

рее о необходимости увеличения выборки, чем об отсутствии влияния на них терапии с использованием препаратов типа ардуана. Лечение ардуаном не влияло существенно на активность ХЭ плазмы и основные биохимические показатели крови. Смягчение проявлений НМП под влиянием конкурентных миорелаксантов свидетельствует о том, что нервно-мышечные расстройства, вызываемые ФОИ, связаны с их холиномиметическим эффектом — развитием стойкого деполяризационного блока, длительное существование которого приводит к значительному (вплоть до некроза) повреждению нервно-мышечной пластинки. Перспективы изучения проблемы связаны с дальнейшим накоплением фактического материала, отработкой оптимальных дозировок и схем применения этих препаратов.

**Н.А. Низовка, Л.А. Суранова, Н.Н. Страмбовская**

## **КОГНИТИВНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ**

*ГОУ ВПО «Бурятский государственный университет» (Улан-Удэ)*

*МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. В.В. Ангапова» (Улан-Удэ)*

### **АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ**

Нарушения высших психических функций оказывают существенное влияние на ход восстановительного процесса и могут являться серьезным препятствием в реабилитации лиц, перенесших мозговую инсульт. Когнитивный и познавательный дефицит осложняет также личную, семейную жизнь пациента и адаптацию его к окружающей среде после выписки из стационара, препятствует восстановлению профессиональных навыков. Проблема дисфункции высших психических сфер у больных с острым нарушением мозгового кровообращения ещё недостаточно изучена, но является одной из ведущих в плане последующих реабилитационных мероприятий, а также определения прогноза восстановления нейропсихических нарушений и отдаленных последствий (Думалин И.В., 2002)

### **ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Целью работы явилась оценка уровня когнитивных расстройств у больных ОНМК в остром периоде в зависимости от пола, объёма очага поражения. Из исследования были исключены пациенты с нарушением сознания и речевыми расстройствами.

### **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

Под наблюдением находились 23 пациента: 9 мужчин (39,1 %) и 14 женщин (60,9 %), средний возраст которых составил  $63,2 \pm 12,5$  (42 – 84 года), находившихся в неврологическом отделении БСМП в период с ноября 2007 г. по март 2008 г. с диагнозом: ОНМК. Для определения состояния сознания была использована шкала Глазго. Степень выраженности когнитивных нарушений оценивалась на 10-е и 21-е сутки от начала заболевания. Для этой цели были использованы следующие тесты: «Информация, память, концентрация внимания» (Blessed G., 1968; Wade D., 2000), тест рисования часов (Watson Y.L., 1993; Suhr J.A., 1999), скрининг-тест неврологического института Барроу для оценки высших корковых функций (Denvall V., 2002).

### **РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ**

При оценке сознания (шкала Глазго) у пациентов в день поступления и на 10-е сутки отмечался минимальный его дефицит, в интерпретации «сознание ясное», и составлял в баллах  $14,8 \pm 0,13$  в 1-й день и  $14,9 \pm 0,04$  балла — на 10-й день болезни. При оценке когнитивных расстройств с помощью теста «Информация, память, концентрация внимания» на 10-й день болезни в общей группе выявлено снижение исследуемых функций ( $21,1 \pm 2,1$  балл) с восстановлением к концу острого периода ( $29,8 \pm 1,7$  балла) (N). В разнополых группах выявлено уменьшение когнитивного дефицита у мужчин на 10-й ( $23,7 \pm 2,6$  балл) и на 21-й день болезни ( $27,1 \pm 2,06$  балла) в сравнении с женщинами: ( $29,4 \pm 1,54$  балла на 10-й день и  $31,6 \pm 1,4$  балла на 21-й день). Отмечено, что при тестировании пациентов с объёмом очага менее  $20 \text{ см}^3$  отмечались более выраженные когнитивные нарушения (10-й день заболевания —  $25,3 \pm 2,7$  балла, 21-й день —  $27,9 \pm 2,1$  балла), чем у больных с объёмом очага более  $20 \text{ см}^3$  ( $28,5 \pm 1,5$  балла на 10-й день и  $31,3 \pm 1,3$  балла на 21-й день).

