

5



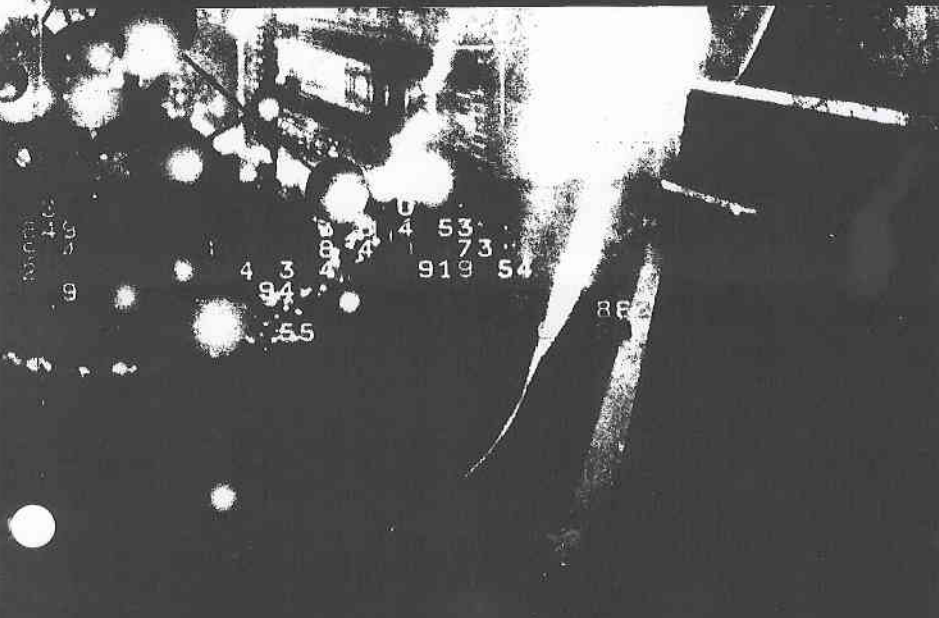
КОПИЯ ВЕРНА
Учёный секретарь
Учёного совета КРСУ
Абрамов Б.В.

ISSN 2073-0071

Абрамов

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ

ГУМАНИТАРНЫХ И ЕСТЕСТВЕННЫХ НАУК



04

апрель

2017

РОЛЬ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ В РЕАЛИЗАЦИИ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПРАВА <i>Кечеджиян Л.А.</i>	74
ЭВОЛЮЦИЯ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ: ИСТОРИЯ ВОПРОСА <i>Котельникова В.А.</i>	77
УЧЕТ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОПАСНОСТИ СОВЕРШЕННОГО ДЕЯНИЯ ПРИ НАЗНАЧЕНИИ УГОЛОВНОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА <i>Любивая М.Н.</i>	79
ПРАВО СОБСТВЕННОСТИ В ОБЫЧНОМ ПРАВЕ КЫРГЫЗОВ <i>Молдоев Э.Э.</i>	81
ОБЯЗАТЕЛЬСТВЕННОЕ ПРАВО В ОБЫЧНОМ ПРАВЕ КЫРГЫЗОВ <i>Молдоев Э.Э.</i>	84
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ГОСУДАРСТВЕННО-ПРАВОВЫХ МЕР ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ ЭКСТРЕМИЗМУ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ <i>Салимов А.А.</i>	87
ПРАВОВОЙ АНАЛИЗ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА, РЕГЛАМЕНТИРУЮЩЕГО ВОПРОСЫ БОРЬБЫ С ЭКСТРЕМИЗМОМ <i>Салимов А.А.</i>	91
СОДЕРЖАНИЕ ПРИНЦИПА ЯЗЫКА УГОЛОВНОГО СУДОПРОИЗВОДСТВА И АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЕГО РЕАЛИЗАЦИИ <i>Сулыма Т.А.</i>	94

МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ

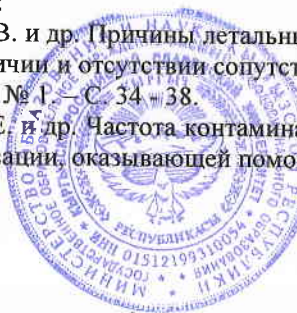
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И ПЕРЕНОСИМОСТИ ЛОКАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ГЕЛЕМ ФЕБРОФИД У БОЛЬНЫХ ГОНАРТРОЗОМ <i>Кодирова Ш.С., Саидова М.М.</i>	97
КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БЕРЕМЕННЫХ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ <i>Маширипова Ю.К., Махмудова М.М., Юсупова М.А.</i>	99
ОСОБЕННОСТИ ВОЗРАСТНОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ СТРУКТУРЫ БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, СОЧЕТАННОЙ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ <i>Микова О.Е., Меньшикова М.Г., Марданова А.Г., Полушкина А.В.</i>	102
ЗНАЧЕНИЕ ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ <i>Садырбекова Ш.Ж., Тухватшин Р.Р., Топчубаева Т.М, Сушанло Р.Ш.</i>	103
ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ УЛЬТРАСОНОГРАФИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ И ДЛИТЕЛЬНОСТИ ПОСЛЕДЕЙСТВИЯ ПРЕРЫВИСТОГО ПРИЕМА ПРЕПАРАТА СТРУКТУМ У БОЛЬНЫХ КОКСАРТРОЗОМ <i>Саидова М.М., Кодирова Ш.С.</i>	106

Пациенты с ко-инфекцией, кроме того, значительно чаще, чем больные моноинфекцией, употребляли инъекционные наркотики – в 78,18% против 2,08% ($\chi^2 = 57,58$; $P = 0,0005$; ОШ = 168,42; 95% ДИ ОШ = 20,85 - 3683,89), а также чаще до заболевания находились в местах лишения свободы – в 65,45% против 20,83% ($\chi^2 = 18,88$; $P = 0,0005$; ОШ = 7,20; 95% ДИ ОШ = 2,72-19,52).

Таким образом, ВИЧ-инфекцией, сочетанной с туберкулезом, по сравнению с монотуберкулезом, относительно чаще болеют люди более молодого возраста, не работающие, употребляющие инъекционные наркотики, имеющие в анамнезе факт пребывания в местах лишения свободы.

Литература

1. Любаева Е.В., Кравченко А.В., Ениколопов С.Н. Социально-демографический профиль пациентов, страдающих ВИЧ-инфекцией и туберкулезом, в Москве // Эпидемиология и инфекционные болезни. 2010. - № 3. - С. 27 - 31.
2. Микова О.Е., Жданова С.Н., Сергеев В.И. и др. Высокая распространённость генотипа B0/W148 *Mycobacterium tuberculosis* у больных ВИЧ-инфекцией, сочетанной с туберкулезом, в Пермском крае и Иркутской области // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. 2016. Т.1. № 5 (111). – С. 142 – 145.
3. Покровский В.В., Ладная Н.Н., Тушина О.И., Буравцова Е.В. ВИЧ-инфекция. Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом. Информационный бюллетень № 40. М., 2015. - 55 с.
4. Сармометов Е.В., Сергеев В.И., Шмагин Д.В., Микова О.Е. О первичности ВИЧ-инфекции в формировании ВИЧ-инфекции, сочетанной с туберкулезом. // Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. 2014. - № 5. - С. 61- 64.
5. Сармометов Е.В., Сергеев В.И., Шмагин Д.В. и др. Причины летальных исходов ВИЧ-инфицированных и продолжительность жизни больных при наличии и отсутствии сопутствующего туберкулеза в Пермском крае // Инфекционные болезни. 2015. - Т.13. - № 1 – С. 34 – 38.
6. Сармометов Е.В., Сергеев В.И., Микова О.Е. и др. Частота контаминации микобактериями туберкулеза производственной среды медицинской организации, оказывающей помощь пациентам с ВИЧ-инфекцией // Медицина в Кузбассе. 2015. - №4. – С.40-45



КОПИЯ ВЕРНА
Учёный секретарь
Учёного совета КРСУ
Абрамов Б.В.

ЗНАЧЕНИЕ ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

Садырбекова Ш.Ж., Тухватшин Р.Р, Топчубаева Т.М, Сушанло Р.Ш. ©

Кафедра нормальной и патологической физиологии,
Кыргызско-Российский славянский университет им. Б.Н.Ельцина

Аннотация

Проведен анализ целесообразности использования электроэнцефалографии при дисциркуляторной энцефалопатии для выявления функциональных биоэлектрических нарушений центральной нервной системы в зависимости от стадии патологического процесса с клинической и научной точки зрения.

Ключевые слова: дисциркуляторная энцефалопатия, электроэнцефалография, биоэлектрическая активность головного мозга.

Keywords: discirculatorial encephalopathy, electroencephalography, Bioelectrical activity of the brain.

Введение. Дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ) с патогенетической точки зрения рассматривается как хроническое нарушение мозгового кровообращения, приводящие к нарастающему нарушению функций центральной нервной системы [1]. Впервые этот термин употребили Г.А.Максудов и В.М.Коган в 1958 г, позднее он был включен в отечественную классификацию поражений головного и спинного мозга Шмидта Е.В. [1].

