

FX/i, производитель General Electric Medical Systems. Оценка когнитивных функций производилась посредством теста "мини-исследование умственного состояния" (MMSE) и теста "информация - память - концентрация внимания" (IMCT).

Результаты. Среди когнитивных расстройств в общей группе больных наиболее часто встречались различные степени нарушений внимания (75% больных) и ориентировки (58,3%). У 5% больных страдало повторение и воспроизведение в тесте трех слов. У семи больных отмечались нарушения счета: страдали математические операции при сохранности автоматизированного счета. Тест с рисованием многоугольников выполнялся правильно в подавляющем числе наблюдений, но у 3,8% больных отмечались затруднения при копировании фигур.

Нарушения памяти проявлялись как в форме амнезии личной информации - персональная память (7,7%), так и отвлеченная (11,5%). Нарушения внимания наиболее отчетливо удавалось выявить тестом обратного счета месяцев года, в котором больные ошибались на 11,5% чаще, чем в тесте прямого и обратного счета "1 - 20".

У четырех из девяти больных включенных в группу с капсулярной локализацией очага ишемического инсульта наблюдались затруднения при совершении арифметических операций (тест "100 минус 7"), у трех - при копировании рисунка. Нарушения внимания были зарегистрированы у двух больных.

В случае локализации очага инфаркта мозга латеральнее внутренней капсулы в 15,4% случаев (2 наблюдения из 13) обнаруживалось грубое несоответствие оригиналу при копировании фигур, причем один из этих пациентов испытывал затруднения при совершении арифметических операций. Лишь у 3-х пациентов наблюдалось снижение концентрации внимания.

Таким образом, при подкорковых инсультах когнитивный дефицит представлен преимущественно нарушением счета, копирования фигур, ориентации во времени, снижением внимания. При капсулярной и супракапсулярной локализации очага отмечались минимальные нарушения когнитивных функций в виде нарушения внимания. В последнем случае при увеличении размера очага ишемического инсульта возрастал и когнитивный дефицит.

РЕАБИЛИТАЦИЯ КАК ВАЖНЕЙШИЙ АСПЕКТ ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Сомова В.М., Сергеева В.В.
*Санкт-Петербургский институт
усовершенствования врачей экспертов
Санкт-Петербург, Россия*

Сахарный диабет (СД) относится к заболеваниям, поражающим все социальные, возрастные и экономические группы населения. Несмотря на устойчивый рост интереса к генетической диагностике и выявлению предрасположенности к развитию СД, количество больных неуклонно растёт.

Рост заболеваемости во многом связан с нарушением режима питания, злоупотреблением быстро всасываемых углеводов, гиподинамией населения, однако важными предрасполагающими к болезни, становятся факторы внешней среды, алкоголь, лекарственные средства. Диабет не является причиной инвалидности, к ней приводят прогрессирование хронических осложнений СД. В нашей работе мы попытались найти причину раннего развития хронических осложнений у больных сахарным диабетом в нашем городе и доказать, что индивидуальную программу реабилитации (ИПР) необходимо планировать с первых дней выявления заболевания.

В исследование были включены больные с уже имеющейся группой инвалидности, работоспособного возраста (женщины 18-55лет, мужчины 18-60лет), имеющие осложнения СД. Нами обследована группа из 55-ти человек: 27 женщин - 49%, в возрасте от 18 до 53лет и 28 мужчин - 51%, в возрасте от 19 до 58 лет. Из них СД тип 1 страдают 13 женщин (24% исследуемых) и 17 мужчин (31%); СД тип 2 - 14 женщин (25%) и 11 мужчин (20%). Со всеми больными проведено анкетирование, тестирование, задавались одинаковые вопросы в одинаковых условиях. Несмотря на различие осложнений и разную их выраженность, в нашем исследовании наблюдаются следующие закономерности. Большая часть больных (91%), не проходила «школы диабета» и о своём заболевании знает не много. 39 больных (71%) даже не знают, что такое хлебная единица: чему она соответствует и как происходит взаимозаменяемость продуктов. Такие больные строят свою диету на отказе от хлеба, каши, однако едят фрукты (виноград, бананы) и диабетические конфеты без ограничения. Часть больных (38 человек - 69%), получают инсулинотерапию; 8 из них - страдают СД тип 2. Отсутствие знаний о своём заболевании привело к тому, что 42% обследуемых отказываются от регулярных госпитализаций в связи с удовлетворительным самочувствием. 91% - обследуются только в острых ситуациях или для прохождения переосвидетельствования в бюро медико-социальной экспертизы. Однако в условиях поликлиник, не возможно выявить ран-

ние хронические осложнения СД. Процессы, происходящие в организме больного, приводят к изменению психосоциального статуса и нередко требуют консультации психолога или психотерапевта.

