

Presented are the preliminary results of questionnaires of the relatives of 281 children aged from 0 to 7 years by means of the computer technology and the system «Edifar» gave possibility for the forming of the groups of risk in dependence on disease of the organs of breathing in the children of preschool and junior preschool age. It was shown that the way of the life of the family, ecology of environment where a child lives, heredity influence on health of children's population in Irkutsk are important. With help of the technology «Edifar» is possible to know and estimate knowledge, opinion, motivation of the population, including such aspects: level and quality of life and population's attitude to social and ecological troubles in Irkutsk-city.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Альбицкий В.Ю., Баранов А.А.* Часто болеющие дети. Клинико-социальные аспекты. Пути оздоровления. – Саратовский университет, 1986. – 183с.
2. *Грачева А.Г.* Резервы профилактической педиатрии в современных условиях. // Российский педиатрический журнал. – 1998. – № 5. – С.47-50.
3. *Дартау Л.А., Захаров В.Н.* Медико-социальные аспекты мониторинга здоровья населения. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 1999. – № 3. – С.10-14.
4. *Дартау Л.А.* Теоретические аспекты управления здоровьем и возможности его реализации в условиях Российской Федерации. // Проблемы управления. – 2003. – №2. – С.43-52.
5. Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика. Научно-практическая программа Союза педиатров России. – М.: Международный фонд охраны здоровья матери и ребенка, 2002. – 69 с.
6. Руководство по применению компьютерной технологии «ЭДИФАР» для собеседования с населением в учреждениях первичной медицинской помощи (поликлиниках). / Сост. Л.А. Дартау. – М.: 24_Printservice, 2002. – 75 с.
7. *Учайкин В.Ф.* Острые респираторные заболевания (ОРЗ) у детей. // Детский доктор. – 1999. – № 1. – С.33.

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

© БЫКОВ Ю.Н., НИКОЛАЙЧУК С.В., БРЕЕВА Н.Г., ЧЕРНЫХ М.А., АВЕТИСЯН М.Д. –

ЦИТОФЛАВИН В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЗГА

Ю.Н. Быков, С.В. Николайчук, Н.Г. Бреева, М.А. Черных, М.Д. Аветисян

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. А.А. Майборода, кафедра нервных болезней, зав. – д.м.н., проф. В.И. Окладников; клиники ГОУ ВПО ИГМУ МЗ РФ, неврологическое отделение, зав. – Н.Г. Бреева, офтальмологическое отделение, зав. – М.А. Черных)

Резюме. В статье представлены результаты проведенной клинической апробации препарата цитофлавин у больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения. Средство назначалось в восстановительном периоде церебрального инсульта и при транзиторных ишемических атаках. Эффективность терапии оценивалась с помощью компьютерной диагностики сенсомоторных процессов, шкал депрессии и тревоги. Отмечено положительное влияние на процесс восстановления двигательных функций. В ходе исследования не выявлено антидепрессивного и анксиолитического действия.

Ключевые слова. Инсульт, реабилитация, цитофлавин.

Повышение эффективности реабилитации больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения остается одной из самых актуальных задач современной ангионеврологии. Это связано с большой распространенностью цереброваскулярной патологии, высокой степенью инвалидизации и летальности больных, неоднозначностью подходов к выбору лечебной тактики. По материалам ВОЗ частота инсультов колеблется от 1,5 до 7,4 на 1000 населения [4,5,6]. Сосудистые поражения мозга в настоящее время выдвинулись в число ведущих причин смертности населения, составляя в ее структуре около 14% [8]. Факторами, способствующими развитию сосудистых заболеваний сердца и мозга, являются условия современной жизни, прежде всего экологическое неблагополучие, урбанизация и автоматизация, нервное перенапряжение, недостаточная дви-

гательная активность, сахарный диабет, особенности современного питания, повышенное потребление алкоголя, отсутствие радикальных средств и методов борьбы с атеросклерозом и гипертонической болезнью. В России регистрируются более 450000 инсультов ежегодно, это заболевание занимает второе место в структуре общей смертности после кардиоваскулярных заболеваний и первое место, как причина стойкой утраты трудоспособности [2]. Летальность в остром периоде инсульта достигает 30-35% и увеличивается на 12-15% к концу первого года после инсульта [3]. В целом, мозговой инсульт у половины больных наступает в возрасте до 60 лет, т.е. поражает людей еще полных сил и возможностей. Большинство же оставшихся в живых становятся инвалидами (к труду возвращаются не более 20% больных) и требуется длительное реабилитацион-

ное лечение, а нередко и посторонний уход. Таким образом, решение проблемы цереброваскулярных заболеваний, их профилактика, лечение и трудовая реабилитация представляется задачей как медицинской, так и медико-социальной, имеющей значение для государства и его экономики.

