

птоматики через 14,4±1,5 минут, с полным исчезновением боли через 27,9±2,25 мин.

Контрольная группа показала следующие результаты: купирование болевого синдрома наступало в полном объеме за 42,0±3,18 минут, при появлении первых признаков обезболивания через 20,3±2,6 минут. Следует отметить, что воспалительные явления в области десневых сосочков, маргинального пародонта и прикрепленной десны, у обследованных опытной группы, были устранены к 6 - 7 посещению, в отличие от контрольной группы, где аналогичный эффект был зафиксирован на 9 - 10 сутки проводимой терапии. (Таблица 1).

Выводы. Таким образом, применение препарата ненаркотического действия «Ксефокам Рапид», для достижения обезболивающего эффекта, на этапе хирургического лечения заболеваний пародонта, продемонстрировало его высокую клиническую эффективность при купировании болевого синдрома, на фоне снижения уровня воспалительной реакции, что было подтверждено данными исследования.

Сочетание обезболивающего и противовоспалительного действия позволило в короткий срок стабилизировать патологический процесс и стимулировать регенерацию тканей пародонта. Положительные результаты, полученные при проведении клинического исследования препарата дают основание рекомендовать его как в качестве монотерапии, так и для использования в комплексном лечении воспалительно – деструктивных заболеваний пародонта у лиц молодого возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пародонтит / Под ред. Проф. Дмитриевой Л.А. – М.: МЕД пресс – информ, 2007.
2. Задулевская Л.Я. Практическая пародонтология. – Алматы: Верена, 2006.
3. Стош В.И., Рабинович С.А., Зорян Е.В. Руководство по анестезиологии и оказанию неотложной помощи в стоматологии. – М.: МЕД пресс – информ, 2002.
4. Копбаева М.Т. и соавт. Оценка анальгетического эффекта нового ненаркотического анальгетика при лечении обострения хронического генерализованного пародонтита //Проблемы стоматологии. – 2001 - №2 (12) – с. 25 – 26.

Таблица 1. Динамика основных показателей пародонтологического статуса и состояния гигиены полости рта, при использовании препарата «Ксефокам Рапид» в лечении заболеваний пародонта, сопровождающихся болевым синдромом

Показатели	Сроки обследования			
	1-я группа (основная), n=36		2-я группа (контрольная), n=20	
	До лечения	На 7-е сутки лечения	До лечения	На 7-е сутки лечения
Индекс РМА (%)	53,6±1,8	15,8±2,3	52,0±1,5	23,9±2,2
Индекс гигиены Green Vermillion (балл)	2,4±0,7	0,7±0,05	2,5±0,3	1,0±0,2
Индекс Muhlemann (баллы)	2,3±0,1	0,6±0,1	2,18±0,2	1,5±0,08
Проба Кулаженко (сек.)	22,5±2,1	49,5±1,9	26,2±1,7	41,0±2,5

Примечание ($p < 0,05$).

ТҮЙІН

Пародонтит тіндерінің көрсеткіштері өзінің қалыпты жағдайына келуімен бірге бұл препараттың Ксефокам рапид жоғарғы клиникалық әсері, ауру процессінің стабилизациясы, аурудың белгісін жою және жансыздандыру әсері.

Өзекті сөздер: пародонт аурулар, жансыздандыру әсері, ауру процессінің стабилизациясы.

SUMMARY

In this article were demonstrated the effect, of using Xefokam rapid medicine for treatment patients with periodont pathology, that was accompanied by a pang reaction. The results of medical treatment:

A quick anesthesia, the reduction of a acute inflammation in the periodont tissue, stabilization of prozess.

Key words: periodont pathology, anesthesia effect, stabilization of prozess.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИЗМЕНЕНИЙ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ БОЛЬНЫХ ПРИ ПОВТОРНОМ И ВПЕРВЫЕ ПОЛУЧЕННОМ СОТЯСЕНИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

УДК 616.831-001.34-05

А.Б. Джанкабаев, Э.Т. Джанкабаева, Г.Ж. Аханов, К.С. Никатов, А.К. Жанисбаев

Городская клиническая больница №7, Алматинский государственный институт усовершенствования врачей

