

**ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ДОРОГОСТОЯЩЕЙ
(ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ) МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ ЖИТЕЛЯМ ЮЖНОГО И СЕВЕРО-
КАВКАЗСКОГО ФЕДЕРАЛЬНЫХ ОКРУГОВ**

Н. Г. КАРНЫШЕВА, Е. С. БЕРЕЖНАЯ,
Е. А. МАКСИМКИНА, С. А. ПАРФЕЙНИКОВ

Изучены особенности оказания высокотехнологичной медицинской помощи населению Южного и Северо-Кавказского федеральных округов.

Использованы нормативно-правовая документация по регулированию оказания ВМП в РФ, данные статистики и внутренней отчетности МЗ Ростовской области.

Установлено, что большая часть высокотехнологичной медицинской помощи оказывается в гг. Москве и Санкт-Петербурге. В регионах отмечается тенденция к росту числа медицинских учреждений, оказывающих по государственному заданию ВМП жителям отдаленных субъектов РФ. Жителям ЮФО и СКФО такую помощь оказывают 10 федеральных медицинских центров по 22 профилям ВМП, лидируют из них сердечно-сосудистая хирургия, травматология и ортопедия, урология. Выявлена низкая степень освоения финансовых средств, выделенных на ЛС, что требует оптимизации назначений лекарственных схем, особенно в хирургическом, урологическом, неврологическом и других отделениях центров.

Ключевые слова: высокотехнологичная медицинская помощь, лекарственные средства, федеральный бюджет, медицинский центр, стационар, ЮФО и СКФО

**PROVIDING OF EXPENSIVE (HIGH-TECH)
MEDICAL CARE IN THE SOUTH
AND NORTH-CAUCASIAN
FEDERAL DISTRICTS**

KARNYSHEVA N. G., BEREZHNYAYA E. S.,
MAKSIMKIN E. A., PARFEYNIKOV S. A.

The purpose of this study was to study the fragment features provide a high-tech medical aid of the South and the North Caucasus federal district. Materials research were: legal documents to regulate the provision of VMP in the Russian Federation, statistics and internal reporting MH Rostov region. Methods: In comparison, analogies, idealizations, statistical methods, methods of economic analysis. Established that most of the high-tech medical care is in the cities. Moscow and St. Petersburg. However, in regions of the tendency of growth of health care providers on the state task VMP to remote Russian regions. Residents of the SFD and SKFO such assistance is provided by 10 federal medical centers and 22 profiles of VMP, the leaders of these cardiovascular surgery, traumatology and orthopedics, urology. Revealed a low level of development funds allocated to the drug, which requires optimization of prescribing patterns, particularly in the surgical, urological, neurological and other offices of medical centers.

Key words: high-tech medical care, drugs, federal budget, the medical center, hospital, SFD and SKFO

© С. Г. Беседин, Л. М. Бабина, 2011
УДК 613.95:615.847:616.831-009.11

**СИНУСОИДАЛЬНЫЕ МОДУЛИРОВАННЫЕ ТОКИ
В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ
С ЛИКВОРОДИНАМИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ**

С. Г. Беседин², Л. М. Бабина¹

¹ Пятигорский государственный НИИ курортологии

² Краевая детская клиническая больница, Ставрополь

Детский церебральный паралич (ДЦП) – полиэтиологическое заболевание головного мозга, которое может возникнуть в период внутриутробного его формирования, в период родов, новорожденности и проявляется в неспособности сохранять нормальную позу и выполнять произвольные движения [4]. Частота распространения детского церебрального паралича в разных регионах России составляет от 2,5-5,6 до 8,9 на 1000 детского населения [3]. Известно, что у 76 % новорожденных имеет место перинатальная энцефалопатия разного генеза, это у 24 % из них приводит к развитию глубоких церебральных нарушений [1,2], в частности, внутричерепной

гипертензии, судорог, параличей, что и лежит в основе формирования ДЦП.

Структурные нарушения в мозге новорожденного в большей мере определяют дальнейшее развитие ребенка под влиянием внешних факторов окружающей среды. В управлении постуральными реакциями и регуляции моторной функции важная роль принадлежит сегментарным, стволовым и подкорковым структурам. По мере нервно-психического развития нередуцированные патологические позно-тонические автоматизмы возникают не только как следствие структурной недостаточности стволовых и подкорковых структур, но и как проявление нарушения праксиса, рефлекторнозакрепленного в виде устойчивого патологического двигательного стереотипа и приводят к формированию костно-суставных деформаций и контрактур [3, 4].