Для подтверждения диагноза выделяют обязательные методы исследования ДЭ [2,3,4]: 1) инструментальные (ультразвуковая доплерография, (УЗДГ), реоэнцефалография (РЕГ), магнитно-

резонансная томография (МРТ), компьютерная томография (КТ), ангиография, ЭКГ, исследования глазного дна); 2) неврологический осмотр и физикальное исследование, лабораторное исследование липидного спектра крови, сахара крови, коагулограммы, которые проводят по рекомендации невропатолога и дополнительные методы исследования: клинико-физиологическое исследование, нейропсихологическое обследование, электроэнцефалография головного мозга (ЭЭГ), микроскопия сосудов бульбарной конъюнктивы [5,6]. При этом важно соответствие клинической картины ДЭ данным обязательных и дополнительных методов исследования, а также отсутствие клинических или параклинических признаков другого заболевания, которое может объяснить данную клиническую картину. Так в современных клинико-диагностических условиях характер и степень поражения магистральных сосудов можно оценить по данным УЗДГ [7], эластичность артерий мелкого и среднего калибра по данным РЭГ [7,8], а микроциркуляторное русло с помощью бульбомикроскопии [9;10]. Это позволяет судить о степени изменений сосудистого русла при ДЭ обусловленного ГБ, атеросклерозом или синильным процессом. При этом данные электроэнцефалографии (ЭЭГ) и нейровизуализационных методов исследования помогают оценить степень функциональных и морфологических изменений различных структур головного мозга в зависимости от тяжести патологического процесса. Данный комплекс инструментальных исследований важно проводить всем больным с ДЭ.

Материал и методы исследования: В отделении неврологии Национального Госпиталя Минздрава Кыргызской Республики находились на лечении 32 пациента с дисциркуляторной энцефалопатией. Средний возраст составил 64 года, в половом аспекте 22 пациента и 11 пациенток. Применяли следующие методы обследования больных с ДЭ. 1) инструментальные (ультразвуковая доплерография головного мозга (УЗДГ), электроэнцефалография (ЭЭГ), магнитно-резонансная томография головного мозга (МРТ), компьютерная томография (КТ), ангиография, ЭКГ, исследования глазного дна); 2) неврологический осмотр и физикальное исследование, лабораторное исследование липидного спектра крови, сахара крови, коагулограммы. Также применяли дополнительные методы исследования: клинико-физиологическое исследование, нейропсихологическое обследование, электроэнцефалография головного мозга (ЭЭГ), микроскопия сосудов бульбарной конъюнктивы.

Обсуждение. Остановимся на дополнительном методе исследования при ДЭ – ЭЭГ. Этот метод является достаточно информативным для диагностики функционального состояния биоэлектрической активности мозга человека. ЭЭГ основана на регистрации суммарной электрической активности нейронов головного мозга, отводимой с поверхности кожи головы и является сложной кривой, состоящей из многих частотных компонентов (рис.).

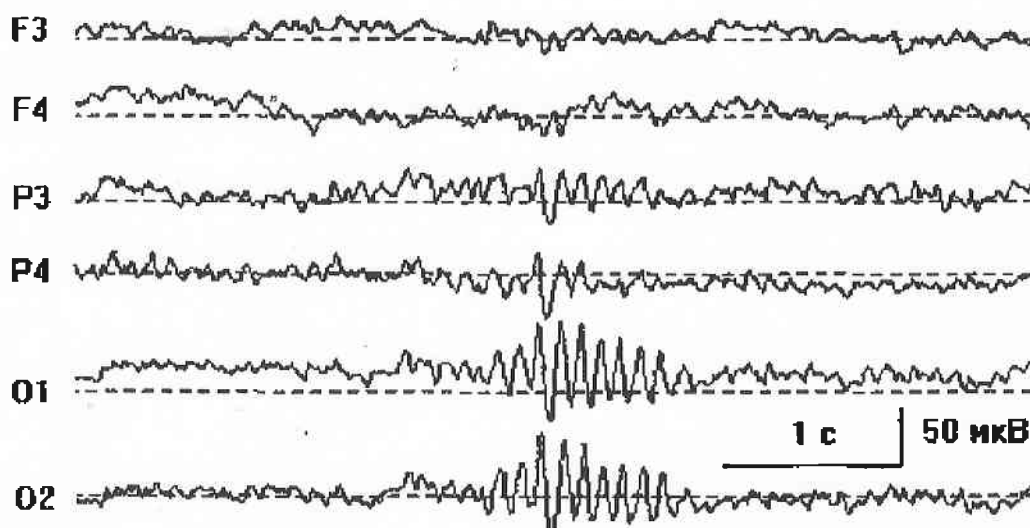


Рис. Электроэнцефалография в норме

Изучение природы регистрируемой электрической активности биопотенциалов головного мозга занимался еще Ханс Бергер в 1925 году и полагал, что ЭЭГ является суммой потенциалов действия отдельных нейронов. Позднее исследователи пришли к выводу, что электрическая активность мозга определяется более длительными процессами неимпульсной природы. В настоящее