Клиническая картина церебрального ишемического инсульта складывается из двигательных, чувствительных, координаторных и речевых нарушений. Большинство из названных синдромов представляют собой расстройства деятельности сенсомоторного комплекса и проявляются нарушениями двигательной активности. Во всех названных случаях имеется расстройство как сенсорного, так и моторного компонента функциональной системы «произвольное движение» [7].

Целью нашей работы явилось изучение эффективности комплексного медикаментозного лечения, включающего препарат цитофлавин, в реабилитации больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения. Исследовались сенсомоторные процессы, уровень тревоги и депрессии у больных с острой цереброваскулярной патологией на фоне лечения цитофлавином.

Материал и методы

В исследование было включено 20 больных с сосудистой патологией головного мозга (ишемический инсульт был у 2, транзиторные ишемические атаки — у 17, геморрагический инсульт — у 1), из них было 9 мужчин и 11 женщин в возрасте от 34 до 71 года. Основную группу составили 10 человек, у которых в комплекс лечения был включен цитофлавин. Группу сравнения составили 10 больных с транзиторными ишемическими атаками, не получавшие цитофлавин. В исследование не включались лица с клиническими проявлениями эпилепсии или с наличием пароксизмальной эпилептической активности на электроэнцефалограмме.

Обследование больных предусматривало подробный опрос больного, детальный клинический неврологический осмотр и функциональные методы исследования нервной системы.

Функциональный анализ сенсомоторных процессов осуществлялся с помощью компьютерной системы регистрации и обработки циклических движений, в частности теппинга. Теппинг (постукивание, похлопывание) представляет собой синергию удара кистью или стопой. Он объединяет психофизиологический, биомеханический и нейрофизиологический компоненты движения и является выражением интегративной деятельности головного мозга [1,7]. Нами создана прикладная компьютерная программа, позволяющая регистрировать теппинг кисти в виде удара по клавише компьютера и проводить последующую обработку частотных характеристик циклических движений. Использовались следующие режимы регистрации циклических движений: 1) спонтанный ритм; 2) теппинг в момент звуковой стимуляции; 3) отсроченное воспроизведение звуковой стимул-программы; 4) теппинг в момент световой стимуляции; 5) отсроченное воспроизведение световой стимул-программы; 6) теппинг в момент светозвуковой стимуляции; 7) отсроченное воспроизведение светозвуковой стимул-программы.

Для оценки уровня тревожности использовалась шкала самооценки тревоги Цунга [9], исследование

уровня депрессии осуществлялось с помощью шкалы самооценки депрессии Цунга [10].

Реабилитационный комплекс лечения у 7 больных с транзиторными ишемическими атаками и у 3 — с инсультами включал ежедневные внутривенные инфузии 10,0 мл цитофлавина в 200,0 мл 0,9 % раствора натрия хлорида. Цитофлавин является комплексным препаратом, содержащим янтарную кислоту - 100 мг, никотинамид - 10 мг, рибоксин - 20 мг, рибофлавин - 2 мг. На курс назначалось 10-12 инфузий. Основными фармакодинамическими эффектами цитофлавина являются — антигипоксическое и антиоксидантное действия, положительное влияние на процессы энергообеспечения, уменьшение продукции свободных радикалов, повышение активности ферментов антиоксидантной защиты, снижение выброса нейротрансмиттеров в условиях ишемии. Кроме цитофлавина больные получали дегидратирующую, антигипертензивную терапию по показаниям. Назначались физиопроцедуры, массаж и лечебная физкультура. Больные исследовались дважды: до и после комплексного лечения.

Результаты и обсуждение

В результате динамического наблюдения больных были получены следующие данные.

