ISSN 1813-3908

Журнал “НЕЙРОХИРУРГИЯ И НЕВРОЛОГИЯ КАЗАХСТАНА”

№ 2 (19), 2010 год

ISSN 1813-3908
9 771813 390008

Астана

www.neuroclinic.kz

«ҚАЗАҚСТАН НЕЙРОХИРУРГИЯ ЖӘНЕ НЕВРОЛОГИЯ» ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ «НЕЙРОХИРУРГИЯ И НЕВРОЛОГИЯ КАЗАХСТАНА»

JOURNAL «NEUROSURGERY AND NEUROLOGY OF KAZAKHSTAN»

№ 2 (19), 2010
Научно-практический журнал
выходит 4 раза в год

Журнал издается с 2004 года

Адрес редакции:
г.Астана, пр-т Туран 34/1,
АО РНЦНХ, 010000
Тел/факс: (7172) 51-15-94
E-mail: nsnkkz@gmail.com

Свидетельство о постановке на учет в Министерстве культуры и информации РК
№ 10442-Ж от 30.10.09 г.

Учредитель журнала:
АО «Республиканский научный центр нейрохирургии»

Зак. №3505. Тираж 500 экз.

Журнал входит в перечень изданий рекомендованных комитетом по контролю в сфере образования и науки МОН РК.

Сверстано и отпечатано в типографии "Жарқын Ко", г.Астана, пр. Абая, 57/1,
тел.: +7 (7172) 21 50 86
www.zharkyn.kz

Редакционная коллегия:

Главный редактор С.К. Акшулаков
Зам. главного редактора А.С. Жусупова
Ответственный секретарь Е.Т. Махамбетов
Технический редактор А.О. Тусупова
В.Г. Алейников,
Е.К. Дюсембеков,
А.Ш. Жумадилов,
С.У. Каменова,
С.Д. Карибай,
Т.Т. Керимбаев,
Т.С. Нургожин
Е.С. Нургужаев,
М.Р. Рабандияров,
Н.А. Рыскельдиев,
А.М. Садыков,
Д.К. Тельтаев,
Н.И. Турсынов,
А.В. Чемерис,
Ч.С. Шашкин

Редакционный совет:
М.Г. Абдрахманова, Ж.А. Арзыкулов,
М.Ю. Бирючков, Т.Т. Бокебаев, Т.Б. Даутов,
Б.Г. Гафуров (Узбекистан),
Б.Д. Дюшеев (Кыргызстан),
Н.С. Кайшибаев, Г.М. Кариев (Узбекистан),
М.К. Кожеков, А.Д. Кравчук (Россия), В.В. Крючков,
В.А. Лазарев (Россия), М.М. Лепесова,
Л.Б. Лихтерман (Россия), В.А. Лошаков (Россия),
М.М. Мамытов (Кыргызстан), Г.С. Момбетова,
А.М. Мурзалиев (Кыргызстан), А.З. Нурпеисов,
К.Т. Омаров, А.А. Потапов (Россия), Б.Н. Садыков,
А.К. Сариев (Россия), В.А. Хачатрян (Россия),
Г.Г. Шагинян, А.Т. Шарман, M. Apuzzo (США),
E. Cesnulis (Швейцария), K.H. Mauritz (Германия),
H.M. Mehdorn (Германия),
V. Zelman (США), A. Zlotnik (Израиль)

СОДЕРЖАНИЕ

Оригинальные статьи.....6

A. Zlotnik M.D., PhD, A. Leibowitz M.D., E. Brotfain M.D., A. Zhumadilov M.D., PhD, Y. Shapira M.D., PhD,[1] A.Z. Nurpeisov
RISK AND BENEFITS OF PATIENT POSITIONING DURING NEUROSURGICAL PROCEDURES..... 6

С.Д.Карибай, И.М. Есмуханов, Н.А. Рыскельдиев, Р.Б. Ргебаев, С.С. Сейсеке
РОЛЬ НЕЙРОВИЗУАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ МЕНИНГИОМ..... 13

К.Б Ырысов., Э.А. Абдыкалыков
Особенности диагностики и нейрохирургического лечения острых травматических внутричерепных гематом..... 17

