

population-based estimates. *Neuroepidemiology* 19:87–99

76. Andersen R. (1995) Revisiting the behavioural model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav* 36:1–10

77. Meinardi H, Scott RA, Reis R, Sander JW AS, on behalf of the ILAE Commission on the Developing World. (2001) The treatment gap in epilepsy: the current situation and ways forward. *Epilepsia* 42:136–149;

78. Mbuba CK, Ngugi AK, Newton CR, Carter JA. (2008) The epilepsy treatment gap in developing countries: a systematic review of the magnitude, causes, and intervention strategies. *Epilepsia* 49:1491–1503

79. Карлов В.А., Рокотьянская Е.М., Коваленко Г.А. К вопросу о рецидивах у взрослых больных с эпилепсией. *Эпилепсия и пароксизмальные состояния*. 2011; 2: 22–27,

80. Керимов А.Г., О некоторых вероятных факторах риска в возникновении эпилепсии среди взрослого

населения крупного промышленного города. // Сб. науч. труд. Ленинградский науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В. М. Бехтерева. Л., 1986. - Т.115. - С. 92–93,

81. Скинетров А.И., Рухлядова А.А. Некоторые данные клинко-статистического изучения эпилепсии в Ульяновской области. // Материалы Всероссийской конференции по проблемам эпилепсии. -М., 1964.-С. 164–165,

82. Скрыбин Г.И., Маланьин И.И. О заболеваемости эпилепсией в Тейковском районе Ивановской области. // Актуальные проблемы эпилепсии. М., 1967.-С. 411–417,

83. Утин А. В., Наследственность и среда при эпилепсии. М., 1982. 90 с

84. Guidelines Working Group. (2001) Updated guidelines for evaluating public health surveillance systems. Recommendations from the Guidelines Working Group. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 50:1–35

АДАПТИВНЫЕ, РЕЗЕРВНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Мусабекова Т.О., Шлейфер С.Г., Андрианова Е.В,
Рысалиева Н.Т., Ибатуллин И.Ф.

Кыргызско-Российский славянский университет им. Б.Н.Ельцина

Медицинский факультет

Кафедра неврологии и нейрохирургии

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Проведено комплексное исследование, включающее анкетирование, нейропсихологическое, неврологическое и кардиоинтервалографическое исследование у 69 лиц молодого возраста, проживающих в Кыргызской Республике. Предварительные результаты позволяют думать, что в молодом возрасте имеется достаточный резерв адаптивных возможностей, позволяющий сохранять вегетативные параметры покоя в пределах физиологической нормы. В тоже время следует отметить эмоционально-вегетативную симптоматику, свидетельствующую о заинтересованности лимбической системы.

Ключевые слова: неврологический статус, кардиоинтервалография, нейропсихологическое исследование, лица молодого возраста.

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫН ШАРТЫНДАГЫ ЖАШТАРДЫН АДАПТИВДҮҮ ЖАНА РЕЗЕРВДҮҮ МҮМКҮНЧҮЛҮКТӨРҮ

Мусабекова Т.О., Шлейфер С.Г., Андрианова Е.В,
Рысалиева Н.Т., Ибатуллин И.Ф.

Б.Н.Ельцин атындагы Кыргыз-Орус славян университети

Медицина факультети

Неврология жана нейрохирургия кафедрасы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Кыргыз Республикасында жашаган жаш курактуу 69 адамга комплестүү нейропсихологиялык неврологиялык, кардиоинтервалографиялык изилдөө өткөзүлдү. Алгачкы жыйынтыктар, жаш курактагылардын жогорку денгелдеги резервдүү адаптациялык мүмкүнчүлүктөрү вегетативдик көрсөткүчтөрдү толук камдуу физиологиялык норма денгелинде сактап калат деген ойго алып келет. Ошол эле учурда, баса белгилөөчү нерсе, бул лимбикалык системасынан көз каранды эмоционалдык-вегетативдик системсы.

Негизги сөздөр: неврологиялык статус, кардиоинтервалография, нейропсихологиялык изилдөө, жаш курактуу адамдар.