У больных с цереброваскулярной патологией на этапе до лечения цитофлавином выявлены статистически значимые различия частоты теппинга в спонтанном режиме и режимах после проведения стимуляции внешними звуковыми и световыми импульсами ($p < 0,05$). После лечения цитофлавином у всех 10 больных не выявлено статистически значимых различий частоты теппинга в спонтанном режиме и режимах после проведения стимуляции внешними импульсами ($p > 0,4$), что свидетельствует о повышении точности выполнения циклических движений.

При оценке депрессии в динамике не обнаружено статистически значимых различий ($45,5 \pm 2,34$ и $50,5 \pm 1,42$; $p > 0,5$). При оценке тревоги также не отмечено статистически значимой динамики ($43,25 \pm 3,7$ и $49,5 \pm 2,91$; $p > 0,5$). Полученные данные свидетельствуют об отсутствии антидепрессивного и анксиолитического действия цитофлавина.

Эффективность лечения с использованием цитофлавина демонстрирует следующий пример.

Клиническое наблюдение 1.

Больной З., 58 лет поступил в клинику нервных болезней ГОУ ВПО ИГМУ МЗ РФ 1.11.2004 г. (история болезни № 1464). DS: Повторный малый ишемический инсульт в вертебрально-базилярной системе (29.10.2004); Гипертоническая болезнь III стадии, риск IV; Церебральный атеросклероз; Ишемический инсульт в анамнезе, 1994 г; Сахарный диабет II типа; Левосторонняя гемигипестезия; Выраженные вестибуло-координаторные нарушения. При поступлении предъявлял жалобы на онемение и неловкость в левой кисти и левой стопе, эпизоды повышения АД до 220/140 мм рт. ст., сопровождающиеся головной болью, головокружением системного характера. В анамнезе в 1994 году перенес ишемический инсульт в ВБС. Настоящая госпитализация связана с тем, что за два дня до госпитализации на фоне повышения АД до 200/130 мм рт. ст. появилась головная боль, затем неловкость и онемение в левой кисти и стопе. Была вызвана бригада скорой медицинской помощи, купировано повышение АД, однако ощущения в левых конечностях сохранились. Больной госпитализирован в клинику нервных болезней для проведения обследования и лечения. В неврологическом статусе выявлено по-

ражение лицевого нерва слева по центральному типу, нистагм, дисметрия, адиадохокинез в левых конечностях, явления мышечной гипотонии, анизорефлексия сухожильных рефлексов с повышением слева, тыльная флексия большого пальца слева на стопе при исследовании рефлекса Бабинского. ЭЭГ: Умеренные общемозговые изменения ирритативного характера, дисфункция верхнестволовых структур, усиление активирующих десинхронизирующих влияний ствола мозга. Окулист: Гипертоническая ангиопатия сетчатки.

Больному проведено лечение: цитофлавин 10,0 в/в капельно на 200 мл физиологического раствора №10, пирacetам 20% - 5,0 в/м №10, арифон 1,5 мг, эгилок 50 мг 2 раза сутки, сияфор 500 мг 2 раза в сутки.

У больного была проведена компьютерная диагностика сенсомоторных процессов в 7 вышеуказанных режимах регистрации до и после лечения (табл. 1).

клонностью к повторным транзиторным ишемическим атакам в вертебрально-базиллярной системе (июль, август 2004); Гипертоническая болезнь III стадии, риск IV; Церебральный атеросклероз; Выраженные вестибуло-координаторные нарушения. При первичном обращении предъявляла жалобы на неустойчивость при ходьбе, пошатывание в стороны, головокружение, повышение АД до 190/120 мм рт. ст., сопровождающееся головной болью. В анамнезе в июле и августе 2004 года перенесла состояния с резким головокружением системного характера, в это время резко нарушалась походка, появлялась неловкость в руках. Эпизоды интенсивного головокружения длились по 4-6 часов, больная самостоятельно принимала циннаризин. При осмотре на амбулаторном приеме через неделю после последнего острого сосудистого эпизода выявляется нистагм, сглаженность носогубной складки справа, элементы адиадохокинеза в обеих руках, анизорефлексия сухожильных

Таблица 1

Динамика частоты циклических движений кистью в Гц у больного З. (M±m)

	1	2	3	4	5	6	7
До лечения	1,4±0 n=20	1,19±0,09* n=20	1,12±0,11*** n=21	1,06±0,12*** n=15	1,07±0,1*** n=24	1,32±0,09 n=21	1,26±0,08* n=27
После	1,78±0 n=27	1,84±0,12 n=27	1,89±0,09 n=36	1,91±0,11 n=31	2,05±0,12** n=32	2,0±0,1** n=33	2,1±0,1** n=31

Примечание: * - p<0,05; ** - p<0,01; *** p<0,001

Представленные данные наглядно демонстрируют отличие частоты спонтанного теппинга и теппинга в режимах внешней стимуляции с этой же частотой до лечения. После лечения частота спонтанного индивидуального теппинга и теппинга после стимуляции не отличаются в 3 из 7 режимов регистрации.