Т.Т. Керимбаев, В.Г. Алейников, Р.Ш. Танкачеев, И.Ж. Галиев, Ж.О. Жиренбаев
СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФОРМАЦИЙ ГРУДНОГО И ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА..... 20

А.Б. Омарбекова
РОЛЬ ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИИ (ЭЭГ) В ДИАГНОСТИКЕ КОХЛЕОВЕСТИБУЛЯРНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ МАЛЫМ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ В ОСТРОМ И РЕЗИДУАЛЬНЫХ ПЕРИОДАХ..... 24

Нейропсихиатрия.....27

Е.В. Ережепов
ОРГАНИЗАЦИЯ ПЕРВИЧНОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ..... 27

Е.В. Ережепов
ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПОЛИТИКИ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ РАСПРОСТРАНЕНИЮ НАРКОЗАВИСИМЫХ И ВИЧ..... 34

К.О. Иманбеков, Е.А. Спиридонов
РАСПРОСТРАНЕНИЕ ПРОБЛЕМНОГО И НЕ ПРОБЛЕМНОГО УПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИКОВ В МИРЕ И ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ..... 37

Информационное письмо..... 45

Новости науки..... 46

Рисунки к статьям номера..... 47

На обложке: Официальный сайт Республиканского научного центра нейрохирургии: www.neuroclinic.kz

Уважаемые коллеги!

С особой гордостью сообщаю, что 30 марта 2010 года в Республике Казахстан зарегистрировано Общественное объединение «Казахская Ассоциация нейрохирургов» (далее – Ассоциация).

Этот шаг явился велением времени. После открытия Республиканского научного центра нейрохирургии, произошел большой толчок к развитию нейрохирургии в Казахстане. Новый центр, оснащенный современнейшим оборудованием и укомплектованный обученным персоналом, призван усилить позиции отечественной нейрохирургии на международном уровне. На Первом Съезде нейрохирургов Республики Казахстан с международным участием, прошедшем в 2009 году, прошла презентация Центра и всей нейрохирургической службы Казахстана в мировой общественности. Мы не должны останавливаться на этом, а должны идти дальше. Следующим этапом стала организация Ассоциации.

Общественная объединение «Казахская Ассоциация нейрохирургов» создано на добровольной основе для защиты интересов и достижения общих целей, направленных на развитие нейрохирургии в Республике Казахстан.

Ассоциация создана и действует на основе добровольности, равноправия членов (участников), самоуправления, законности, отчетности и гласности деятельности.

Основным предметом деятельности Ассоциации является защита законных социальных, творческих, экономических прав и других общих интересов членов (участников) Ассоциации, содействие профессиональной и научной деятельности специалистов, направленной на улучшение уровня отечественной нейрохирургии.

Цели деятельности Ассоциации:

1) содействие повышению качества нейрохирургической помощи населению;

2) определение приоритетных направлений научных исследований в нейрохирургии;

3) участие в совершенствовании профессиональных знаний членов Ассоциации;

4) защита интересов и прав членов Ассоциации;

5) установление и развитие международных научно-практических связей;

6) пропаганда и преумножение лучших традиций нейрохирургической науки и практики;

1. Для обеспечения уставных целей Ассоциация:

1. организует и проводит Съезды (собрания) Ассоциации, на которых обсуждаются научные проблемы, решаются организационные вопросы, анализируются результаты научной и практической деятельности нейрохирургических организации;
2. осуществляет общественную экспертизу государственных и отраслевых программ научных исследований по актуальным проблемам современной нейрохирургии;
3. участвует в разработке стандартов технического оснащения нейрохирургических стационаров по профилю их деятельности, стандартов лечения больных с различной нейрохирургической патологией, программ обучения и квалификационных требований к нейрохирургам, представляя их на утверждение и сертификацию в установленном законом порядке;
4. содействует повышению квалификации членов Ассоциации путем организации тематических курсов усовершенствования;
5. содействует внедрению в практику нейрохирургических учреждений новейших достижений медицинской науки;
6. осуществляет общественную экспертизу новых видов инструментария, приборов и аппаратуры, предназначенных для применения в нейрохирургии;
7. стимулирует рационализаторскую и изобретательскую деятельность членов Ассоциации;
8. защищает права и законные интересы членов Ассоциации, оказывает им помощь в трудоустройстве, социальную и юридическую поддержку;
9. рекомендует специалистов для получения квалификационной категории;
10. рекомендует труды ученых на соискание государственной и именных премий;
11. участвует в проведении независимых врачебных экспертиз;
12. учреждает в установленном законодательством порядке собственные средства массовой информации, осуществляет издательскую деятельность.