ADAPTIVE, RESERVE OPPORTUNITIES IN YOUNG PEOPLE UNDER THE CONDITIONS OF THE KYRGYZ REPUBLIC

**Musabekova T.O., Shleifer S.G., Andrianova E.V.,
Rysaliev N.T., Ibatullin I.F.**

Kyrgyz-Russian Slavic university after Eltsin B.N.

Medical Faculty

Neurology and Neurosurgery Department

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. A comprehensive study, including questionnaires, neuropsychological, neurological and cardiointervalographic examination of 69 young people living in the Kyrgyz Republic was conducted. Preliminary results suggest that young people have a sufficient reserve of adaptive features. This allows them to save the vegetative parameters of rest within the physiological norm. At the same time the emotional and vegetative symptoms should be noted, which demonstrates the concernment of the limbic system.

Key words: neurological status, cardiointervalography, neuropsychological examination, young people.

В последнее время все больше внимание исследователей привлекает изучение патогенетических аспектов цереброваскулярных заболеваний. При этом одним из основных звеньев патогенеза может явиться снижение резервных возможностей и нарушение механизмов адаптации, которые с возрастом претерпевают значительные изменения и становятся более зависимыми от меняющихся условий внешней и внутренней среды. Причем, чем ниже резервные возможности организма, тем более высокое напряжение регуляторных механизмов требуется для поддержания гомеостаза (Гиткина Э.С., Пономарева Е.Н., Евстигнеева В.В., Шалькевич В.Б. 2000). Оценка состояния здоровья включает определение уровня резервных возможностей организма. Согласно исследованиям ряда авторов (Гаркави Л.Х., Квакина Е.Б., Уколова М.А., 1979), при длительном воздействии возмущающих факторов происходит истощение запасов энергии, организм переходит от состояния здоровья к состоянию болезни по следующим этапам: удовлетворительной адаптации, функционального напряжения, неудовлетворительной адаптации и срыва адаптации. Переход относительно здоровых людей из состояния функционального напряжения в состояние неудовлетворительной адаптации сопровождается возникновением заболеваний, а прогрессирование хронических заболеваний истощает резервные возможности (Баевский Р.М., 2001). Кроме стрессовой реакции на сильные раздражители, существует общая неспецифическая адаптационная реакция на слабые раздражители, названная Гаркави “реакцией тренировки”, способствующая

сохранению функциональных резервов и медленному повышению сопротивляемости организма. Общая неспецифическая адаптационная реакция на раздражители средней силы называется “реакцией активации”, которая является оптимальной для возбуждения защитной деятельности организма. Подобные реакции на любой раздражитель эндогенной или экзогенной природы в живом организме являются по своей сути защитно-приспособительными и обеспечивают восстановление гомеостатических параметров организма при патологии. О состоянии адаптационно-компенсаторных механизмов организма в клинической практике, согласно современным воззрениям, можно судить по структуре синусового сердечного ритма [9-13]. Характер защитно-приспособительных реакций определяется, прежде всего, изменениями тонуса нервной и гуморальной регуляции кровообращения (Жемайтис Д.И., 1983).

Актуальной проблемой превентивной медицины является своевременное выявление донологических изменений и анализ факторов риска цереброваскулярных заболеваний (ЦВЗ) у лиц молодого возраста. По данным ряда авторов на современном этапе развития отмечается «омоложение» инсульта с увеличением его распространенности среди людей трудоспособного возраста (Кадыков А.С., Шахпоронова Н.В. 2007; Суслина З.А., 2001). В популяционных исследованиях (B. Kristensen et al. 2007; Фонякин А.В., Гераскина Л.А., Суслина З.А. 2007; Jacobs B.S., Boden-Albala B., Sacco R.L. et al. 2002), проведенных в последние годы в различных странах Европы и Америки, где было показано, что частота развития инсультов