После проведенного курса лечения субъективно больной отметил значительное улучшение состояния: головные боли прошли, исчезло головокружение, прошло онемение и неловкость в левых конечностях. Результат лечения оценен как хороший положительный. Больной выписан с рекомендациями домой.

В группе из 10 больных, не получавших цитофлавин, до лечения имелось отличие частот теппинга в спонтанном и стимуляционных режимах светового, звукового и свето-звукового диапазонов (p<0,05). После проведения комплексного лечения, не включавшего цитофлавин, у двух больных частота спонтанного теппинга стала совпадать с частотой движений в режиме световой стимуляции (p>0,5). У 8 остальных больных частота спонтанного теппинга после лечения отличается от предъявляемой частоты стимуляции (p<0,05). Уровни тревожности (43,4±1,28 и 45,1±2,1; p>0,5) и депрессии (44,8±1,8 и 45,7±2,0; p>0,5) также не изменились.

Клиническое наблюдение 2.

Больная К., 70 лет наблюдалась в клинике нервных болезней ГОУ ВПО ИГМУ МЗ РФ в течение сентября 2004 г. DS: Дисциркуляторная энцефалопатия II стадии с на-

рефлексов с повышением в правых конечностях. Окулист: Гипертоническая ангиопатия сетчатки.

Больной рекомендован курс лечения: пирacetам 20% - 5,0 в/м №10, циннаризин 1 табл. 3 раза в день, престариум 4 мг, никотиновая кислота 1% - 1,0 №10, витамин Е 1 капс. 3 раза в день.

Проведена компьютерная диагностика сенсомоторных процессов до и после лечения.

Результаты таблицы 2 демонстрируют до лечения отличие частоты спонтанного теппинга от теппинга в режимах внешней стимуляции с этой же частотой. После лечения частота спонтанного индивидуального теппинга и теппинга после стимуляции также отличаются во всех режимах регистрации.

После проведенного курса лечения больная субъективно отметила изменение состояния: головных болей нет, головокружение несколько уменьшилось, однако, сохраняется пошатывание при ходьбе. Результат лечения оценен как положительный (удовлетворительный). Больной даны рекомендации по дальнейшему лечению в амбулаторных условиях.

В ходе проведенной клинической апробации отмечена хорошая переносимость цитофлавина. После курса внутривенных инфузий препарата отмечается уменьшение выраженности субъективных и объективных неврологических симптомов поражения головного мозга.

В результате проведенного исследования нами установлен положительный фармакодинамический эффект препарата цитофлавин на состояние сенсомоторных процессов у больных с острыми нарушениями моз-

Таблица 2

Динамика частоты циклических движений кистью в Гц у больной К. (M±m)

	1	2	3	4	5	6	7
До лечения	0,81±0 n=15	0,98±0,06* n=19	0,66±0,05** n=18	1,04±0,03** n=17	0,67±0,08** n=16	1,38±0,09** n=19	0,68±0,03** n=21
После	0,99±0 n=18	1,2±0,07** n=22	1,21±0,05** n=15	1,32±0,07** n=19	1,35±0,11** n=23	1,17±0,03** n=20	1,18±0,06** n=19

Примечание: * - p<0,05; ** - p<0,001

гового кровообращения. Методом компьютерной диагностики сенсомоторной сферы отмечено положительное влияние комплексной терапии, включающей препарат цитофлавин, на различные стадии формирования циклических движений. После проведенной терапии у обследованных больных установлено улучшение выполнения циклических движений в различных режимах регистрации, отражающих процессы восприятия, сохранения в памяти и воспроизведения предлагаемых двигательных программ. Выявленный факт может быть связан с воздействием на ритмогенные структуры го-

ловного мозга, локализованные в диэнцефальных и ствольных отделах мозга. Полученные данные являются предварительными результатами исследования динамики индивидуального паттерна движений в условиях острой сосудистой патологии головного мозга и требуют проведения дальнейших изысканий.