Членами Ассоциации могут быть физические лица - нейрохирурги, нейроанестезиологи, нейрореаниматологи, нейрореабилитологи, нейрорадиологи, как граждане Республики Казахстан, так и иностранные граждане, имеющие опыт работы по специальности, признающие цели и задачи Ассоциации и оплачивающие вступительные и ежегодные взносы, а также общественные объединения.

Членство в Ассоциации является добровольным.

Прием в члены Ассоциации производится решением Правления Ассоциации на основании письменного заявления и решения исполнительного органа общественного объединения, вступающего в Ассоциацию.

Почетными членами Ассоциации могут быть ученые - граждане Республики Казахстан и других государств, имеющие научные и практические заслуги в области нейрохирургии, теоретической и практической медицины.

Почетные члены освобождаются от уплаты вступительных и членских взносов.

Члены Ассоциации имеют право:

1. участвовать в работе съездов, конференций, симпозиумов и других научных мероприятий, организуемых и проводимых Ассоциацией;
2. избирать и быть избранными в руководящие органы Ассоциации;
3. вносить на рассмотрение Съезда и Правления Ассоциации предложения, направленные на улучшение деятельности Ассоциации;
4. получать помощь и поддержку Ассоциации в своей научной и практической деятельности;
5. получать содействие Ассоциации в защите своих социальных прав и интересов;
6. свободного выхода из состава на основании письменного заявления;
7. состоять членами других общественных объединений.

Члены Ассоциации обязаны:

1. соблюдать Устав Ассоциации;
2. способствовать своей деятельностью осуществлению целей и задач Ассоциации;
3. выполнять поручения и указания руководящих органов Ассоциации;
4. уплачивать вступительный и ежегодный взносы.

2. Члены Ассоциации утрачивает членства (исключается) по решению Правления Ассоциации в случае неуплаты вступительных и членских взносов, а также нарушения требований Устава Ассоциации.

Высшим органом управления Ассоциации является Съезд Ассоциации нейрохирургов, созываемый по мере необходимости, но не реже одного раза в четыре года. Решения по вопросам о внесении изменений и дополнений в Устав Ассоциации, о реорганизации и ликвидации принимаются квалифицированным большинством голосов присутствующих делегатов Съезда. Решения на Съезде принимаются путем открытого или тайного голосования. Съезд правомочен, если на нем присутствуют не менее двух третей избранных делегатов Съезда.

Съезд Ассоциации вправе принимать решения по любым вопросам деятельности Ассоциации. К исключительной компетенции Съезда Ассоциации относятся вопросы:

1. принятия, внесения изменений и дополнений в учредительные документы Ассоциации;
2. добровольной реорганизации и ликвидации Ассоциации;
3. определения компетенции, организационной структуры, порядка формирования и прекращения полномочий органов управления Ассоциации;
4. определения порядка и периодичности представления финансовой отчетности исполнительных органов, а также порядка проведения проверки контрольным органом и утверждения их результатов;
5. принятия в пределах, установленных законодательством Республики Казахстан, решения об участии Ассоциации в создании или деятельности других юридических лиц, а также своих филиалов и представительств.
6. другие вопросы деятельности Ассоциации в соответствии с законодательными актами.

Исполнительным органом управления Ассоциации является Правление, которое подотчетно Съезду.

В состав Правления входят: Президент; Вице-президент; руководители рабочих комитетов; казначей и представители регионов (директора филиалов, представительств) Республики Казахстан.

Местонахождение исполнительного органа – Правления – Республика Казахстан, 010000, город Астана, район Есиль, проспект Туран 34/1.