у пациентов молодого возраста составляет 6,7-17,1 случаев на 100 тыс. населения в год. Также по данным ВОЗ отмечен рост числа нарушений мозгового кровообращения, обусловленный многофакторностью сосудистых заболеваний головного мозга. По данным мультивариантного регрессионного анализа (Jacobs B.S., Boden-Albala B., Sacco R.L. et al. 2002), у пациентов молодого возраста были установлены следующие значения факторов риска, наиболее влияющих на развитие инсультов: аномалии цереброваскулярной системы – 25%, диссекция – 21%, кардиальная патология – 11,15%, атеросклероз – 7%, гипертензия – 5%, мигрень – 3,59%, дефекты коагуляции – 2,61%, табакокурение – 2,16%, интракраниальные опухоли – 1,82%, воспалительные заболевания – 1,4%. В 19% случаев - причина оставалась необъяснимой.

В городе Бишкек общая заболеваемость цереброваскулярной патологией на 2013 год составила 3310,4 на 100 тыс. населения, а по республике соответственно - 924,9 на 100 тыс. населения. В структуре причин первичной инвалидизации взрослых, как и в предыдущие годы, ведущее место заняли болезни кровообращения, достигая 19% (Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения КР в 2013 году).

Актуальность изучения вопросов изучения адаптивных механизмов и резервных возможностей у лиц молодого возраста для выявления предикторов цереброваскулярной патологии, приобретает особую значимость в условиях Кыргызстана. Жители низкогогорья находятся под постоянным воздействием специфических климато-географических факторов, отличающихся от равнинного климата, а именно: более низкие показатели барометрического давления, парциального давления кислорода, влажности воздуха и др., сочетающиеся с внутренней миграцией и урбанизацией населения.

Цель: выявление факторов риска цереброваскулярных заболеваний и определение особенностей адаптивных возможностей у лиц молодого возраста, проживающих в Кыргызской республике.

Задачи: выявить факторы риска цереброваскулярных заболеваний у лиц молодого возраста, проживающих в Кыргызской республике; определить адаптивные возмож-

ности у лиц молодого возраста, проживающих в Кыргызской республике.

Материал и методы исследования.

Проведено обследование студентов 4 курса медицинского факультета – 69 человек, которые начали заниматься на клинических базах по цикловой системе обучения. Возраст студентов варьировал от 19 до 25 лет (средний возраст составил $21 \pm 0,1$ год) из них 35 (50,7%) девушек и 34 (49,3%) юноши, проживающие в г. Бишкек. Всем проведено анкетирование, неврологическое обследование (НИИ неврологии РАМН), нейропсихологическое тестирование (6 шкал) и кардиоинтервалография с анализом вариабельности сердечного ритма по Р.М. Баевскому (1986).

Для оценки эмоционального состояния использовались тесты самооценки ситуативной, реактивной тревожности (тест Ч.Д. Спилбергера, адаптированный Ю.Л. Ханиным, 1969) и депрессии (шкала Zung V., адаптированная Т.Н. Балашовой, 1965). Общая оценка когнитивных функций производилась при помощи краткой шкалы оценки психического статуса (КШОПС), или теста «Мини-Ментал» (Mini-Mental State Examination, надежность теста установлена Folstein M., Folstein S., et al., 1975). Также была применена шкала оценки астении MFI (The Multidimensional Fatigue Inventory, Smets E.M. et al., 1994).

Для оценки состояния вегетативной нервной системы проводили кардиоинтервалорафическое исследование. Кардиоинтервалограмма регистрировалась с использованием автоматизированной системы анализа сердечного ритма, состоящей из компьютера CORE i3, ритмографа, смонтированного на базе одноканального электрокардиографа, аналого-цифрового преобразователя и программного обеспечения. При статистическом и спектральном анализе ВСР оценивались следующие показатели: амплитуда моды (АМо) – условный показатель активности симпатического звена регуляции; индекс напряжения регуляторных систем (ИН) - характеризует активность механизмов симпатической регуляции, состояние центрального контура регуляции; общая мощность спектра волновых колебаний КИГ (TOTAL power), обозначаемый далее в тексте, как TOTAL – отражает суммарное влияние

отделов вегетативной нервной системы на сердечный ритм; симпато-вагальный индекс (LF\HF) – характеризует соотношение или баланс симпатических и парасимпатических влияний на ритм сердца.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью программы SPSS.

