(35%). Отдельные средние инфаркты возникли в результате кардиогенной эмболии и артерио-артериальной эмболии мозжечковых артерий и ветвей ЗМА. МГИ локализовались в стволе мозга и значительно реже – в глубоких отделах полушарий мозга и мозжечка. МПИ с одинаковой частотой выявлялись в коре полушария мозга и мозжечка. МГИ и МПИ возникали, главным образом, при тандемном атеростенозе артерий ВБС (75% малых инфарктов), реже – вследствие обтурирующего атеротромбоза интракраниальной части ПА или БА (25%).

Важной особенностью инфарктов в бассейне артерий ВБС явился их преимущественно множественный характер, установленный в 61% случаев (от 2 до 15 инфарктов в каждом случае). При этом чаще всего обнаруживались организующиеся или организованные МПИ, МГИ и средние инфаркты, обусловленные тандемным атеростенозом артерий ВБС (26% случаев), а также свежие или организующиеся инфаркты от малого до обширного, возникшие в результате обтурирующего атеротромбоза (17%). Кроме того, установлено сочетание организованных МПИ, МГИ и средних инфарктов, обусловленных тандемным атеростенозом артерий ВБС, со свежим обширным или большим инфарктом, возникшим вследствие обтурирующего атеротромбоза одной из стенозированных артерий (13% случаев). В отдельных случаях (5%) выявлено по 2 средних организующихся инфаркта, причинами которых служили кардиогенная эмболия и артерио-артериальная эмболия.

Таким образом, в результате проведенного исследования установлено разнообразие величины, локализации и причин возникновения инфарктов, обусловленных атеросклерозом артерий ВБС. В затылочных и височных долях полушарий мозга и полушариях мозжечка с наибольшей частотой обнаруживались МПИ и средние инфаркты, в стволе головного мозга – преимущественно обширные и большие инфаркты, а также МГИ. Причинами возникновения МПИ и МГИ являлись тандемный атеростеноз и обтурирующий атеротромбоз артерий ВБС при наличии тяжелых атеросклеротических изменений преимущественно интракраниальных артерий. Средние инфаркты чаще всего также обусловливались тандемным атеростенозом и обтурирующим атеротромбозом, однако в некоторых случаях они возникали в результате кардиогенной и артерио-артериальной эмболии. Обширные и большие инфаркты были обусловлены обтурирующим атеротромбозом и крайне редко – кардиогенной эмболией.

Отличительной особенностью инфарктов в бассейне ВБС явилась их множественность, определяемая, главным образом, сочетанием МПИ, МГИ, средних инфарктов, возникших при тандемном атеростенозе, и сочетанием инфарктов от малого до обширного, обусловленных обтурирующим атеротромбозом. Также установлено сочетание свежего обширного или большого атеротромботического инфаркта с организованными МПИ, МГИ и средними инфарктами, возникших при тандемном атеростенозе артерий ВБС, что позволяет расценивать небольшие инфаркты как предикторы тяжелого ишемического инсульта.

КОМБИНИРОВАННЫЕ НАРУШЕНИЯ РАЗВИТИЯ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ ПРИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ЦНС

Епифанцев А.В., Милокост С.А.

ГБУ РО «Областная детская больница», Ростов-на-Дону, e-mail: alexep4@rambler.ru

Нарушения развития психоневрологических функций у детей занимают по частоте и тяжести одно из ведущих мест в структуре болезней нервной системы. Это особая группа патологических состояний, в основе которых лежит симптоматика, связанная не с основным очаговым повреждением структур нервной системы, а с нарушением программы их функционального и морфологического созревания в процессе онтогенеза. Возникновение НРПНФ может быть обусловлено генетической патологией, а так же различными повреждающими эндогенными и экзогенными факторами, воздействующими на развивающуюся нервную систему во внутриутробном, интранатальном или раннем постнатальном периодах, когда еще не завершены основные процессы формообразования мозга.

Проблема организации реабилитационной терапии детей с врожденными и наследственными заболеваниями нервной системы неразрывно связана с разработкой эффективных методов определения уровня развития отдельных психоневрологических функций, их соответствия возрастной норме, отставания или опережения. Нарушения развития психоневрологических функций (двигательных, перцептивных, интеллектуальных, речевых, коммуникативных) наблюдаются при детском церебральном параличе и других заболеваниях его круга, детском аутизме, при ряде наследственных заболеваний(с-мы Мартина-Бел, Ангельмана, Прадера–Вилли, Корнелли де Ланге, Сотоса, Дауна, фенилкетонурия.) и хромосомных синдромах.

Патогенетическую основу составляет не необратимая органическая поломка нейрональных микроструктур и органелл, а преимущественно функциональные нарушения со стороны различных систем нервной клетки, ответственных за мембранную рецепцию, аксональный и дендритный транспорт, нейрональную регенерацию.