Особого внимания заслуживают больные с наличием гипертензионно-гидроцефального синдрома, у которых нередко возникают ликворные кризы, в некоторых случаях при прогрессировании гидроцефалии

Беседин Сергей Генрихович, врач-невролог Краевой детской больницы, Ставрополь, тел.: (8652) 357041.

Бабина Лилия Михайловна, главный научный сотрудник научного отдела восстановительной психоневрологии Пятигорского государственного НИИ курортологии, тел.: (8793) 337271.

прибегают к вентрикулоперитонеальному шунтированию. Возможности курортного лечения этих больных крайне ограничены и даже спорны. В настоящей работе мы попытаемся ответить на данный вопрос.

Цель: изучить возможность лечения физическими факторами детей с ДЦП и ликвородинамическими нарушениями.

Материал и методы. На базе психоневрологического отделения детской краевой клинической больницы обследовано 60 детей с ДЦП, из них 21 – со спастической диплегией, с атонически-астатической формой 14, с гемипаретической – 10, гиперкинетической – 8 и с двойной гемиплегией – 7 детей. Всем детям проводилось клиническое обследование, электроэнцефалография (ЭЭГ), нейросонография, компьютерная томография или магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга. Трое детей из числа больных диплегией и двое с атонически-астатической формой перенесли вентрикулоперитонеальное шунтирование. Лечебный комплекс включал прием диакарба в дозе 30 мг/кг по схеме (3 дня прием утром натощак и 2 дня отдых) и аспаркам по $\frac{1}{2}$ т. 3 раза в день в течение всего периода приема диакарба. Дети получали массаж, лечебную физкультуру (ЛФК), с костюмом «Адели» и «Гравистат», занятия с логопедом, терапию синусоидальными модулированными токами (СМТ-терапию) на поясничный отдел и тыл стоп: III–IV род работы, частота модуляции 30 Гц, глубина модуляций 75 %, продолжительность процедуры 5–10 минут в зависимости от возраста, на курс 8–10 процедур.

Результаты и обсуждение. Отмечена положительная динамика как общего состояния, так и по отдельным клиническим признакам. Прежде всего, это касалось развития установочных рефлексов, являющихся фундаментом формирования правильного двигательного стереотипа. Симметричный цепной установочный рефлекс после лечения был полностью развит у 21 (35,0 %) ребенка; до лечения он был только у 12, дети хорошо удерживали голову в вертикальном положении; еще 37 (61,7 %) стали более длительное время удерживать голову и только 2 детей по-прежнему не могли её удерживать – она все время свисала на грудь (табл. 1).

Таблица 1

Динамика фазы развития шейного симметричного установочного рефлекса

Признак	До лечения		После лечения	
	абс.	%	Количество	Процент
I фаза – не удерживали голову	14	23,3	2	3,3*
II фаза – попытка к удержанию	15	25,0	7	11,7*
III фаза – удерживает голову короткое время	21	35,1	30	50,0*
IV фаза – хорошо держит голову	10	16,7	21	35,0*

Примечание: * означает $P < 0,05$ (критерий χ^2).

Полностью оказался сформированным лабиринтный установочный рефлекс у 14 (23,4 %) вместо 5 до лечения; появилась тенденция к его формированию у 33 (55,0 %), ранее это имело место у 20 детей.

Развитие установочного лабиринтного рефлекса обеспечило возможность стояния и ходьбы. Из 24 больных, которые самостоятельно не могли сидеть, 9 стали сидеть без опоры, 9 детей из 40 стали стоять без поддержки; передвигаться с посторонней помощью смогли 25 детей вместо 15, научились ходить самостоятельно 5 детей. Мышечный тонус у 14 из 28 (50,0 %) детей со спастическими формами снизился; из 14 больных с атонически-астатической формой мышечный тонус не-

сколько повысился только у 3-х больных; у детей с гиперкинезами мышечный тонус не изменился.

Снижение мышечного тонуса способствовало увеличению объема движений в суставах: тазобедренных в пределах 10–15 градусов, голеностопных в пределах 5–12 градусов. Мышечная сила увеличилась в паретичных конечностях в среднем на 1–2 балла.