время принято считать, что волны ЭЭГ в основном являются результатом суммации постсинаптических потенциалов: ВПСП (возбуждающий постсинаптический потенциал) и ТПСП (тормозный постсинаптический потенциал), также некоторый вклад вносит электрическая активность глиальных клеток. Однако вопрос о природе ЭЭГ окончательно не решен до настоящего времени и представляет большой научный интерес. Сегодня метод электроэнцефалографии широко применяется для научных и клинических целей, использует современные математические методы обработки и анализа данных, дает возможность качественного и количественного анализа функционального состояния коры головного мозга, подкорковых структур, а также сложных корково-подкорковые взаимодействия, их реакций при действии раздражителей при выполнении различных видов деятельности. Доказано, что на формирование индивидуального паттерна ЭЭГ влияют различные факторы включая органические поражения мозга, психические заболевания. Поэтому в тех случаях, когда надо судить о нозологической форме заболевания, данные ЭЭГ оказываются, как правило, недостаточными. Там же, где речь идет о локализации поражения мозга, обусловленной сосудистыми нарушениями, ЭЭГ так же, как и при опухолевых поражениях, часто является ценным диагностическим методом. Также по данным ЭЭГ можно отследить динамику изменений очаговых процессов в зависимости от характера основного заболевания. В литературе чаще встречаются описания характеристики ЭЭГ при гипертонической болезни, поскольку она чаще встречается среди населения и лежит в основе развития цереброваскулярной патологии. При гипертонической болезни по данным ряда авторов происходят диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга по всем областям, что проявляется в виде дезорганизации альфа-ритма, нарастании быстрых колебаний и появлении медленных волн ЭЭГ. Однако описаний стадийности изменений ЭЭГ, характерной для дисциркуляторной энцефалопатии в литературе нет. Особая ценность метода ЭЭГ описана в диагностике мозговых инсультов для определения локализации очага и его глубины. Отмечено, что при корковых поражениях на ЭЭГ регистрируется грубый четко очерченный очаг, в то время как при глубинных локализациях очаговые изменения выражены нечетко или отсутствуют. Также имеются сведения, что при ишемическом инсульте более характерно уплощение кривой ЭЭГ над областью поражения, а для геморрагического очага преобладание дельта-волн. Выявляемые изменения на ЭЭГ при инсультах считается не специфичными, при этом свидетельствует, что степень изменений зависит от давности процесса, локализации и размера очага поражения. В литературе описана динамика изменения ЭЭГ при мозговых инсультах, и совсем нет сведений об эволюции ЭЭГ картины при хронических нарушениях мозгового кровообращения, несмотря на то, что последние тоже могут сопровождаться очаговой неврологической симптоматикой. В нейрохирургической практике зачастую приходится сталкиваться с вопросами дифференциальной диагностики ЭЭГ изменений поражения головного мозга, обусловленных гипертонической болезнью, церебральным атеросклерозом с опухолевыми синдромами. Это обусловлено схожестью патогенетических процессов в виде формирования синдрома повышенного внутричерепного давления и очаговой церебральной симптоматики. При этом характерным признаком цереброваскулярных заболеваний является то, что дизритмичный характер ЭЭГ имеет тенденцию постепенно нормализоваться со склонностью к уменьшению очаговых изменений в отличие от опухолевого процесса, что в совокупности с клинической картиной обоих заболеваний помогает разобраться при дифференциальной диагностике.

Также различные изменения ЭЭГ картины можно наблюдать при тромбозах и стенозах магистральных артерий (сонных и вертебральных) и при их патологической извитости. Степень изменений ЭЭГ зависит от степени нарушения мозгового кровообращения и возможного коллатерального кровообращения. У таких больных большую диагностическую ценность имеют функциональные пробы со сдавлением одного или двух сосудов. Изменения ЭЭГ можно наблюдать и при менее грубых сосудистых нарушениях, вызывающих лишь преходящие нарушения мозгового кровообращения, при мигренях. У таких больных изменения ЭЭГ выражены нерезко и в большей части имеют признаки влияния патологического процесса на дисэнцефальные структуры мозга (М. Л. Федорова, 1969). Информативность ЭЭГ также доказана в диагностике артериальных и артериовенозных аневризмах сосудов головного мозга. Так распространенность использования метода ЭЭГ при цереброваскулярных заболеваниях подчеркивает его значимость в диагностике очаговых и общемозговых процессов.

