МН - малоберцовый нерв.

Примечание: * $P > 0,05$ внутри группы до и после лечения, $P > 0,05$ между основной и контрольной групп после лечения.

Выводы

1. У больных с осевыми деформациями 1-2 степени неврологическая картина характеризуется слабо

выраженным болевым синдромом, с доклинически определяемыми двигательными, чувствительными нарушениями и изменениями в вегетативной нервной системе в виде преобладания симпатикотонии.

2. Предлагаемая нами консервативная терапия у больных с осевыми деформациями позвоночника - медикаментозную терапию (НПВС, сосудорасширяющие препараты, витамины группы В, миорелаксанты, антихолинэстеразные препараты), вытяжение на гравитационной раме с выполнением специфических упражнений, электрофорез с микроэлементами (кальций, калий, магний), лазероманнитотерапия, лечебная физкультура и массаж спины - является эффективным лечебным комплексом, корригирующим неврологическую симптоматику.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Гнездицкий В.В. Вызванные потенциалы головного мозга в клинической практике / В.В. Гнездицкий. - М.: МЕДпресс-информ; 2003; 264.
2. Губин А.В. Неотложная вертебрология: шейный отдел позвоночника у детей / Ульрих Э.В., Мушкин А.Ю., Рябых С.О.,

- Бурцев А.В., Анисимов А.Н., Дубоносов Ю.В., Очинова П.В. // Хирургия позвоночника. 2013; 3: 105-117.
3. Губин А.В. Перспективы оказания помощи детям младшего и ювенильного возраста с хирургической патологией позвоночника / Губин А.В., Ульрих Э.В., Рябых С.О. // Гений ортопедии. 2011; 2: 123-127.
4. Кокушин Д.Н., Мурашко В.В., Хусаинов Н.О., Богатырев Т.Б. Хирургическое лечение детей с врожденной аномалией позвоночника и спинного мозга / Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2017; 7(часть 2): 195-197.
5. Рябкова Е.Г., Райе Р.Э., Комаревцев С.Л. Неврологические нарушения у больных в начальной стадии диспластического сколиоза // Заболевания и повреждения позвоночника у детей. Л., 1981; 4-9.
6. Ульрих Э.В., Мушкин А.Ю., Губин А.В. Врожденные деформации позвоночника у детей: прогноз эпидемиологии и тактика ведения / Хирургия позвоночника, 2009; 2: 55-61.
7. Яновский А.М. Спинно-мозговые расстройства при врожденных пороках и деформациях позвоночника у детей. /Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 1995.

Поступила 09.09. 2019

УДК 616.34-022.3.6-036.11-053.2-085

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ

Толипов М.У., Кучкарова М.Ф., Юлдашев Я., Мамаризаев Э.Х., Валиева Н.М.

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ Резюме,

Статья посвящена одной из наиболее серьезных проблем в педиатрии - острым кишечным инфекциям. Подробно рассматриваются вопросы лечения - регидратация, антибактериальная терапия, вспомогательная терапия. Даны рекомендации по диете детей с инфекционной диареей.

Ключевые слова: острые кишечные инфекции, диарея, регидратация, антибактериальная терапия.

БОЛАЛАРДА ЎТКИР ИЧАК ИНФЕКЦИЯЛАРИНИ ДАВОЛАШ

Толипов М.У., Қўқарова М.Ф., Юлдашев Я., Мамаризаев Э.Х., Валиева Н.М.

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ Резюме,

Ушбу мақолада балалар юқумли касалликлари орасида энг жиддий муаммолардан бири - ўткир ичак инфекциялари ҳақида сўз боради. Даволаш масалалари батафсил кўриб чиқилган - регидратация, антибактериал терапия, ёрдамчи терапия. Юқумли диарея билан оғриган болаларнинг диетаси бўйича тавсиялар берилган.

Калит сўзлар: ўткир ичак инфекциялари, диарея, регидратация, антибактериал терапия.

TREATMENT OF ACUTE INTESTINAL INFECTIONS IN CHILDREN

Tolipov M., Kuchkarova M., Yuldashev Y., Mamarizayev E., Valieva N.

Andijan State Medical Institute.

✓ Resume,

The article is devoted to one of the most serious problems in pediatrics - acute intestinal infections. The treatment issues are considered in detail - rehydration, antibacterial therapy, auxiliary therapy. Recommendations are given on the diet of children with infectious diarrhea.

Key words: acute intestinal infections, diarrhea, rehydration, antibacterial therapy.

Актуальность

Широкая распространенность кишечных инфекций среди детей вызвана высокой контагиозностью и распространенностью возбудителей, их устойчивостью к воздействию факторов внешней среды, возрастными особенностями строения и функционирования пищеварительной системы, функциональным несовершенством защитных механизмов, а также в не-

достаточной степени привитыми и закрепленными навыками гигиены.

При тяжелых формах кишечных токсикозов у детей возможно развитие отека легких, острой почечной и острой сердечной недостаточности. В мире ежегодно регистрируется примерно 2 млн летальных исходов от острых кишечных инфекций, преимущественно среди детей до 5 лет.

Проблему острых кишечных инфекций (ОКИ) не без основания можно считать одной из самых острых