Уменьшилось в 3 раза количество детей с мышечной силой в 3 балла и соответственно увеличилось с силой в 4 балла у 12 и с силой 5 баллов – у 6 детей. Высота сухожильных рефлексов снизилась у 14 из 28 (50,0 %), сохранилась у 6 из 14 детей, у них улучшилась походка и выполнение пальценосовой пробы. Менее выраженными стали гиперкинезы хореоформного типа у 2 из 9 детей, атетоидные гиперкинезы остались без изменений. Положительные сдвиги констатированы и со стороны речевой функции: уменьшились проявления дизартрии у 14 из 36 детей (38,8 %), речь стала более понятной, менее спастичной. Среди 19 больных с моторной алалией четверо стали произносить отдельные слова. Отмечено также улучшение психической функции у 24 из 54 (44,4 %) детей, у них увеличился запас сведений и умений. Следует особенно отметить, что в процессе лечения ни у одного больного не было обострения гидроцефальных проявлений.

У части детей (32 человека) была проведена МРТ, у остальных она была выполнена ранее (не более месяца тому назад). У всех 5 детей, перенесших вентрикулоперитонеальное шунтирование, отмечена положительная динамика – уменьшились размеры передних рогов боковых желудочков (рис.), гипертензионная гидроцефалия трансформировалась в атрофическую у 12 из 32 больных (37,5 %). Фестончатость мозолистого тела и перикалезных артерий уменьшилась у 11 из 24 больных (45,8 %). Отмечены также сужение боковых желудочков и остановка развития порэнцефалии на этапе порэнцефалического хода у 4 из 28 (14,3 %) детей.

Эхоэнцефалографические данные оказались более динамичными. Были определены следующие изменения: смещение срединных структур уменьшилось у 2 детей и у одного смещения не обнаружилось; ширина III желудочка достоверно уменьшилась с 9 до 7 мм у 18,4 % детей. Индекс мозгового плаща, средне-селлярный индекс имели тенденцию к уменьшению. Коэффициент пульсации достоверно снижался: пульсация в пределах 40–50 % отмечена у 38 (63,3 %) вместо 20 детей, пульсация в пределах 60–70 % сохранилась только у 2 вместо 10 больных.

Полученные результаты свидетельствовали о том, что у детей с гипертензионно-гидроцефальным синдромом в процессе лечения не только не было дальнейшего повышения внутричерепного давления, но и отмечалась тенденция к его снижению.

Обследование биоэлектрической активности мозга выявило некоторые позитивные изменения. Характер биопотенциалов на ЭЭГ не претерпел существенных изменений, отмечено лишь уменьшение числа больных с дизритмией (до 9 из 24). У 4 из 21 ребенка после лечения не регистрировалась эпилептическая активность.

Оценивая в динамике клинические и функциональные показатели, констатировано значительное улучшение состояния у 13 (21,7 %), улучшение у 38 (63,3 %) и незначительное улучшение – у 10 (16,7 %) больных. Анализ эффективности лечения с учетом форм заболевания показал (табл. 2), что только дети с диплегией и атонически-астатической формой заканчивали лечение со значительными улучшениями, соответственно (33,3 и 21,4 %); незначительное улучшение отмечено чаще среди детей с гиперкинетической формой и двойной гемиплегией.