Актуальность черепно-мозговой травмы на современном этапе остается на весьма высоком уровне, являясь не только проблемой медицинской науки и практики но и социальной проблемой. Об этом говорит значительный рост черепно-мозговой травмы, по мнению многих исследователей связанный с урбанизацией общества, природными и техногенными потрясениями, ростом парка автотранспорта, ухудшением криминогенной ситуации (12). По дан-

ным ВОЗ количество больных с острой черепно-мозговой травмой увеличивается в среднем на 2% ежегодно. Значительную часть среди черепно-мозговых травм занимает сотрясение головного мозга (СГМ) от 60-80% по данным авторов (1,2). По мнению некоторых исследователей являясь «скрытой эпидемией» требует огромных затрат на диагностику лечение и реабилитацию (3). Пристального внимания заслуживает тот факт, что СГМ подвержены лица

молодого трудоспособного возраста. Проблема актуализируется и в связи с большой вероятностью повторения СГМ, особенно среди социально-активного слоя населения. По данным (4) авторов частота повторной травмы составляет 22% среди всех ЧМТ. Повторной травме подвержены молодые лица из числа безработных и внутренних мигрантов, вероятно вследствие неустроенности жилищно-бытовых условий, неурядиц, отсутствие постоянной работы. В связи с этим весьма актуально стоит вопрос своевременной диагностики, патогенетически обоснованного лечения и ранней реабилитации больных с СГМ. Нейротравма а именно сотрясение головного мозга, являясь сверхмощным раздражителем, запускает ряд патологических нарушений, прежде всего на уровне гипоталамо-лимбико-ретикулярных образований (5,6,7). Сотрясение головного мозга приводит к дезинтеграции эрго-трофотропных звеньев, обширного спектра психо-эмоционально-волевых нарушений(8,9) и развитию вегетативной дисфункции. Вегетативные сдвиги и психофизиологические девиации по сути дела являются инициальными и весьма чувствительными маркерами при сотрясении головного мозга, которые в дальнейшем во многом могут определять вектор развития заболевания, играя запусковую роль в формировании последствий в отдаленном периоде нейротравмы (10,11).

Одной из особенностей клиники повторной черепно-мозговой травмы является раннее и частое проявление астенического синдрома, который наблюдается более чем у половины больных. С первых дней отмечается эмоциональная лабильность, раздражительная слабость, плаксивость, взрывчатость, нарушение интеллектуально-мнестических функций в той или иной степени, главным образом в виде ослабления внимания, торпидности мышления при выполнении психологических задач, снижение памяти, запоминания, недостаточного осмысления окружающего, снижении критики к своему заболеванию (Е.М.Боева, 1968, С.Г.Загробян, 1957 и др).

Состояние эмоционально-психической сферы при ЧМТ составляет одну из глав учения о травматической болезни головного мозга (В.А.Горовой-Шалтан, 1944; М.О.Гуревич 1948, Н.И.Моисеева, Г.Д.Лучко, А.И.Листова, 1963 и др). С точки зрения некоторых авторов (В.А.Боронов, 1966; П.И.Готовцев, 1963, 1964 и др) большая часть изменений деятельности высшей нервной деятельности наблюдаемых в остром периоде, постепенно регрессирует или становится менее выраженной. Изменения эмоционально-психической сферы в виде астенического синдрома у больных с повторной травмой появляются, в первые дни после травмы и не имеют тенденцию к сглаживанию, а наоборот носят прогрессирующий характер. При повторной СГМ астенический синдром отмечается у 62,7% больных, в то время как при первичной СГМ он встречается реже и бывает значительно менее выраженным. Астенический синдром выявляется у большинства больных с повторным сотрясением головного мозга (ПСГМ) спустя 10-12 дней. У 1/3 больных нарушения эмоционально-психической сферы постепенно сглаживаются, наступает клиническое выздоровление или компенсация. У остальных больных нарушения постепенно прогрессируют. Установлена прямая зависимость между выраженностью этих симптомов и числом перенесенных травм. По данным авторов(4) у 2,7% больных после неоднократных лёгких травм наблюдались выраженные изменения личности до полной деградации, проявившиеся склонностью к бродяжничеству конфликтам в быту и на производстве, частым сменам места работы, алкоголизму. У 3,6% больных после перенесённой очередной травмы наблюдаются припадки травматической эпилепсии, у 1,3%-эквиваленты их в виде приступов немотивированной взрывчатости, агрессии с последующей амнезией. У больных с первичным

СГМ астенический синдром выявляется позднее реже к концу третьей недели и выражен меньше, и не наблюдаются эпилептические припадки и деградация личности (13,14).

