

6. Скрипкин Ю.К., Мардовцев В.Н. и др. Кожные и венерические болезни. (Руководство для врачей – 2 том), М., Медицина, 1999

7. Orbatos C.E., Garbe C. Therapie der Hautkrankheiten. – Berlin, 1995

Хулоса

НАФЪБАХШИИ ДОРУҶОИ ТИМОГЕН ВА КЛОРИТИН ДАР МУОЛАҶАИ КОМПЛЕКСИИ БЕМОРОНИ КАҶИР

Б.И.Сайидов, М.К.Сабзалиев, М.М.Ахмадов

Санҷиш дар 79 нафар шахсони мубтало ба каҳири бодигармӣ, ки бо номҳои дигар – таби газнай, саглесак ва ғайра (дар урфият) машҳур аст гузаронда шуд. Усули муолаҷаи ихтирокардаи ҳуди муаллифон бо истифодаи доруҳои тимоген ва клоритин муайян кард, ки аз миқдори умумии беморон дар 49 нафар бемори вазнин миқдори Т-супрессорҳо, Е-РОК, Т-хелперҳо хеле кам гардида, сатҳи Ig E дар ҳамаи беморон 5 маротиба зиёд шудааст.

Истифодаи тимоген ва клоритин дар муолаҷаи комплексии каҳири бодигармӣ дар қатори дигар усулҳои дармони маъмулӣ муддати ифқат (сабукшавии бемори)-ро дар 25,4% бемор то 6 моҳ, дар 43% бемор 3-6 моҳ дароз карда ба ҳамаи беморон ихтилолоти масунятро барҳам дод.

Summary

EFFECT OF TYMOGEN AND CLARITIN AT COMPLEX THERAPY UNDER NETTLE RASH

B.I. Saidov, M.K. Sabzaliev, M.M. Ahmedov

The effect of by authors working out method of treatment of nettle rash (79 patients) was studied. Immunological investigations were shown that in severe patients level of T-suppressors, E-RFC and T-helpers was decreased, and Ig E increased in 5 times. Therefore immune stimulating preparate timogen and antihistaminial preparate claritin were given to patients with nettle rash. The results indicated that remission period more 6 months in 25% patients was been, more 3 months in 43%. Immune indexes were improved too.

ФИЗИОЛОГИЯ

ИССЛЕДОВАНИЕ МЕТОДОМ ЭЭГ – КАРТИРОВАНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТОЗОМ

Ш.Х. Гуламова, Х.Х. Рабиева, З.Х. Хабибова, З.Д. Алиева, Б.К. Бойматова

Таджикский институт последипломной подготовки медицинских кадров;
Национальный диагностический центр

Актуальность. Гестоз, несмотря на достижения современной медицинской науки, является одной из важнейших проблем здравоохранения [1-11]. Гестозы чаще наблюдаются у людей с высокоразвитой нервной системой. При этом важнейшим патогенетическим звеном являются её функциональные расстройства.

Кортиковисцеральная теория рассматривает гестоз как своеобразный невроз беременных с нарушением физиологических взаимоотношений коры и подкорковых образований головного мозга, приводящим к изменениям в работе сосудистой системы [4].

Нервная система матери играет ведущую роль в восприятии многочисленных импульсов, поступающих от плода. Следовательно, в основе патогенеза позднего гестоза лежат нарушения адаптации её организма во время беременности, неполноценность функциональных систем, обеспечивающих гестационный процесс.

С наступлением беременности в ЦНС матери начинает поступать поток импульсов, вызывающих появление в коре очага возбудимости – гестационной доминанты. По физиологическим законам индукции вокруг неё создаётся поле торможения нервных процессов. Клинически это проявляется в заторможенном состоянии беременной с преобладанием интересов, связанных с рождением и здоровьем будущего ребёнка. Из литературных источников известно, что до 3-4 месяца беременности возбудимость коры головного мозга в целом снижена, а затем постоянно повышается [6, 9, 10].