Следует констатировать, что разработку ИПР для больных СД необходимо начинать с первых дней выявления заболевания. При регулярном прохождении «школы диабета», ежегодных госпитализациях в специализированные стационары с полным комплексом обследования и своевременным обеспечением лекарственными средствами - качество жизни и комплаентность больных улучшается, а скорость прогрессирования инвалидизирующих осложнений снижается.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ЗЕФФИКСА НА КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И НЕКОТОРЫЕ БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ГЕПАТИТОМ В

Хоменко О.И., Амбалов Ю.М., Хоменко И.Ю.
*ГОУ ВПО «Ростовский государственный
медицинский университет Федерального
агентства по здравоохранению и социальному
развитию»
Ростов-на-Дону, Россия*

С целью изучения влияния противовирусного препарата «Зеффикс» на клинические проявления и биохимические показатели функции печени при остром гепатите В (ОГВ) было проведено обследование 152 лиц, страдавших этим заболеванием, получавших и не получавших зеффикс, в динамике заболевания. Срок наблюдения за больными составил 12 месяцев.

На основе принципов рандомизации было сформировано 3 группы больных. В 1-й из них (52 человека) проводили стандартное лечение, основу которого составляла базисная терапия (постельный и полупостельный режим, диета №5 по Певзнеру, дробное питье жидкости). Эта группа пациентов рассматривалась нами как контрольная. Больные 2-й группы (46 человек) дополнительно к общепринятой терапии получали зеффикс в дозе 100 мг в сутки в течение 2 – 4 недель. В 3-й группе (54 человека) больным также назначали зеффикс в той же дозе, но длительным курсом – в течение 48 - 52 недель.

Исследовали: длительность интоксикационного синдрома, артралгий, кожного зуда, лихорадки, гепато- и спленомегалии, концентрация в крови общего билирубина и активность АлАТ.

Было установлено положительное влияние зеффикса на продолжительность основных проявлений интоксикационного синдрома. У больных, получавших зеффикс, средняя длительность периода, в течение которого больные отмечали общую слабость, головную боль, снижение аппе-

тита, тошноту и рвоту была достоверно ниже, чем у лиц контрольной группы (во всех случаях $p < 0,05$).

Кроме того, у больных, получавших зеффикс, также регистрировалась и более быстрая нормализация размеров печени. Так, уже через 4 недели от начала лечения гепатомегалия была зафиксирована лишь у $34,8 \pm 7,0\%$ пациентов 2-й группы, в то время как в группе контроля этот показатель был равен $57,7 \pm 6,8\%$ ($p < 0,05$). Через 8 недель наблюдения и в 3-й группе число больных с гепатомегалией оказалось достоверно ниже, чем в группе сравнения (соответственно - $20,4 \pm 5,5\%$ и $48,1 \pm 6,9\%$, $p < 0,01$).

На сроки исчезновения спленомегалии, кожного зуда и лихорадки влияния зеффикса отмечено не было.

Практически у всех наблюдавшихся нами больных при поступлении в стационар была зарегистрирована значительная гипербилирубинемия и повышенная активности АлАТ крови. Средний уровень этих показателей до начала лечения во всех группах был идентичен.

Установлено, что у больных, получавших зеффикс, уже на 5 день наблюдения отмечалось достоверно более выраженное снижение концентрации общего билирубина в сыворотке крови. Так, в контрольной группе средняя концентрация общего билирубина на этом этапе наблюдения была равна $155,9 \pm 8,8$ мкмоль/л, во 2-й группе - $122,6 \pm 7,8$ мкмоль/л, а в 3-й - $118,1 \pm 8,1$ мкмоль/л (p_{1-2} и $p_{1-3} < 0,01$). Такая же тенденция сохранялась на протяжении всего периода, пока больные получали препарат.

При применении зеффикса также было отмечено достоверно более быстрое, чем в группе сравнения, снижение активности АлАТ. Во 2-й группе эта тенденция сохранялась в течение первых 2 недель наблюдения, а в 3-й - до 6-12 месяцев. Кроме того, уже через 4 недели отмечалась достоверная разница показателей активности АлАТ у больных 2-й и 3-й групп (соответственно - $0,58 \pm 0,05$ и $0,41 \pm 0,05$ моль/л·ч, $p < 0,001$). Указанная разница сохранялась до конца периода наблюдения.

Следует отметить, что лишь у больных 3-й группы через 6-12 месяцев наблюдения зафиксирована нормализация средних показателей общего билирубина и активности АлАТ.

Таким образом, применение зеффикса оказывает положительное влияние на клинико-биохимические показатели у больных ОГВ. Наибольший эффект отмечен у пациентов, получавших препарат на протяжении 48-52 недель.