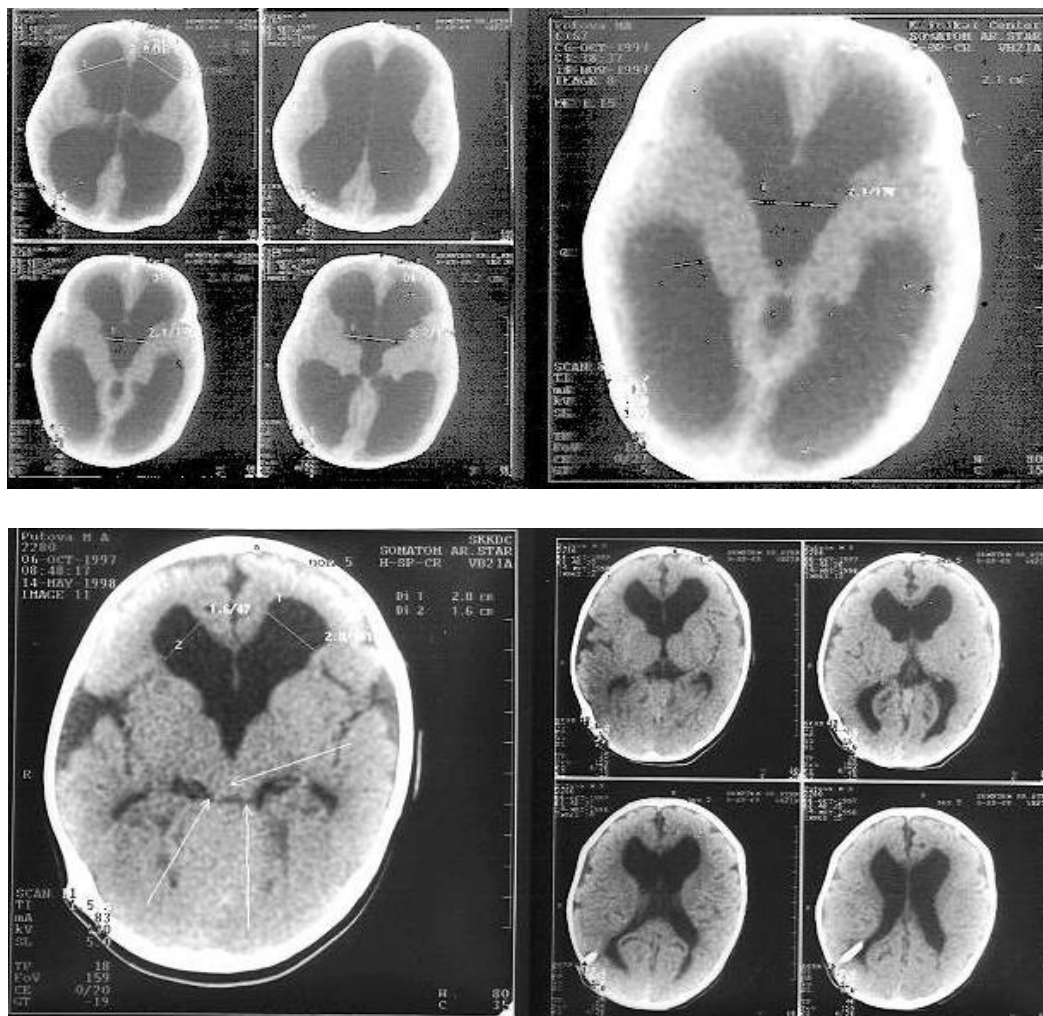


Рис. Ребенок П. со спастической диплегией и окклюзионной гидроцефалией.
Состояние до (А) и после (Б) операции ВПШ

Таблица 2
Результаты лечения в зависимости
от формы заболевания.

Форма	Кол-во больных	Значительное улучшение		Улучшение		Незначительное улучшение	
		абс	%	абс	%	абс.	%
Спастическая диплегия	21	7	33,3	13	61,9	1	4,8
Атонически-астатическая	14	3	21,4	10	71,4	1	7,1
Гемипаретическая	10	2	20,0	7	70,0	1	10,0
Гиперкинетическая	8	1	12,5	4	50,0	3	37,5
Двойная гемиплегия	7	0	0	4	57,1	3	42,9
Итого	60	13	21,7	38	63,3	9	15,3

Заключение. Таким образом, обследование больных в динамике лечения с использованием СМТ и ЛФК показало достаточно благоприятные результаты: подавляющее большинство больных закончили лечение со значительным улучшением состояния. Консервативная терапия повышенного ВЧД в ряде случаев остановила развитие порэнцефалии на этапе порэнцефалического хода. Применение костюма «Адели» и «Гравистат» способствовало улучшению двигательной

функции, особенно у детей с сохранным интеллектом. Улучшение в двигательной сфере сопровождалось позитивными сдвигами в психоречевой сфере. Нарастания внутричерепной гипертензии, расширения желудочковой системы, ликвородинамических кризов в процессе лечения не отмечалось.

Литература

1. Бадалян, Л.О. Детские церебральные параличи / Л.О. Бадалян, Л.Т. Журба, О.В. Тимонина. – Киев: Здоров'я, 1988. – 327 с.
2. Барашнев, Ю.И. «Перинатальная неврология» / Ю.И. Барашнев. – Москва: Триада-Х, 2001. – 251 с.
3. Семенова, К.А. Восстановительное лечение больных с резидуальной стадией детского церебрального паралича / К.А. Семенова. – Москва: «Антидор», 1999. – 383 с.
4. Скворцов, И. А. Развитие нервной системы у детей в норме и патологии / И. А. Скворцов, Н. А. Ермоленко. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 368 с.
5. Хачатрян, В.А. К вопросу дифференциальной диагностики и терапии у детей с перинатальной патологией, угрозой развития детского церебрального паралича / В.А. Хачатрян, С.Г. Беседин // Мат. 2 съезда РАСПМ «Перинатальная неврология». – М.: ВУНМЦ, 1997. – С. 143.