Таким образом, полученные результаты позволяют высказать о высокой эффективности и целесообразности проведения комплексной терапии, включающей препарат цитофлавин, при церебральных инсультах и транзиторных ишемических атаках.

CYTOFLAVINUM IN COMPLEX THERAPY OF PATIENTS WITH CEREBROVASCULAR DISEASES

Y.N. Bykov, S.V. Nickolaichjuk, N.G. Breeva, M.A. Chernikh, M.D. Avetisjan
(Irkutsk State Medical University)

Results of clinical trial of cytoflavinum efficacy in patients after acute cerebral incident are presented. The drug was prescribed in rehabilitation period of cerebral stroke and transient ischemic attacks. Sensorimotor processes, rates of depression and anxiety were assessed. There were indicated cytoflavinum positive influence upon recovery motor functions and absence of depression and anxiety.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Быков Ю.Н.* Церебральная дезинтеграция: диагностика и коррекция. — Иркутск, 2002. — 144 с.
2. *Верецагин Н.В.* Нейронауки и клиническая ангионеврология: проблемы гетерогенности ишемических поражений мозга. // *Вестн. РАМН.* — 1993. — № 7. — С.40-42.
3. *Верецагин Н.В., Варакин Ю.Я.* Регистры инсульта в России: результаты и методологические аспекты проблемы. // *Журн. невролог. и психиатр.* — 2001. — № 1. — С.39-40.
4. *Верецагин Н.В., Пирадов М.А., Суслина З.А.* Принципы диагностики и лечения больных в остром периоде инсульта. // *Consilium Medicum.* — 2001. — Т. 3, № 5. — С.7-11.
5. *Гехт А.Б.* Ишемический инсульт: вторичная профилактика и основные направления фармакотерапии в восстановительном периоде. // *Consilium Medicum.* — 2001. — Т. 3, № 5. — С.2-7.
6. *Гусев Е.И., Гехт А.Б.* Возможности вторичной профилактики инсульта: значение антигипертензивной и антиагрегантной терапии. // *Журн. невролог. и психиатр.* — Инсульт. — 2002. — № 5. — С.43-49.
7. *Руднев В.А., Прокопенко С.В.* Использование «управляемых двигательных синергий» для восстановления навыков ходьбы при паркинсонизме. // *Журнал неврологии и психиатрии.* — 2001. — № 10. — С.26-28.
8. *Шпрах В.В., Валиулин М.А.* Клиника и лечение мозгового инсульта. — Иркутск, 2003. — 35 с.
9. *Zung W.W.K.* A rating instrument for anxiety disorders. // *Psychosomatics.* — 1971. — 135 p.
10. *Zung W.W.K.* A self-rating depression scale. // *Arch. Gen. Psychiatry.* — 1965. — № 12. — P.63-70.

© ЕФИМОВА Н.К., СИЗЫХ Т.П. —

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ И ПСЕВДОАЛЛЕРГИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦ

Н.К. Ефимова, Т.П. Сизых

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.б.н., проф. А.А. Майборода)

Резюме. В данной статье представлены клинические примеры аллергической и псевдоаллергической крапивницы.
Ключевые слова. Крапивница, аллергическая, псевдоаллергическая.

Крапивница — это понятие, охватывающее группу заболеваний, основным симптомом которого является уртикарный элемент на коже. Крапивница является распространенной патологией, и она занимает ведущее место в структуре аллергических заболеваний.

Крапивница может выступать как самостоятельное заболевание, в основе которого лежит, как правило, I тип аллергической сосудистой реакции (Gell P. & Coombs R., 1975). Наиболее часто крапивница выступает патологическим синдромом других заболеваний [4,5,6,7]. Существуют две патогенетические формы кра-

пивницы: аллергическая (имеющая иммунный механизм образования медиаторов) и псевдоаллергическая (медиаторы те же, но образуются без участия иммунных механизмов). Результаты ранее выполненных исследований показали, что в основе генеза псевдоаллергической крапивницы лежит генетически детерминированный гепатоз, наследуемый по аутосомнодоминантному типу. Поэтому выявляются признаки гепатобилиарной патологии и заболевания других органов пищеварения [1,3,4]. Следовательно, псевдоаллергическая крапивница не есть самостоятельная нозологическая