На основе проведённой немедикаментозной терапии, а также изучения психоэмоционального статуса беременных, А. В. Рымашевский с соавторами [8] указали на то, что в генезе хронической внутриутробной гипоксии плода у беременных с гестозом имеет место не только периодический сосудистый фактор, но и центральные механизмы регулирования гемодинамики.

Н. И. Кумова [6], Н. А. Аршавский [2] Wenolerlien [11], Ю. И. Савченко, К. С. Лобынцев [10] также подтверждали наличие перекрёстного влияния психоэмоционального статуса женщин и функционального состояния плода в лимбикоретикулярном комплексе матери. Доказана роль вегетативной эмоционально-мотивационной системы, личностных особенностей женщины в его формировании [5, 11].

Но, несмотря на многочисленные исследования этой тяжёлой патологии, единые критерии диагностики гестоза отсутствуют, что ведёт к недооценке тяжести состояния пациенток.

Целью настоящей работы явилось выявление электрофизиологических критериев поражения центральной нервной системы беременных с гестозом методом ЭЭГ-картирования.

Материалы и методы исследования. Нейрофизиологические исследования методом ЭЭГ-картирования проводились у 30 беременных женщин с поздним гестозом, госпитализированных в отделение патологии беременности септико-обсервационного родильного дома (СОРД). Электроэнцефалография (ЭЭГ) мозга проводилась в Национальном диагностическом центре, в отделении функциональной диагностики. Электроэнцефалография производилась с использованием безбумажного электроэнцефалографа «Нейрокартограф» (МБН, Россия).

Возраст пациенток – от 19 до 43 лет (в среднем $32,3 \pm 1,49$), из которых 7 женщин были первородящими и 23 – повторнородящими. Одну группу (контрольную) составляли 6 беременных здоровых женщин, вторую (основную) группу – 24 беременные женщины с гестозом. У 6 из них, с лёгкой формой гестоза, выявлен один фактор риска – повышение артериального давления (АД) от 120\80 до 160\110 мм.рт.ст. У 6 женщин со средней тяжестью гестоза выявлены два и более факторов. Здесь преобладали первые роды, ожирение, хроническая артериальная гипертензия, у одной – значительный интервал между родами (9 лет) и гестоз в прошлой беременности. У остальных 12 женщин из основной группы выявлено более 5 факторов риска. У 2 пациенток в анамнезе – черепно-мозговая травма, перенесённая в детстве, у 10 женщин – возраст более 30 лет, у 4 – избыточный вес, у 3 – гипертоническая болезнь и ещё у трёх – пиелонефрит. Две женщины перенесли гестоз при предыдущих беременностях. Явления гестоза развивались в 25-40 недель (средний срок – $36 \pm 0,92$ недель).

Исследование включало запись ЭЭГ покоя и регистрацию ответов на стандартные функциональные нагрузки (реакция на открывание и закрывание глаз и трёхминутную гипервентиляцию). Каждая запись ЭЭГ оценивалась визуально и с применением спектрального анализа.

Результаты и их обсуждение. Установлены изменения в виде периодических снижений

мощности альфа-ритма, нечёткости в проявлении его модуляций и спонтанных депрессий, неустойчивости по частоте и амплитуде, заострении его вершин, особенно в передних областях мозга. В лобных и височных областях альфа-ритм часто сменяется бета-активностью. Количественная оценка позволила уточнить степень этих нарушений. В результате визуальной оценки выявлены некоторые качественные особенности патологических сдвигов биоэлектрических потенциалов мозга в зависимости от тяжести заболевания.

В лобных и височных областях альфа-ритм часто сменяется бета-активностью. При действии световых раздражителей реакция активации характеризуется нечёткостью. Имеет место вспышковая активность альфа-ритма. При открывании глаз отмечается его умеренная депрессия. При закрывании глаз прежняя электроэнцефалографическая картина восстанавливается полностью.