Результат теста рисования часов (обнаруживает зрительно-пространственные нарушения, что указывает на поражение базальных ганглиев, участвующих в формировании пространственных представлений) на 10-й день болезни в общей группе составил  $3,8 \pm 0,56$  балла, на 21-й день —  $3,1 \pm 0,54$  балла, у мужчин в динамике: на 10 день —  $4,9 \pm 0,5$  балла, на 21-й день —  $4,4 \pm 0,54$  балла, у женщин —  $3,0 \pm 0,56$  балла и  $2,2 \pm 0,46$  соответственно ( $p \leq 0,05$ ). При проведении данного теста в подгруппе с объёмом

очага от 0 до 20 см<sup>3</sup> на 10-й день болезни отмечены удовлетворительные показатели (4,0 ± 0,6 балла), на 21-й день — 3,5 ± 0,6 балла, а у пациентов с объёмом очага более 20 см<sup>3</sup> — 3,6 ± 0,5 и 2,8 ± 0,5 балла на 10-й и 21-й день соответственно.

Результат скрининг-теста неврологического института Барроу для оценки высших корковых функций на 10-й день болезни составил 37,0 ± 2,51 балла, на 21-й день — 39,1 ± 1,95 балла в общей группе, у мужчин на 10-й день — 31,0 ± 3,25 балла, на 21-й день — 34,8 ± 2,43 балла, у женщин — 40,9 ± 1,4 и 41,8 ± 1,4 балла на 10-й и 21-й день соответственно, из максимально возможных 50. При тестировании пациентов с объёмом очага менее 20 см<sup>3</sup> на 10-й день отмечены удовлетворительные результаты (34,4 ± 3,4 балл) с улучшением на 21-й день заболевания (37,4 ± 2,6 балл), у пациентов, с объёмом очага более 20 см<sup>3</sup>, как ни парадоксально, отмечался лучший результат — 39,0 ± 1,4 и 40,4 ± 1,4 балла соответственно.

#### ВЫВОДЫ:

1. Таким образом, у пациентов с ОНМК в остром периоде были выявлены когнитивные нарушения (замедленность мышления, нарушения произвольного внимания) от умеренных до значительных
2. У пациентов с объёмом очага более 20 см<sup>3</sup> выражены неврологические расстройства, но когнитивные функции у них остаются на достаточно высоком уровне, что предполагает зависимость степени когнитивных расстройств не от объёма очага, а от локализации инфаркта мозга (Яхно Н.Н., Захаров В.В., 1997, 2005).
3. У мужчин, больных ОНМК, в остром периоде заболевания когнитивная дисфункция более выражена, чем у женщин, что, вероятно, связано с малой выборкой и требует дополнительного изучения.

**М.П. Николаев, В.В. Иванов**

### ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СУХОГО ЭКСТРАКТА САБЕЛЬНИКА БОЛОТНОГО В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ТРАНСУРЕТРАЛЬНУЮ РЕЗЕКЦИЮ ПРОСТАТЫ ПО ПОВОДУ АДЕНОМЫ

*МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи  
им. В.В. Ангапова» (Улан-Удэ)*

#### ВВЕДЕНИЕ

Среди различных методов лечения аденомы простаты трансуретральная резекция (ТУР) занимает ведущее место, что связано с ее малой травматичностью и высокой эффективностью. ТУР простаты во всем мире является «золотым стандартом» в лечении аденомы предстательной железы II стадии (Лопаткин Н.А., 1995).

В клинической практике самыми частыми осложнениями после ТУР предстательной железы являются гематурия и воспалительные осложнения в раннем и отдаленном послеоперационном периоде. В комплексном лечении после ТУР простаты наряду с современными антибактериальными и гемостатическими препаратами хорошо проявили себя препараты растительного происхождения, такие, как отвар крапивы и толокнянки. Вызывает интерес использование сухого экстракта сабельника болотного, обладающего иммуномодулирующим, противовоспалительным, гемостатическим, антибактериальным, диуретическим, гипоазотемическим и антиоксидантным фармакологическими свойствами; применяемого в традиционной тибетской, народной и современной медицине как эффективный лекарственный препарат при комплексном лечении воспалительных заболеваний кожи, суставов и почек (Попова Н.А., 2007).

**Цель исследования:** определение эффективности использования сухого экстракта сабельника болотного в комплексном лечении пациентов в послеоперационном периоде после ТУР простаты.

#### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании принимали участие 48 пациентов, из них 18 пациентам ТУР простаты был выполнен как второй этап операции после первичной эпицистостомии. Средний возраст больных составил 64 ± 2,8 года.

Все пациенты методом рандомизации были разделены на 3 группы. Первая группа — 18 больных, которые, кроме стандартной антибактериальной и гемостатической терапии, получали в послеоперационном периоде сухой экстракт сабельника болотного в виде водного настоя в течение 28 дней. Вторая группа — 16 пациентов, которые принимали препарат сравнения — водный настой листьев крапивы двудомной. Третья группа — 14 больных — являлась контрольной, пациенты получали только стандартное лечение — антибиотики и гемостатики в раннем послеоперационном периоде.