При оценке показателей тревожности, по данным теста Спилбергера-Ханина, установлено, что у больных с первичным СГМ происходит усиление реактивной (ситуационной) тревожности (72,4 + 8,8%), в то время как для больных с повторным СГМ более характерно усиление уровня личностной тревожности (77,5+5,7%).

Таблица 1 Показатели теста Спилбергера-Ханина у больных с повторным и первичным сотрясением головного мозга (P+m%)

Вид тревожности	Группа сравнения	
	повторное СГМ (n=60)	первичное СГМ (n=40)
реактивная	22, 5+ 7,1(14)	72,4+ 8,8(29)
личностная	77,5+5,7(46)	27,6+4,2(11)

При исследовании состояния избирательного внимания по методике Мюнстерберга установлено достоверное различие результатов тестирования. Из таблицы видно, что число людей правильно выполнивших задание (количество правильно выделенных слов) почти в три раза больше среди больных с первичным СГМ (15,5 +4,0%), чем с ПСГМ (5,0 +3,4%).

Показатели избирательного внимания по Мюнстербергу у больных с повторным и первичным СГМ (P +-m%).

Таблица 2. Показатели избирательного внимания по Мюнстербергу у больных с повторным и первичным СГМ (P+m%)

Критерий оценки теста	Группа сравнения			
	Повторное СГМ		Первичное СГМ	
	%	абс	%	абс
Количество пропущенных и невыделенных слов	95,0+3,4	57	85, +3,4	34
Количество правильно выделенных слов	5,0+3,4	3	15,5+4,0	6

Сравнительное исследование оперативной памяти у больных с повторной и первичной СГМ показало следующую картину: число больных не справившихся с заданием, а именно неправильно подсчитавших сумму среди больных с повторным СГМ, было достоверно выше (95,0 +3,4%), чем пациентов с первичным СГМ.

Результаты исследования оперативной памяти у больных с повторным и первичным СГМ (P+-m%).

Таблица 3. Результаты исследования оперативной памяти у больных с повторным и первичным СГМ (P+m%)

Критерий оценки теста	Группа сравнения			
	Повторное СГМ %	П=60	Первичное СГМ %	П=40
Неправильно подсчитанная сумма	92,3+ 1,8	53	80,7+ 2,8	32
Правильно подсчитанная сумма	7,7 +4,3	7	19,3+ 5,1	8

Исследование кратковременной зрительной памяти у больных с повторным и впервые полученным сотрясением головного мозга в остром периоде (P+m%).

Таблица 4. Результаты исследования кратковременной зрительной памяти у больных с повторным и впервые полученным сотрясением головного мозга в остром периоде (P+m%)

Критерий оценки теста	Группа сравнения			
	Повторное СГМ		Первичное СГМ	
	%	n	%	N
Количество неправильно воспроизведенных чисел	95,0+3,4	57	90,0+4,3	36
Количество правильно воспроизведенных чисел	5,0+4,7	3	10,0+5,1	4

ЛИТЕРАТУРА

1) Акиулаков С.К. Клинико-эпидемиологическое исследование острой черепно-мозговой травмы и её последствий в Республике Казахстан (на модели г.Алматы): Автореферат. Дис. Докт. – Москва, 1992. – 42с.
 2) Акиулаков С.К., Непомнящий В.П. Актуальные вопросы изучения эпидемиологии острого черепно-мозгового травматизма и его последствия в Республике Казахстан/Здравоохранение Казахстана, 1993. - №2,- с. 31-32.
 3) Feinstein A., Mild traumatic brain injury: the silent epidemic// Can. J. Public/ Health/ - 2000. - Vol. 91, N 5. - P. 325-332.
 4) Бабиченко Е.И. Хурина А.С. Повторная закрытая черепно-мозговая травма. Издательство Саратовского университета 1982. - с.3-7.
 5) Коновалов А.Н., Потапов А.А., Лихтерман Л.Б. Патогенез, диагностика и лечение черепно-мозговой травмы и её последствий // Вопрос. Нейрохирургии. – 1994.-№4-С.18-25.
 6) Яковлев Н.А., Фомичёв В.В. Лёгкая черепно-мозговая травма (патогенез, клиника, диагностика, лечение): Краткое руководство для врачей. – Тверь, 2000.-с.-40.
 7) Яковлев Н.А., Слюсарь Н.Н., Фомичёв В.В. Лёгкая черепно-мозговая травма: подходы к восстановительной терапии // Материалы 3 Международной конференции по восстановительной медицине (реабилитологии).-М., 2000.-с.202.