Результаты исследования.

По данным неврологического опроса 30 (43,5%) респондентов в анамнезе указали на наличие головных болей, при этом боли сжимающего характера отметили 9 (30%) человек, пульсирующего - 8 (26,7%), давящего - 8 (26,7%), тупого и ноющего - 3 (10,0%). У 14 (46,7%) обследованных головные боли локализовались преимущественно в височной области, у 7 (23,3%) – в лобной, у 9 (30,0%) - в затылочной и теменной областях. При этом у 3 (10,0%) опрошенных головная боль сопровождалась тошнотой, рвотой. Продолжительность головной боли составляла до 3,00ч. Возникновение головной боли в утреннее время отметили 8 (26,7%) студентов, в обеденное – 8 (26,7%), в вечернее – 10 (33,3%) и 4 (13,3%) опрошиваемых не указали время. Наличие головной боли респонденты связывали в 17 (56,7%) случаях с психоэмоциональной нагрузкой, в 5 (16,7%) - с голодом, в 3 (10,0%) - с переменной погоды и в 5 (16,7%) случаях какой-либо связи головной боли с эндогенными и экзогенными факторами не отмечали. Головокружение в момент анкетирования наблюдалось у 11 студентов (15,9%). В неврологическом статусе в ряде случаев выявлен дистальный гипергидроз,

красный дермографизм, анизорефлексия.

По результатам анкетирования обследуемых выявлено: показатель ИМТ составил - $21,6 \pm 0,4$; на ежедневные пешие прогулки на расстоянии 1-2 км указали 33 (47,8%) студента, на расстояние 3-4 км - 20 (29%), на 5 км - 16 (23,2%) студентов. Соответственно регулярное трехразовое питание указали 42 (60,9%) обследуемых, а 27 (39,1%) опрошенных считали свое питание нерегулярным. При этом общее количество потребляемой жидкости в сутки у 18 (26,2%) составило до 1 л, у 36 (52,2%) – до 2 л, у 15 (21,6%) - 3 л и больше. Нарушение режима сон-бодрствование выявлено у 32 (46,4%) опрошенных.

Из числа обследованных студентов 11 являлись курильщиками, которые выкуривали около 10 сигарет в день, 4 (5,8%) студента отметили злоупотребление спиртными напитками.

По результатам краткой шкалы оценки психического статуса (КШОПС) умеренный уровень личностной тревожности (ЛТ) выявлен у 36 студентов (52,2%), высокий уровень ЛТ - у 29 (42,0%), низкий уровень ЛТ отмечен у 4 студентов. По показателям ситуативной тревожности (СТ) у 9 (13,0%) студентов наблюдался низкий уровень, в 48 (69,6%) случаях - умеренный и высокий соответственно в 12 (17,4%) (рис. 1).

По шкале депрессии Цунга - депрессия легкой степени ситуативного или невротического генеза определялась у 19 (27,5%) студентов, в то время как субдепрессивное состояние наблюдалось у 3 (4,3%) (рис.2).



Рис.1. Распределение студентов по уровню личностной и ситуативной тревожности.