Решением Учредительного Съезда (протокол №1 от 11.01.2010) избрано Правление Ассоциации в составе:

- Президент – проф. Акшулаков С.К.
- Вице-президент – к.м.н. Шашкин Ч.С.
- Казначей – Оленбай Г.И.
- Руководитель комитета по вопросам спинальной нейрохирургии и периферической нервной системы – д.м.н. Керимбаев Т.Т.
- Руководитель комитета по вопросам нейротравматизма - к.м.н. Садыков А.М.
- Руководитель комитета по вопросам нейроонкологии – к.м.н. Рыскельдиев Н.А.
- Руководитель комитета по вопросам детской нейрохирургии – к.м.н. Рабандияров М.Р.

- Руководитель комитета по вопросам сосудистой нейрохирургии – к.м.н. Махамбетов Е.Т.
- Руководитель комитета по вопросам нейрореаниматологии и нейроанестезиологии – д.м.н. Жумадилов А.Ш.
- Руководитель комитета по вопросам нейрореабилитации - Нургалиев К.Б.

Также в Правление будут входить представители регионов, главы филиалов Ассоциации в областных центрах и городе Алматы.

Я уверен, что Ассоциация займет достойное место в общественной жизни медицинских работников, будет реально решать уставные задачи и непременно внесет свой вклад в повышение уровня нейрохирургической службы Республики Казахстан.

Призываю Вас вступать в ряды Казахской Ассоциации нейрохирургов!

Президент **С. Акшулаков**

Реквизиты для перечисления взносов:
Общественное объединение «Казахская Ассоциация нейрохирургов»
010000, Республика Казахстан, г. Астана, район Есиль, проспект Туран 34/1, тел: +7-7172-511610
Свидетельство о государственной регистрации: №5142-1900-ОО от 30.03.2010г.
РНН 620500003882
АО «Банк ЦентрКредит» (филиал г. Астана)
РНН 620500003882 Кбе 17
Банктік есепшот / банковский счет
В национальной валюте (тенге) №001700671
Необходимо указать от кого производится платеж
Сумма вступительного взноса – 3000 тенге
Сумма ежегодного членского взноса – 10000 тенге

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

A. Zlotnik M.D., PhD[1], A. Leibowitz M.D.[1], E. Brotfain M.D.[1],
A. Zhumadilov M.D., PhD[2], Y. Shapira M.D., PhD,[1] A.Z. Nurpeisov

RISK AND BENEFITS OF PATIENT POSITIONING DURING NEUROSURGICAL PROCEDURES

Department of Anesthesiology and Critical Care, Soroka University Medical Center, Beer Sheva, Israel[1]
Department of Neuroanesthesiology and Critical Care, Republican Scientific Center of Neurosurgery, Astana, Kazakhstan[2]

Patient positioning in surgical procedures has serious implications on clinical outcome. While surgical approach and exposure are considered by surgeons, frequently, the importance of properly positioning the patient, accounting for the clinical situation and co-morbidities, is overlooked. This is particularly true in many neurosurgical procedures, which require prolonged anesthesia and immobilization.
Traditionally, it is the anesthesiologists' responsibility to look after the well being of the patient, and maintain an adequate physiological environment, promoting full recovery. In this review, we analyze the different positions common in neurosurgery considering and balancing between surgical exposure, hemodynamic implications, patient comfort and neurological outcomes. The latter should be given particular attention, as it might be difficult to differentiate between neurological deficits which are a result of the patient's position, and those that are part of the underlying condition or surgical complication. Some positions interfere with standard monitoring or necessitate temporary interruption of or ventilation and continuous IV treatment. These as should be taken into account as well, reducing the interruption to the minimum. Finally, several complications are associated with specific positions and the approach to these complications is discussed. The review has been divided into two separate parts. In the previous issue of the journal we discussed the problems, related to head, neck and body positioning including supine and lateral position. Here we offer you the second part of the review, discussing benefits and problems related to prone and sitting position and specific complications including venous air embolism, blindness in prone position and pneumocephalus.

