

причиной стойкой нетрудоспособности. Профилактика обострений и предотвращение нарастания неврологического дефицита у больных РС являются основными задачами здравоохранения. После установления диагноза сразу же встает вопрос о дальнейшем прогнозе и перспективах лечения. В настоящее время появилась медикаментозная возможность влиять на течение и замедлять прогрессирование болезни.

В стандарте медицинской помощи больным РС (приказ МЗиСР № 706 от 14.11.2007) на амбулаторно-поликлиническом уровне для лечения РС утверждены средства, влияющие на ЦНС: интерферон- β -1b (частота назначения 0,45), интерферон- β -1a (частота назначения 0,15) и глатирамера ацетат (частота назначения 0,4). Это препараты, изменяющие течение РС (ПИТРС).

Для назначения конкретного препарата и контроля эффективности необходимо руководствоваться расширенной шкалой инвалидизации (EDSS). В 2008 г. в Алтайском крае организовано лечение больных РС за счет средств федерального бюджета (приказ Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности № 502 от 27.12.2007). Для лечения больных РС необходимо создать полный регистр больных РС, установить диагноз достоверного РС, максимально объективизировать диагностику РС (с применением нейровизуализационных и нейрофизиологических методов). Для назначения ПИТРС необходим строгий учет степени неврологического дефицита. Назначение одного из препаратов ПИТРС зависит от значения шкалы EDSS у конкретного больного РС.

В Алтайском крае в настоящее время существуют нерешенные вопросы с отбором больных РС и назначением препаратов. Анализ медицинских документов показывает недостаточное владение неврологами края методикой оценки степени неврологического дефицита (шкалой инвалидизации EDSS). Это может создавать основу для нерационального назначения ПИТРС. Необходим комиссионный контроль планирования и распределения ПИТРС с целью ликвидации личных предпочтений в адрес того или иного производителя препаратов.

**ВЛИЯНИЕ ОЗОНОТЕРАПИИ
НА НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ЖЕНЩИН С
ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ
В ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ**

Карачева Ю.О., Шумахер Г.И., Гурьева В.А.

*Алтайский государственный медицинский университет,
г. Барнаул*

Патогенетически обоснованным в лечении дисциркуляторных энцефалопатий (ДЭ) является применение препаратов с вазоактивными, нейропротективными и метаболическими свойствами. В качестве альтернативы возможно применение озонотерапии, которая имеет многофакторное воздействие, отвечающее требованиям патогенетической терапии ДЭ.

Цель работы — изучить влияние озонотерапии на когнитивные функции и психологические особенности у женщин в менопаузе с ДЭ на санаторном этапе реабилитации.

В исследование были включены 90 пациенток с ДЭ 1—2-й степени, которые были разделены на две группы в зависимости от характера лечения. Основную группу составили 50 женщин, которые наряду с медикаментозной терапией получали курс озонотерапии (пять внутривенных капельных инфузий озонированного 0,9%-го раствора хлорида натрия в дозе 200 мл). Во вторую группу вошли 40 пациенток, терапия у них состояла только из медикаментозной терапии.

Для оценки эффективности проводимой озонотерапии использовались тесты нейропсихологического обследования: «Память на образы», «Память на числа», таблицы Шульте, сокращенный многофакторный опросник для исследования личности (СМОЛ).

По данным тестирования, до лечения пациентки групп сравнения не различались по когнитивным и психоэмоциональным расстройствам (относительно низкие показатели кратковременной и зрительной памяти, увеличенное время для переключения внимания по таблицам Шульте, угнетение эмоционально-волевой сферы, признаки депрессии). После курса комплексной терапии с включением медицинского озона у пациенток в первой группе по сравнению с контрольной улучшилась память по тестам «Память на образы» ($p < 0,05$), «Память на числа» ($p < 0,05$), внимание по таблицам Шульте ($p < 0,05$), по тесту СМОЛ снизился уровень депрессии ($p < 0,05$), тревожности ($p < 0,05$).

Таким образом, озонотерапию у женщин перименопаузального возраста с ДЭ следует рассматривать как метод, повышающий когнитивные функции.

**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ЖЕНЩИН
С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ
И НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ**

Карачева Ю.О., Гурьева В.А., Шумахер Г.И.

*Алтайский государственный медицинский университет,
г. Барнаул*

Целью исследования явилось изучение влияния озонотерапии на качество жизни женщин с дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ) 1—2-й стадии в перименопаузальном возрасте (ПВ).