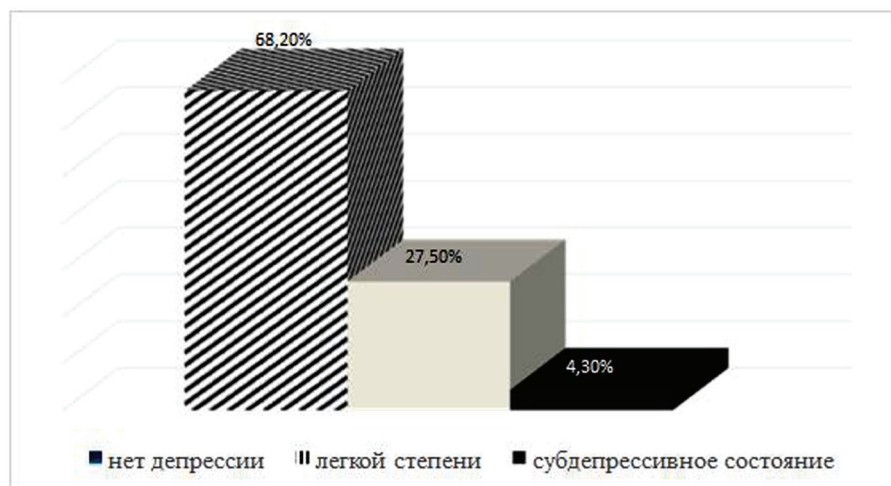


Рис.2. Распределение студентов по степени депрессии

По результатам опроса респондентов выявлены легкие нарушения сна у 34 (49,3%) студентов, умеренные нарушения сна у 9 (13,0%).

По результатам кардиоинтервалографии (КИГ) и анализу вариабельности сердечного ритма все показатели варьировали в пределах нормальных значений. При этом у 13 (19%) студентов по фоновым показателям КИГ преобладали симпатические влияния на ритм сердца, у 28 (40,6%) - парасимпатические, в 7 (10%) случаях показатели КИГ интерпретировались как нормотония. Из обследованных 7 студентов оказались с нарушением синусового ритма и тенденцией к брадикардии, которые не включены в статистическую обработку.

Обсуждение и заключение.

Комплексное исследование организованной группы молодых лиц показал ряд изменений субъективных состояний респондентов. Так одним из ведущих признаков явились головные боли. Характер цефалгии указывал на преобладание сосудисто - дистонического компонента и головных болей напряжения.

Нарушения режима питания отмечено более чем у 1/3 студентов, режима сон - бодрствование в виде легких и умеренных нарушений сна у 32 (46,4%) обследованных, что может являться одним из факторов, влияющих на состояние биологических ритмов и, отсюда, вегетативной дисрегуляции. Дефицит потребления жидкости, выявленный у 26,2% студентов, может влиять на состояние микроциркуляторного русла и, следовательно, на характер сосудистых реакций.

Напряженный ритм жизни отражался в

умеренном уровне личностной и ситуативной тревожности.

В то же время данные КИГ у всех обследуемых укладываются в физиологические варианты индивидуальных особенностей вегетативных реакций - симпатикотонию, парасимпатикотонию, нормотонию.

Следовательно, предварительные результаты позволяют думать, что в молодом возрасте имеется достаточный резерв адаптивных возможностей, позволяющий сохранять вегетативные параметры покоя в пределах физиологической нормы. В тоже время, следует отметить эмоционально-вегетативную симптоматику, свидетельствующую о заинтересованности лимбической системы хронического типа, которую нельзя недооценивать. В этих условиях возникает необходимость дальнейшего обследования и уточнения реактивности ВНС.

Литература:

1. Баевский Р.М., Берсенева А.П. Оценка адаптационных возможностей организма и риска развития заболеваний / Р.М. Баевский, А.П., Берсенева. - Москва, 1997. - 237с.
2. Бебинов Е.М., Худолей В.В. Динамика кардиоинтервалограммы человека на фоне измененной газовой среды в условиях горного климата. / Е.М. Бебинов, В.В. Худолей // Проблемы саногенного и патогенного эффектов экологического воздействия на внутреннюю среду организма. Материалы II международного симпозиума: Тез. докл. - Бишкек, 1995. - С. 93-94.
3. Вейн А.М., Молдовану И.В. Вегетативные расстройства / А.М. Вейн, И.В. Молдовану. - Москва, 2000. - 749 с.
4. Демографический ежегодник Кыргызской республики. Годовая публикация 2003-2007г. /

Национальный статистический комитет КР. – Бишкек, 2008. – С. 392.

5. Деряпа Н.Р. Биоклиматические аспекты здоровья населения: метеотропные болезни / Н.Р. Деряпа // Климат и здоровье человека. – Ленинград, 1988. – С. 68-82.