Prone Position

The prone position is commonly utilized for approaches to the posterior fossa, suboccipital region, craniosynestosis and posterior approaches to spine. Benefits: This is a good position for posterior approaches, lowering incidence of venous air embolism compared to the sitting position. Risks: Logistically, this is the most difficult position for the anesthesiologist, due to challenges associated with providing adequate

oxygenation, ensuring adequate ventilation, maintaining hemodynamics, and securing intravenous lines and the tracheal tube. Access to the patients' airway is poor. The loss of airway in this position may be life-threatening.

Reintubation or providing even non-definitive airway in this circumstance may be extremely difficult or even impossible. Excessive oral secretions may weaken tape adhesion securing the ETT in place, increasing the risk of unintentional extubation. If a lace is used for fixation of the ETT, face and neck edema should be sought after and readily noticed. Tight fixations may impair venous return from the brain. Pressure sores, vascular compression, brachial plexus injuries, air embolism, blindness, and/or quadriplegia can occur. Blood loss and transfusion rates, are reported to be higher in the prone position compared with the sitting position [1-2]. The risk of lower cranial nerve damage is increased as well [1]. Although the risk for venous air embolism during spinal surgery in prone position is diminished compared to sitting position, it is not completely avoidable, and should be considered when clinical suspicion arises. Lacking natural cushioning, the body front must be protected from pressure inflicted on vulnerable regions by body weight and the table surface. Gel overlay on top of the bolsters protects the lateral femoral cutaneous nerve that may be injured by compression of the thigh distal to the inguinal ligament [3]. Patient's knees should be slightly flexed and padded to prevent knee pain after the surgery.

Hemodynamics and Ventilation. Turning the patient prone from the supine position increases intraabdominal pressure, decreases venous return to the heart, and increases systemic and pulmonary vascular resistance [4]. Impairment of vena caval return diverts blood to the venous plexuses of epidural space, increasing the potential for bleeding during spinal surgery [5]. With the head-up tilt or in kneeling position where lower extremities are flexed, pooling of venous blood in the lower part of the body occurs, decreasing venous return and causing hypotension [6]. Although the cardiovascular responses to prone position have not been fully characterized, data suggest that left-ventricular ejection fraction and cardiac index may decrease, potentially caus-

ing hemodynamic instability [4, 7-8]. Oxygenation and oxygen delivery, however, may improve with prone positioning because of improved matching of ventilation and perfusion. The relationship between ventilation and perfusion may be improved for the following reasons: 1) Perfusion of the entire lungs improves, and previously underperfused regions become better perfused [9]. 2) Increase in intraabdominal pressure decreases chest wall compliance, which under positive-pressure ventilation, improves ventilation of the dependent zones of the lung. 3) Recruitment of previously atelectatic dorsal zones of lungs.

Characteristic challenges with prone positioning include disconnection of pulse oximetry, arterial line, and tracheal tube, leading to hypoventilation, desaturation, hemodynamic instability, and altered anesthetic depth. To prevent anesthetic catastrophes, the pulse oximeter and the arterial line should remain connected during the rotation, whenever possible. Monitoring of invasive blood pressure is particularly important in patients with heart or lung disease or those suffering from severe trauma.

Usually, the patient is anesthetized in the supine position, and is then turned prone on chest rolls or on a special frame. The head should be kept in the neutral position. All catheters, invasive monitors and the tracheal tube should be carefully secured before rotating the patient. Pressure sores (of breasts, penis, soft tissue at the bone points, ears, eyes) are the most frequent complications of prone positioning[10] Therefore, special frames (e.g. Wilson, Relton-Hall frame, Andrews frame, Jackson table and frame, which provide support to the chest but leave the abdominal wall and pelvis free, are often used. Chest rolls may be used to support the chest wall, and allow free movement of the chest and abdominal wall. Free movement of the abdominal is desirable for 3 reasons: 1) improved excursion of the diaphragm, and improved oxygenation ventilation, 2) a decrease in intraabdominal pressure and decreased surgical bleeding 3) and improvement of venous return from lower extremities and pelvis. The breast should not be exposed to pressure.

The effects of the prone position on hemodynamic stability and respiratory mechanics are frame dependent. Positioning on the Jackson table provides the most stable hemodynamics and does not increase dynamic lung compliance.