Особенности нарушений биоэлектрических потенциалов мозга у беременных женщин с гестозом лёгкой и средней степени тяжести свидетельствуют о диффузном снижении функционального состояния корковых нейронов, ослаблении реактивности и лабильности, обусловленных дисфункцией мезодиэнцефальных структур.

Эти изменения, хотя и не достигают глубокой степени патологии, тем не менее указывают на наличие уже имеющейся таламо-кортикальной дисфункции, проявляющейся в усилении влияния тонического компонента восходящих активирующих проекций при ослаблении физического, что свидетельствует о нарушении кортико-фугальных взаимоотношений (рис. 1).

Патологические сдвиги биоэлектрической активности мозга у беременных с тяжёлой степенью гестоза, в отличие от больных с лёгкой и средней степенью, характеризуются большей выраженностью, проявляющейся в преобладании дизритмической активности, колебаниями электропотенциалов и отсутствием топографических различий (рис. 2). Нерегулярный, с острыми вершинами, деформированный альфа-ритм с нечётким регионарным распределением наиболее выражен в теменно-затылочных отведениях. Во всех областях мозга зарегистрированы медленные колебания. При предъявлении ритмической световой стимуляции реакция активации ЭЭГ нечёткая. Наблюдаются вспышки полиморфной активности с преобладанием альфа-ритма от 8,7 до 10,3 Гц в затылочной области. Дельта-волны выше фоновой активности. Это указывает на понижение реактивности и лабильности корковых нейронов и свидетельствует о грубой таламо-ретикулярной диссоциации.

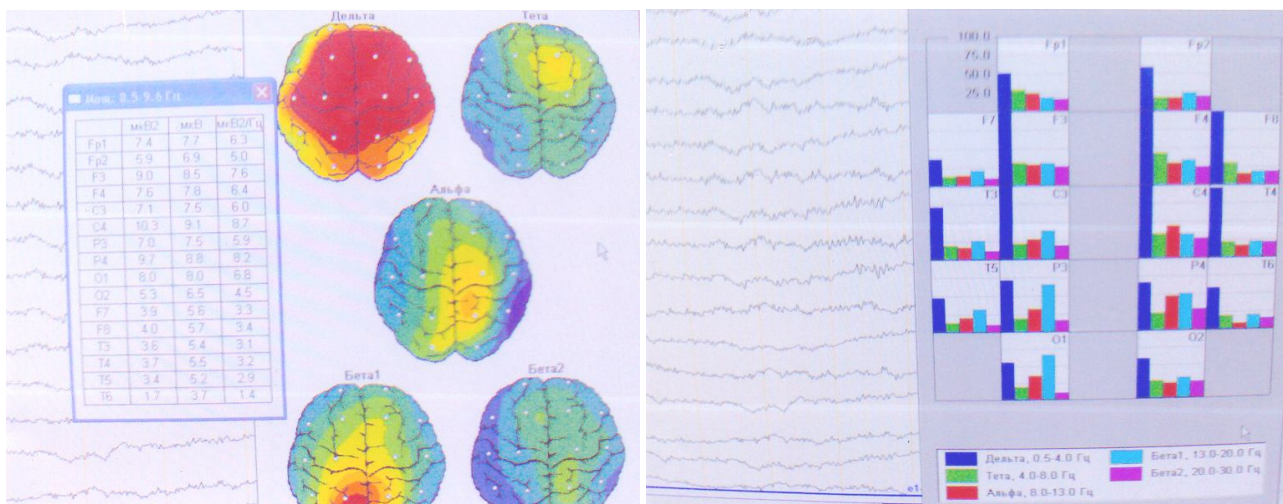
На электроэнцефалограммах беременных женщин контрольной группы (не страдающих гестозом) имели место общемозговые изменения в виде дезорганизации корковой ритмики, свидетельствующие о дисфункции срединных структур мозга, влияющих на кору со стороны регулирующих систем. У двух женщин этой группы биоэлектрическая активность мозга находилась в пределах нормы.