6. Дуус П. Топический диагноз в неврологии / П. Дуус. – Москва: Медицина, 1995. – 382 с.

7. Кадыков А.С., Шахпоронова Н.В. Сосудистые заболевания головного мозга / А.С. Кадыков, Н.В. Шахпоронова. – Москва, 2007. – 209 с.

8. Кононец И.Е. Характеристика реакций системной и регионарной гемодинамики в условиях высокогорья / И.Е. Кононец // Проблемы саногенного и патогенного эффектов экологического воздействия на

внутреннюю среду организма: Тез. докл. – Бишкек, 1995. С.47-48.

9. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии / А.Р. Лурия. – Москва: Изд-во МГУ, 1973. – 45с.

10. Писарук А.В. Анализ механизмов возрастных изменений системы барорефлекторной регуляции с помощью математической модели / А.В. Писарук // Пробл. старения и долголетия. – 1999. – Т.6, № 2. – С. 23.

11. Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме / Г. Селье. – М.: Медгиз, 1960. – 275 с.

12. Amaducci L., Andrea L. The epidemiology of the dementia in Europe. In: A.Culebras, J.Matias Cuiu, G.Roman (eds) : New concepts in vascular dementia / L. Amaducci, L. Andrea // Barselona: Prous Science Publishers, 1993, pp 1927.

КЛИНИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ НЕПРЯМОЙ СТИМУЛЯЦИИ ЛИМФОДРЕНАЖНОГО МЕХАНИЗМА НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

Песин Я.М.

Кыргызско-Российский славянский университет им. Б.Н.Ельцина

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Проводилась непрямая лимфостимуляция больным путем введения в межкостистые промежутки лекарственной смеси, состоящей из 15-20 единиц лидазы, 10-25 миллиграмм гидрокортизона и 4,0 – 5,0 миллилитров физиологического раствора. Непрямая лимфостимуляция проводилась 1 раз в сутки. Курс лечения - 10 дней. Оценен результат не прямой лимфостимуляции у больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения.

Ключевые слова: лимфолликворный барьер, лимфодренаж.

БАШ МЭЭ ПАТОЛОГИЯСЫНДА, НЕРВ СИСТЕМАСЫН ТҮЗ ЭМЕС ЛИМФОДРЕНАЖ МЕХАНИЗМИН СТИМУЛЯЦИЯЛООСУНУН КЛИНИКАЛЫК ТААСИРИ

Песин Я.М.

Б.Н.Ельцин атындагы Кыргыз-Орус славян университети

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бейтаптарга кыр арка сөөктөр аралыктарына лидазы 15-20 бирдиги, гидрокортизон 10-25 миллиграмм жана 4,0-5,0 миллилитр физиологиялык эритмесинин аралашмаларын сайып түз эмес лимфостимуляция өткөзүлдү. Бул машакат 1 күндө 1 жолу өткөзүлгөн. Жалпы курсу 10 күндү түздү. Мээ кан тамырларынын өткөөл чакта кан айланышы бузулган учурунда түз эмес лимфостимуляциялоо колдонулуп жыйнтыгына баа берилди.

Негизги сөздөр: лимфолликвордук барьер, лимфодренаж.

CLINICAL EFFECTS INDIRECT STIMULATION OF THE LIMFODRAINAGE MECHANISM NERVOUS SYSTEM AT A CEREBRAL PATHOLOGY

Pesin J.M.

Kyrgyz-Russian Slavic university after Eltsin B.N.

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. It was spent indirect limfostimulation by a sick way of introduction to interawned intervals of the medicinal mix consisting of 15-20 units Lidaza, 10-25 mg Hidrocortizon and 4,0 - 5,0 ml. of a physiological solution. Indirect limfostimulation it was spent 1 time a day. Course of treatment - 10 days. The result not by a straight line limfostimulation at patients with sharp infringements of brain blood circulation is estimated.

Key words: limfoliquid barrier, a lymphatic drainage.