Eyes, nose, and ears should be protected against pressure, eyelids should be closed. If the head is positioned on a specially designed pillow (with holes for the eyes and nose), the eyes and nose should be periodically checked for lack of pressure (no less than once every 30 minutes) and head should be repositioned if needed. Blindness is a rare complication, (about 0.2% of cases), but it is a devastating complication of spine surgery during prone position, where prolongation of surgery and the magnitude of the blood loss may be risk factors [11]. Venous congestion may be avoided by positioning the head at body level or higher, but the other hand, elevation of the head for posterior fossa surgery or cervical spine surgery may increase the risk for air embolism. The incidence of air embolism has been reported to be 12% during neurosurgery in prone position when detected with precordial Doppler [12]. The upper extremities may be positioned along the body or abducted on to padded armboards. If abduction is used, great care must be exercised to avoid hyperextension of the arms to prevent brachial plexus injury.

Ventilation of the patient with pure oxygen, may prove to be beneficial, taking into account the relatively long time necessary for proper positioning and allowing a lax period for resolving unexpected difficulties. While positioning the patient, ETT should be disconnected from respiratory circuit and reconnected as soon as possible. The position of ETT has to be rechecked after positioning by auscultation. Following the rotation the ETT may dislodge or kink. All circuit connections should be rechecked, and, if possible, access to ETT and circuit should be assured.

Prone position procedures poses and additional risk for the tongue, pharynx and soft palate injury. Posterior cervical spine surgery and posterior fossa surgery require excessive head flexion for better exposure. This manipulation reduces anterior-posterior dimension of hypopharynx leading to ischemia of base of tongue, especially in the presence of a foreign body (ETT, TEE probe, oral airway). Edema may expand significantly after extubation leading to post-extubation stridor or airway obstruction. Gravity forces may cause the tongue to protrude forward between the teeth, leading to its swelling and edema. The use of bite protector may help to prevent this complication. The use of an oral airway is contraindicated in the prone position.

Attention should be given to the placement of the Folley catheter, avoiding pressure upon the skin of the thigh. ECG wires and electrodes should be placed dorsally.

Anterior tibial compartment syndrome may be a rare complication of the prone-sitting position for lumbar surgery [13-14].

Obesity may predispose patients to position-related palsies during thoracic spine procedures [15].

SSEP monitoring is a common monitoring mode neurosurgical operations (both craniotomies and spinal surgeries), and it may be useful utilizing this modality for detection of new peripheral nerve damage under general anesthesia. Recent peripheral nerve damage is detected by increase of latency or decrease of amplitude, and simple repositioning of the involved extremity mat prevent postoperative neurological deficit.[16-21] SSEP is very sensitive in detection of peripheral nerve compromise. Studies in healthy non-anesthetized volunteers, demonstrated that the SSEP signal was decreased even earlier then paresthesia appeared in volunteers [16]. SSEP changes related to peripheral nerves injuries occur in 5.2-6.1% of patients during spinal surgeries, mostly in brachial plexus (65%) and ulnar nerve (16%) and more often in lateral and prone position. These changes are relieved with repositioning [18-20].

The Concorde position is a modification of the prone position. This is the preferred position for surgical approach to occipital transtentorial and supracerebellar infratentorial area. The head is typically skeletally fixed and flexed, but may be laterally flexed if needed. The body is positioned in reverse Trendelenburg and chest rolls are placed under the trunk. The arms are tucked alongside to the trunk, and the knees are flexed. Specific complications include necrosis of the chin and an obstruction of cerebral venous outflow.

Knee-Chest Position

Neurosurgeons often prefer the knee-chest position for lumbar and thoracic laminectomies and discectomies. This position provides good exposure of the vertebral laminae and foramina in the posterior aspect of the spine and allows the patient's abdomen to remain free of mechanical pressure, easing ventilation, with minimal cardiovascular compromise. Other advantages of this position include reduced pressure on the abdominal viscera and vena cava and decreased bleeding because of the collapse of epidural veins. The anesthesiologist should position the patient's head, ensuring that the neck and spine remain aligned and the patient's spine is stable.