8) Батаршев А.В. Тестирование – основной инструментарий практического психолога. Издательство Дело. Москва. 2001. с. 121.,193.
 9) Справочник психолога-консультанта организации. Ростов-на-Дону. Феникс. 2006. с. 119-120.
 10) Коваленко А.П. Вегетативные расстройства у больных с последствиями лёгкой черепно-мозговой травмы. Автореферат. Дисс.Канд. мед.наук.- СПб, 2001.- с.-32
 11) Коваленко А.П., Особенности изменения тонуса вегетативной нервной системы при лёгкой черепно-мозговой травме и её последствиях // Актуальные проблемы современной неврологии, психиатрии и нейрохирургии.-СПб. 2003.- С. 269.
 12) Махмутов Х. Применение электросон-актовегин инфузии в комплексе лечебно-реабилитационных мероприятий при сотрясении головного мозга: Автореферат. Дисс. Канд.-Астана.-2006. с.103.
 13) Жулёв Н.М., Яковлев Н.А. Лёгкая черепно-мозговая травма и её последствия/ Москва. Медицина, 2004.-с. 127.
 14) Алдунгарова Р.К. Эпилепсия. Патофизиологическая сущность, дифференциальная диагностика, лечение. Алматы. 1997. с. 35-41.

ТҮЙІН

Бас ми шайқалуы бар аурулардың психофизиологиялық жағдайын зерттеу, бастапқы бас ми шақауы мен қайталанған бас ми шайқалуы жағдайын емдеуге өте маңызды. Бұл зерттеу психо-эмоционалдық өзгерістерді көрсетіп, аурулардың уақытында ем алуына алып келеді. Сонымен, аурулардың өмірін жақсартады және аурудың қиыншылықтарын төмендетеді.

SUMMARY

In conclusion, researching psycho-physiological profiles of patients with the cerebral concussion is one of the most important diagnostic criterias in the cases of primary and repeated cerebral concussion. This type of research shows extent of psycho-emotional drawbacks in comparative groups requiring timely pathogenetical treatment and early rehabilitation of patients with both primary and repeated cerebral concussion. As a result, improving quality of life and minimizing drawbacks from suffered traumas.

Keywords: repiated cerebral concussion psycho-physiological profiles

ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ В И ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ

УДК 616.36-002:616.9:615.225.2.03

С.Т.Доскожаева

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей

Примерно 350 - 400 миллионов человек во всем мире хронически инфицированы вирусом гепатита В (ВГВ) и около 1 млн. ежегодно умирают от связанных с ВГВ болезни. Во всем мире распространенность диапазонов вируса гепатита В от 0,1% до 20%. Этот широкий спектр в основном из-за разницы в возрасте на момент заражения . Риск перехода острой ВГВ-инфекции в хроническое заболевание с возрастом снижается: при перинатальном заражении он составляет 90%, для детей 1-5 лет – 25-50%, для детей старше 5 лет и взрослых – 1-5% (2).

Около 45% населения Земли живет в высоко эндемичных по хронической ВГВ-инфекции регионах, где поверхностный антиген определяется у ≥8% населения,

43% - в умеренно эндемичных (HBsAg определяется у 2-7% населения) и 12% - в низко эндемичных регионах (HBsAg определяется у 0,6-2% населения).

ВГВ и ВИЧ имеют общие пути передачи и сходные эндемичные регионы, однако контагиозность ВГВ примерно в 100 раз выше. В связи с этим более чем у 70% людей живущих с ВИЧ (ЛЖВ) обнаруживаются маркеры текущей или перенесенной ВГВ-инфекции. У мужчин, практикующих секс с мужчинами (МСМ), частота коинфекции ВГВ/ВИЧ выше, чем у потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) или гетеросексуалов. Риск хронического гепатита В выше у ЛЖВ, а также при врожденном или приобретенном иммунодефиците,