Обследованы 90 женщин в ПВ с клиническими признаками ДЭ 1—2-й стадии. В соответствии с целью исследования пациентки были разделены на две группы. Контрольная группа (40 женщин) получала комплексное лечение ДЭ, включавшее медикаментозную и негормональную терапию климактерических расстройств (климадинон). Основную группу составили 50 женщин, которые кроме медикаментозного лечения ДЭ и климадинона дополнительно получали озонотерапию. Степень тяжести эстрогенного дефицита определялась с помощью модифицированного менопаузального индекса (ММИ) и уровню эстрадиола (E_2). Оценка качества жизни проводилась по опроснику «SF-36 Health Status Survey».

До лечения наиболее низкие показатели выявлены по разделам «влияние физического состояния на ролевое функционирование» ($(29,03 \pm 7,16)$ и $(20,6 \pm 4,37)$ балла соответственно), «влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование» ($(32,48 \pm 6,83)$ и $(46,88 \pm 6,4)$ балла соответственно), «жизнеспособность» ($(36,77 \pm 3,46)$ и $(48,63 \pm 2,82)$ балла соответственно), «интенсивность боли и ее влияние» ($(43,39 \pm 3,59)$ и $(46,75 \pm 3,12)$ балла соответственно). После лечения в основной группе повысились показатели по сравнению с контрольной по разделам «физическое функционирование» ($(74,03 \pm 3,53)$ и $(54,5 \pm 3,58)$ балла соответственно; $p < 0,05$), «влияние физического состояния на ролевое функционирование» ($(67,74 \pm 6,48)$ и $(28,13 \pm 5,46)$ балла соответственно; $p < 0,05$), «влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование» ($(74,32 \pm 6,67)$ и $(48,5 \pm 6,85)$ балла соответственно; $p < 0,05$), «интенсивность боли и ее влияние» ($(58,45 \pm 4,3)$ и $(48,5 \pm 6,85)$ балла соответственно; $p < 0,05$). Концентрация уровня эстрадиола выросла в 1,8 раза ($(15,02 \pm 1,09)$ и $(27,42 \pm 5,45)$ пг/мл ($p < 0,05$) соответственно), в группе контроля — без достоверной значимости (14,8 и 18,1 пг/мл; $p > 0,05$). Снижение ММИ на фоне озонотерапии произошло с 21 до 7 баллов ($p < 0,001$), в контрольной группе — с 18 до 6 баллов ($p < 0,05$).

Таким образом, озонотерапия может быть использована в лечении пациенток в ПВ с ДЭ для улучшения качества жизни.

КЛИНИКО-КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ ПРИ ТОКСИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

Кладова Е.А.

Новосибирский государственный медицинский университет, г. Новосибирск

Медико-социальная значимость проблемы инсультов определяется их широкой распространенностью, высокой частотой смертности и инвалидизации. Причинами, ухудшающими реабилитацию постинсультных больных, являются преморбидный фон, депрессия и перенесенная ранее патология, особенно различные варианты аддикций. В литературе оценка связи количества ежедневно потребляемого алкоголя с развитием ишемического инсульта в настоящее время неоднозначна. Считается, что умеренное употребление алкоголя снижает риск развития инфаркта мозга, но много пьющие люди предрасположены к ишемическим инсультам вследствие развития у них кардиомиопатий, аритмий, тромбоцитоза при синдроме отмены алкоголя и склонности к гиперкоагуляции. Восстановление утраченных неврологических функций после перенесенного инсульта при токсической энцефалопатии зависит от сложного взаимодействия морфологических, психологических и иммунологических изменений. В комплексном подходе результаты этого направления исследований также трактуются неоднозначно.

Цель исследования — усовершенствовать систему ранней реабилитации на основе изучения и учета антропологических характеристик, динамики неврологических и психологических нарушений у больных, перенесших ишемический инсульт при токсической энцефалопатии.

Обследованы 60 пациентов, страдающих токсической энцефалопатией после перенесенного ишемического инсульта в недоминантном полушарии в остром и раннем восстановительном периоде. В контрольную группу вошли 58 пациентов, не страдающих токсической энцефалопатией после перенесенного ишемического инсульта в недоминантном полушарии в остром или раннем восстановительном периоде.

Для решения поставленных задач использовались следующие основные методы исследования: клинический (жалобы, анамнез, неврологический статус, соматический статус); лабораторный (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, печеночные пробы, щелочная фосфатаза, аспартатаминотрансфе-