A flat-bottom gel should be bolstered horizontally above or below the chest to leave the abdomen free from compression. The breasts of female patients shall be checked to avoid excessive pressure. If the patient's breasts are large, the flat-bottom gel bolster needs to be placed above the breasts to support the chest and prevent neck compression by breast tissue; the bolster is placed below the breasts if the breasts are small. The patient's forearm, wrist, and hand are aligned in a neutral position and padded to protect the ulnar and radial nerves from excessive external pressure.

A sitting bracket with lateral supports provides support for the lower body and stabilizes the hips and buttocks.

A significant danger of the knee-chest position is impaired perfusion distal to the knees as a result of vascular kinking in the popliteal space. Excessive hip or knee flexion should be avoided and the pedal pulses should be checked of both feet to assess for adequate perfusion. Anterior tibial compartment has been reported as a complication in this position [13-14].

Sitting Position

This position is utilized for posterior fossa surgery and cervical laminectomy. The sitting position today is controversial as was when first introduced into clinical practice in 1913 by De Martel for brain tumor surgery performed under local anesthesia [22].

Benefits: This position provides optimal surgical exposure for posterior fossa surgery because tissue retraction and risks of cranial nerve damage are reduced, cerebral venous drainage is improved and bleeding is decreased. "Tight brain" condition and need for mannitol therapy is encountered less often in this position. The position provides an opportunity to observe the patient's face for signs of cervical stimulation of cranial nerves. Transfusion rate has been reported to be lower in the sitting position[1]. The patient's airway is accessible to the anesthesiologist. Risks: Venous air embolism (VAE), paradoxical air embolism, bradycardia or cardiac arrest due to brainstem manipulations may occur. Macroglossia, upper airway obstruction [23], pneumocephalus,[24] subdural hematoma, and quadriplegia [25] have been reported as well.

The most frequently damaged nerve in the lower extremities while maintaining the sitting position, is the common peroneal nerve [2]. Increased risk of sciatic nerve injury exists as well. Damage to the common peroneal nerve or compression and stretching of the sciatic nerve can lead to foot drop. Hyperflexion of the knees stretches the peroneal nerve and compresses it against the head of the fibula, and should therefore be avoided. Use of a buttock gel pad prevents excessive pressure on the sciatic nerve and coccyx. Patient's knees should be partially flexed to help minimize strain on the sciatic nerves and lower back [3].

Despite well described risks involved with the sitting position, there is no evidence of an increased mortality rate [26-28]. A recent national survey has demonstrated that the sitting position is still utilized for posterior fossa surgery in about half of practices in USA.[29] A recent publication in 2001 states that only 20% of craniotomies were performed in sitting position. Prevalence of the sitting position has decreased drastically in the pas 10 years [2]. Relative contraindications to the sitting position include: open ventriculoatrial shunt, signs of cerebral ischemia when upright and awake, right-to-left shunt as with patent foramen ovale (because of enhanced risk of paradoxal air embolism), and cardiac instability.

Hemodynamics and Ventilation The classic sitting position causes postural hypotension in approximately one third of patients, while 2-5% of patients suffer severe hypotension (defined as blood pressure decrease below half of baseline).30 The major hemodynamic consequence is a decrease in venous return, leading to decrease in cardiac output and hypotension. Therefore, hemodynamic instability and cardiac disease are relative contraindications for the sitting positioning. Measures which might be useful in avoiding hypotension include prepositioning hydration, wrapping of the legs with elastic bandages to counteract gravitational shifts of blood, and slow, incremental adjustment of table position.

Wrapping of the legs with elastic bandages (e.g. ACE bandage) from the toes to the groin prevents pooling of blood in the lower extremities and should be applied in every case. The use of pneumatic antishok trauses have been shown to attenuate the effects of assuming the sitting position [2, 31], however, this measure has not been widely applied.

Positioning of the patient with flexion of the hips, elevation of the knees to the level of the heart has also been shown to minimize position-associated hypotension [22]. In most healthy subjects, the hemodynamic changes are of nonthreatening magnitude. Moreover, the incidence of hypotension in sitting position has been shown not to be higher than in prone position for posterior fossa procedures [12, 22].