Клинические нарушения развития нервной системы характеризуются аномалией или задержкой развития основных психоневрологических функций – двигательных, перцептивных,

речевых, интеллектуальных, коммуникативных, эмоциональной сферы. Указанные нарушения могут наблюдаться как в изолированном виде, так и в различных сочетаниях, носить количественный темповый характер (задержка или опережение развития по возрастным периодам), или качественный (развитие по аномальному пути). Основной контингент составляют дети с ДЦП и имеющие комбинированные нарушения.

В частности, к нарушениям двигательного развития относятся многообразные формы детского церебрального паралича, но так же и варианты минимальной статикомоторной дисфункции, к нарушениям перцептивного развития – зрительные и слуховые дисгнозии, т.н. перинатальные слепота и тугоухость, к нарушениям речевого развития –дизартрии и дисфазии, задержки формирования речи.

Если ребенок с органическим поражением ЦНС, то имеются нарушения развития интеллектуальных, коммуникативных функций и эмоциональной сферы могут проявляться в виде минимальной психоречевой недостаточности, умственной отсталости, олигофрении, отклонений в поведении и общении с окружающими (избыточные «прилипчивость» или замкнутость), различных аутистических и аутистикоподобных синдромов, эмоциональной сглаженности со снижением интереса к окружающим или повышенной возбудимости с эмоциональной и двигательной расторможенностью.

Следует учитывать недифференцированность функций на начальном этапе. Так, зрительное восприятие слито с эмоциями, интеллектуальное развитие – с зрительно –моторной координацией, импрессивная речь – со слуховым восприятием. Об интеллекте ребёнка раннего возраста мы судим по состоянию двигательной, перцептивной и эмоциональной сфер.

Сопоставление состояния высших психических функций больного ребенка с нормальными показателями позволяет установить степень его отставания или опережения в развитии по сравнению с возрастной нормой. Поэтому целесообразно описывать « профиль развития» психоневрологических функций ребенка, где используется принцип соотнесения с нормой. Отставание может быть парциальным или генерализованным, равномерным и не равномерным(диссоциированным), по тяжести – выраженным, средним и легким. На фоне прогрессирования заболевания или его успешного лечения по мере взросления ребенка психоневрологический «профиль развития» существенно меняется. Эффективная реабилитационная терапия позволяет значительно ускорить темп развития ребенка, чтобы он мог нагнать своих сверстников.

Таким образом, клинико-психологическое исследование соответствия уровня развития ребёнка возрастной норме имеет большое значение в ранней диагностике даже минимальных отклонений в развитии, а также в мониторинге дальнейшего становления психоневрологических функций при прогрессировании заболевания нервной системы или на фоне нормализации состояния ребёнка при применении эффективной реабилитационной терапии.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГЕПАРИНОВ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Ивашев М.Н., Аджиенко В.Л., Сергиенко А.В., Саркисян К.Х.

Пятигорский филиал ГБОУ ВПО Волг ГМУ Минздрава России, Пятигорск, e-mail: ivashev@bk.ru

Фракционные гепарины (ФГ) относительно новый класс лекарственных препаратов, которые обладают широким спектром биологического действия, как многие средства, применяемые в медицинской практике [2, 5, 6, 7, 8]. Применение этих препаратов имеет свои отличительные свойства, которые зависят от характерных особенностей каждого из препаратов, относящихся к ФГ.

Цель исследования. Выявить закономерности в отличиях фракционных гепаринов, применяемых в клинической практике.

Методы исследования. Исследование проводилось методом мета – анализа литературы, учитывая применение современных статистических методов [1, 3, 4].

Результаты исследования и их обсуждение. ФГ (средняя молекулярная масса 4000–7000 дальтон) – высокоэффективные антитромботические и слабые антисвертывающие средства прямого действия. ФГ различаются по способу производства, молекулярному весу и активности. Активность ФГ выражается в международных единицах (МЕ): в МЕ анти-Ха (антифактор Ха) и МЕ ЧАТВ (частичное активированное тромбопластиновое время). ЧАТВ (фактор IIа) – отражает антисвертывающее действие. Анти-Ха – отражает антитромботическую активность. Фармакокинетика ФГ не меняется в зависимости от введенной дозы ФГ. Анти-Ха-активность сохраняется в течение 18–24 ч. ФГ не являются взаимозаменяемыми. ФГ производят путем химической или ферментативной деполимеризации нефракционированного гепарина. У ФГ соотношение активности против фактора Ха и против фактора IIа составляет примерно 3:1, у нефракционного гепарина (НГ) 1:1. Отличия ФГ от НГ:

1. Более выраженное влияние на фактор Ха, чем на фактор IIа (тромбин, АЧТВ), при меньшем риске развития кровотечений.

2. Более выраженное подавление образования тромбина (инактивация одной молекулы фактора Ха может предотвратить образование примерно 50 молекул тромбина).

3. Угнетение высвобождения фактора фон Виллебранда.