СИНУСОИДАЛЬНЫЕ МОДУЛИРОВАННЫЕ ТОКИ В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ С ЛИКВОРОДИНАМИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

С. Г. БЕСЕДИН, Л. М. БАБИНА

На базе психоневрологического отделения детской краевой клинической больницы обследовано и пролечено 60 детей с ДЦП.

Лечебный комплекс включал прием диакарба и аспаркама, массаж, ЛФК с костюмом «Адели» и «Гравистат», занятия с логопедом и СМТ-терапию на поясничный отдел и тыл стоп.

Подавляющее большинство больных закончили лечение с значительным улучшением состояния. Применение костюма «Адели» и «Гравистат» способствовало улучшению двигательной функции, особенно у детей с сохранным интеллектом. Улучшение в двигательной сфере сопровождалось позитивными сдвигами в психоречевой сфере.

Ключевые слова: детский церебральный паралич, синусоидальные модулированные токи, ликвородинамические нарушения

SINUSOIDAL MODULATED CURRENTS IN THE THERAPY OF INFANTILE CEREBRAL PARALYSIS WITH LIQUORODYNAMIC DISTURBANCES

BESEDIN S. G., BABINA L. M.

60 children with infantile cerebral paralysis were surveyed and treated in psychoneurological department of the Children's Regional Hospital.

The medical complex included reception of Diacarb and asparcam, massage, physiotherapy exercises with the suit of «Adeli» and «Gravistat», lessons with the logopedist and the sinusoidal modulated currents on the lumbar spine and dorsum of foot.

The overwhelming majority of patients have finished treatment with significant improvement of condition. Application of the suit of «Adeli» and «Gravistat» promoted improvement of motor function, especially at children with safe intelligence. Improvement in motor sphere was accompanied by positive shifts in psycho-speech sphere.

Key words: infantile cerebral paralysis, the sinusoidal modulated currents, liquorodynamic disturbances

© Л. Н. Шведунова, Т. В. Ходова, 2011
УДК 616 – 001. 28/. 29 – 053. 2 – 085. 838. 97

ОПТИМИЗАЦИЯ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ

Л. Н. Шведунова¹, Т. В. Ходова²¹ Пятигорский государственный НИИ курортологии² Детский санаторий имени Н. К. Крупской, Железноводск

Для детей, живущих в условиях повышенного радиационного фона, характерно наличие функциональных отклонений в сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, нервной системах и в психоэмоциональной сфере, что соответствует синдрому экологической дезадаптации [1].

Предварительными исследованиями, проведенными в Пятигорском НИИ курортологии, выявлена недостаточность эффекта традиционных схем внутреннего приема маломинерализованных минеральных вод у детей, проживающих на экологически неблагоприятных территориях. В основе этого факта, вероятно, лежит недостаточность адаптивной реакции гормональной системы на отдельные природные факторы [6, 7]. Поскольку разные дозировки минеральных вод вызывают различные по силе и про-

должительности ответные реакции, целесообразно усиление их действия путем увеличения питьевой дозы. Исходя из этого, была разработана методика внутреннего приема двойного объема маломинерализованной минеральной воды в комплексе курортного лечения [8].

В то же время установлена зависимость терапевтического и профилактического эффектов минеральных вод от степени активации гормональных систем, что позволило сделать предположение о целесообразности приема минеральных вод в вечерние часы, когда активность систем резко снижена, вследствие чего повышена чувствительность. На основании этого разработана методика четырехкратного внутреннего приема маломинерализованной минеральной воды [2, 3, 4].

Кроме того, имеются данные об эффективности применения в этой группе больных биологически активного вещества Супер Хлорофилл Концентрат, включающего комплекс поливитаминов и обладающего репаративным, бактерицидным, детоксицирующим, противовоспалительным действием, а также способностью повышать неспецифическую резистентность организма, функцию щитовидной железы [5].

Шведунова Лариса Николаевна, доктор медицинских наук, старший научный сотрудник Пятигорского ГНИИ курортологии; тел.: (88793) 337249; e-mail: mail@gniik.ru.

Ходова Тамара Викторовна, кандидат медицинских наук, главный врач детского санатория имени Н. К. Крупской, г. Железноводск, тел.: (87932) 42516, 89289631963; e-mail: krypsk@zhel.stv.ru.