В отличие от контрольной группы, у беременных с гестозом отмечалась спонтанная пароксизмальная активность, усиливающаяся при функциональных нагрузках. Пароксизмальная активность фоновой записи ЭЭГ, либо появление её при функциональных нагрузках (световая стимуляция, гипервентиляционная проба) свидетельствуют о низком пороге судорожной готовности мозга.

При проведении аналогичных исследований интересные результаты получены Г. И. Овсянкиной с соавторами (Белорусский Государственный медицинский университет, 2006). На основании записи ЭЭГ, авторы показали работу разных уровней ЦНС, которые обеспечивают адаптационные и регуляторные механизмы различных реакций и состояний в организме беременной. Опасные биоэлектрические потенциалы (т.е. появление острых волн, спаек, комплексов «острая волна – медленная

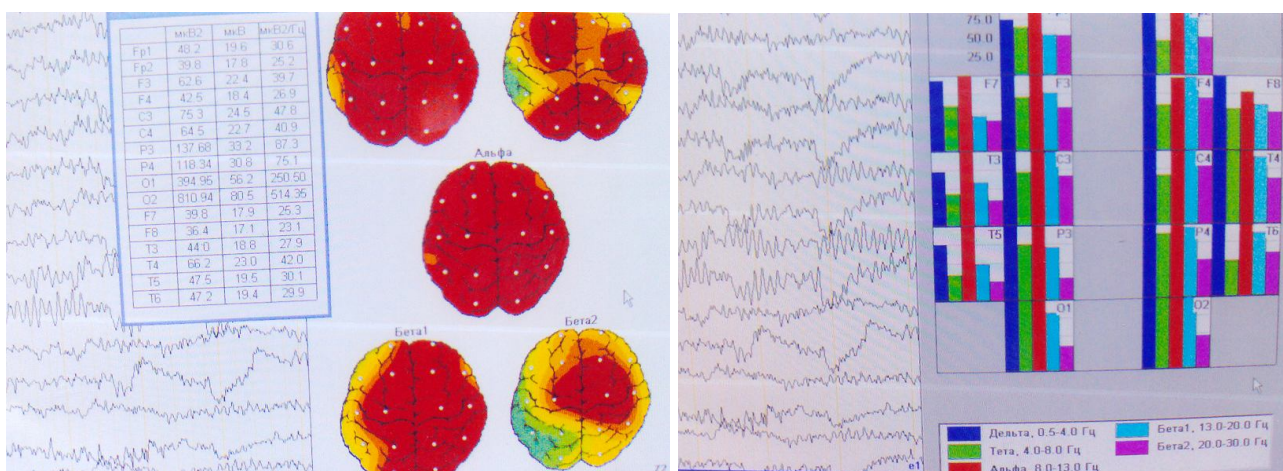
волна», патологических показателей, характерных для судорожной готовности при эклампсии) у гестозных больных выявлены не были. Однако анализ ЭЭГ позволил оценить тяжесть повреждения головного мозга у беременных и прогнозировать угрозу возникновения эклампсии [7].

Рис.1. Гестоз лёгкой степени



α - ритм в покое отсутствует; α - ритм после гипервентиляции;
 β - ритм в покое; β - ритм после гипервентиляции;
 σ - ритмы одиночные, слабо выраженные; σ - ритмы после гипервентиляции; ν - ритмы отсутствуют.

Рис.2. Гестоз тяжёлой степени



α – ритм в покое, регулярный с высокой амплитудой;
 β - ритм после гипервентиляции с высокой амплитудой;
 σ - ритм в покое, умеренный; σ - ритм после гипервентиляции с высокой амплитудой;
 σ - ритм в покое без локальности; σ - ритм после гипервентиляции с высокой амплитудой;
 ν - ритм в покое без локальности; ν - ритм после гипервентиляции с высокой амплитудой.