Заключение

Таким образом, выраженность нарушений ЭЭГ зависит от тяжести патологического процесса. При цереброваскулярных заболеваниях не приводящих к тяжелой, клинически проявляющейся

ишемии мозга, изменения на ЭЭГ могут отсутствовать или носят пограничный с нормой характер. При дисциркуляторных расстройствах включая вертебробазилярную недостаточность, на ЭЭГ может наблюдаться десинхронизация и уплощение ритма. При этом очаговость патологических изменения при дисциркуляторной энцефалопатии формирует предпосылки для поиска паттернов изменения ЭЭГ в зависимости от ведущего синдрома и стадии патологического процесса.

Литература

1. Кадыков А.С., Шахпоронова Н.В. Сосудистые заболевания головного мозга / А.С. Кадыков, Н.В. Шахпоронова. – Москва, 2007. – 209 с.
2. Юршевич Е.А. Дисциркуляторная энцефалопатия (нейропсихологические, доплерографические и нейровизуализационные характеристики) / Е.А. Юршевич, В.В. Евстигнеев // Здоровоохранение. – 2002. - №4. – С. 8-13
3. Андрианова Е.В. Зависимость показателей бульбарной микроскопии от стадий атеросклеротической дисциркуляторной энцефалопатии и возраста / Е.В.Андрианова // Ежегодный сборник статей, мед.факультета КРСУ, Бишкек. – 2009. – С. 39-43.
4. Иванов Л.Б. Прикладная компьютерная электроэнцефалография. - М., 2000.
5. Кечкер М.И. Руководство по клинической Электрокардиографии / М.И. Кечкер. – М.: Инсайт, 2000. – 395 с.
6. А.П. Кулаичев. Компьютерная электрофизиология и функциональная диагностика. Изд. 4е, перераб. и доп. М.: ИНФРАМ, 2007, с.178-230
7. Гнездицкий В.В. Обратная задача ЭЭГ и клиническая электроэнцефалография. Таганрог: Медиком, 2000
8. Зенков Л.Р. Клиническая электроэнцефалография (с элементами эпилептологии). Руководство для врачей. 3е изд. М.: МЕДпрессинформ, 2004. 368 с.
9. A.Ya. Kaplan, A.I.A. Fingelkurts, An.A. Fingelkurts, S.V. Borisov, B.S. Darkhovsky. Nonstationary nature of the brain activity as revealed by EEG/MEG: methodological, practical and conceptual challenges//Signal proc-essing. Special Issue: Neuronal Coordination in the Brain: A Signal Processing Perspective. №85. 2005.
10. Режим доступа: http://eeg-online.ru/patterns/eeg_rhythms.htm .

ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ УЛЬТРАСОНОГРАФИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ И ДЛИТЕЛЬНОСТИ ПОСЛЕДЕЙСТВИЯ ПРЕРЫВИСТОГО ПРИЕМА ПРЕПАРАТА СТРУКТУМ У БОЛЬНЫХ КОКСАРТРОЗОМ

Саидова М.М., Кодирова Ш.С. ©

Бухарский государственный медицинский институт

Аннотация

Проблема изучения остеоартроза в настоящее время является одной из актуальных в клинической ревматологии. Значительная распространенность ОА, преимущественно среди трудоспособной возрастной группы населения, склонность к хроническому и прогрессирующему течению, высокая частота утраты профессиональной трудоспособности больных, нерешённость вопросов этиологии и патогенеза, трудность лечения определяют целесообразность дальнейшего его изучения. В настоящее время остеоартроз рассматривается как одно из наиболее распространенных хронических заболеваний суставов, основными клиническими проявлениями которого является боль, деформация и нарушение функции суставов.

Ключевые слова: остеоартроз, Структум, деформация, хондропротекция, хондроитин.

Keywords: osteoarthritis, Structum, deformation, chondroprotection, chondroitin.

Основные принципы лечения больных остеоартрозом сводятся к лекарственной и физической терапии при последовательном осуществлении реабилитационных мероприятий. Лечение больных направлено на хондропротекцию, применение противовоспалительных средств, медикаментов, уменьшающих венозный стаз в субхондральной зоне кости.

Однако современные принципы комплексной терапии этого заболевания заключаются не только в ликвидации боли, но в замедлении темпов прогрессирования и стабилизации структурных