Анализ полученных нами методом ЭЭГ-картирования данных о спонтанной биоэлектрической активности мозга у больных гестозом и сопоставление их с материалами других

исследователей, позволяют сделать заключение о том, что данный метод даёт возможность:

- уточнить изменения биоэлектрической активности мозга, которые в сочетании с отклонениями в неврологическом статусе приобретают конкретное диагностическое значение;
- оценить тяжесть повреждения мозга у беременных с гестозом;
- прогнозировать угрозу возникновения эклампсии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антошина Н.Л., Михалевич С.И. Современные представления об этиологии и патогенезе гестоза//Медицинские новости.-2005.-№ 3.-с. 23-28
2. Аршавский Н.А. Роль гестозиозной доминанты в качестве фактора, определяющего нормальное или отклоняющееся от нормы развитие зародыша//Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. – М., 1957
3. Астапенко А.В., Короткевич Е.А., Антиперович Т.Г. и др. Тромбоз церебральных вен и синусов//Медицинские новости.-2004.-№ 8.-с.48-52
4. Гавриленко А. Что такое гестоз?//Медицинские аспекты беременности. -М. РГМУ, 2002
5. Григоренко А.П. Интенсивная терапия и реанимация энцефалопатий, обусловленных тяжёлыми формами гестозов: Автореф. док. дисс. 14.00.37/Белгородский Государственный университет. -М., 1999
6. Куимова Н.И. Психопрофилактика в акушерстве и гинекологии. – Киев, 1967.-с.234-237
7. Овсянкина Г.И., Астапенко А.В., Гончар И.А., Короткевич Е.А. и Антиперович Т.Г. Исследование спонтанной биоэлектрической активности мозга у беременных с гестозом методом ЭЭГ-картирования /Белорусский Государственный медицинский университет, 2006
8. Рымашевский А.В. и соавт. Целесообразность психотерапевтического воздействия при поздних гестозах//Очерки физиологии и морфологии функциональной системы «мать-плод». –М. Медицина, 1978
9. Беременность и нервная система//Гинекология ведения беременности (под редакцией Савельевой Г. М.). –М., 2007
10. Савченко Ю. И., Лобынцев К. С. Очерки физиологии и морфологии функциональной системы «мать-плод». М. Медицина, 1978
11. Wenolerlion J/ Gestose and psychosomatic –LbI Gynecolog – 1983/ -V/103/ - № 22. –с.1457-1467

Хулоса

ОМЎЗИШИ ҲОЛАТИ ФУНКЦИОНАЛИИ МАЙНАИ САР ДАР ЗАНОНИ ХОМИЛАИ ГИРИФТОРИ ГЕСТОЗ БО УСУЛИ ЭЛЕКТРОЭНСЕФАЛОГРАФИЯ Ш.Х. Фуломова, З.Х. Ҳабибова, Х.Х. Рабиева, З.Д. Алиева, Б.К. Бойматова

Дар мақола масъалаҳои истифодабарии усули электроэнцефалография (ЭЭГ) барои ташхис дар занони хомилаи гирифтори гестоз баррасӣ карда шудааст.

Таҳлили муқоисавӣ нишон дод, ки фаъолияти биоэлектрикии майнаи сар дар хомиладорони гирифтори дараҷаи вазнини гестоз, аз гирифторони дараҷаҳои вазнинии миёна ва сабук фарқ мекунад. Ин тафовутҳо бо зухуроти калони фаъолияти ғайримавзунӣ лаппишҳои потенциалҳои электрикӣ бо набудани фарқияти мавзӣ тавсиф мешаванд.

Таҳлили ЭЭГ ба баҳодихии дараҷаи вазнинии харобии майнаи сар дар хомиладорон ва пешгӯии пайдошавии эклампсия имконият медиҳад.

Summary

THE INVESTIGATION BY METHOD OF EEG-CARDING OF FUNCTIONAL STATE OF BRAIN IN PREGNANT WOMEN WITH GESTOSIS

Sh.H. Gulamova, Z.H. Habibova, H.H. Rabieva, Z.D. Alieva, B.K. Boymatova

In the work the problems of method of EEG of brain in pregnant women with severe pathology – gestosis were observed. The analysis of EEG gives possibility to value severity of injuries of brain in pregnant women, and prognose damage of eclampsy.