During procedures performed in the sitting position, MAP should be transduced at or corrected to head level (surgical field or interauricular plane) to provide a meaningful index of CPP. Specifically, CPP should be maintained at a minimum value of 60 mm Hg in healthy patients. The safe lower limit should be raised for elderly patients, for those with hypertension or known cerebral vascular disease, degenerative disease of the cervical spine or cervical spinal stenosis because they may be at risk for decreased spinal cord perfusion, and in the event that substantial or sustained retractor pressure must be applied to brain or spinal cord tissue [32] .

The modified sitting (semirecumbent) position provides better venous return and less hemodynamic instability. With head-up tilt, venous drainage via internal jugular veins is improved, resulting in decreased intracranial pressure. However, jugular veins may also collapse in the sitting position [33], and careful head positioning to avoid hyperflexion and hyperextension is required to prevent stretching or obstruction of the vertebral venous outflow.

Ventilation in sitting position is superior to the supine position due to downward shift of the diaphragm, which decreases intraabdominal pressure, improves ventilation of the dependent zones, and decreases ventilation-perfusion mismatch. However, low perfusion pressure secondary to decreased venous return may affect oxygenation. Therefore, preventing hypovolemia and maintaining normal pulmonary perfusion pressure are crucial for maintaining an adequate oxygen delivery in sitting position.

Venous Air Embolism (VAE)

The mechanisms involved in the appearance of VAE include negative venous pressure and exposure of veins and bony venous sinuses to air. When the site of surgery is exposed to air and located above the level of the heart, air may be entrained in the veins and bony venous sinuses, resulting in air entering the pulmonary circulation. A large VAE may decrease cardiac output by creating an airlock and decreasing left ventricular output. The incidence of VAE in sitting position may approximate 20-50% when precordial Doppler monitoring is used for detection [22] and 76% when transesophageal echocardiography (TEE) is used for detection [34]. The rate of VAE is apparently lower with cervical laminectomy (25% using TEE in the sitting position versus 76% for posterior fossa procedures).

Sensitivity of the different monitoring modalities, for detection of VAE varies, and follows the following order: TEE, precordial doppler, sudden drop of ETCO2, increase of CVP and PAP, hemodinamic instability.

Common sources of critical VAE are the major cerebral venous sinuses, in particular, the transverse, the sigmoid, and the posterior half of the sagittal sinus, all of which may be uncollapsible because of their dural attachments. Air may also enter through emissary veins, particularly from the suboccipital musculature, the diploic space of the skull (which can be violated by both the craniotomy and pin fixation), and the cervical epidural veins [32]. The incidence of clinically significant VAE, accompanied by drop of blood pressure is relatively low, and approaches 17% [12]. Patent foramen ovale should be excluded before every case as it is a source of paradoxical air embolism. Therefore, preoperative “bubble test” in awake patients using TEE or transthoracic echocardiography is advocated by some authors if the sitting position is considered [30].

In addition to standard monitoring, precordial transthoracic doppler is recommended for early detection of VAE[30]. Although TEE is more sensitive in detecting VAE, precordial doppler is inexpensive, readily available, easy to use, and noninvasive. Optimal placement of the precordial probe should be guided by recognizing the highest pitch over the right upper sternal border with the intravenous injection of agitated saline. When precordial doppler or TEE are unavailable, VAE should be clinically suspected when end tidal CO_2 suddenly drops in the presence of hypotension, unexplained by other causes. An atrial catheter (multiorifice or single orifice) placed at the highest point of the right atrium may be helpful for air aspiration. Correct positioning may be verified using intravenous electrocardiography, chest radiography, or TEE. However, the therapeutic value of the right atrial catheter may be limited. The most important treatment for VAE includes - irrigation of the surgical site with saline, applying external pressure on jugular veins in order to increase the venous pressure and limit air entrance [32], rescue head-down tilt or left lateral positioning, and cardiovascular support with administration of inotropes. Repositioing of the patient may be impractical in the sitting position when head holder is used. N_2O should be discontinued immediately if had been used.

Several prophylactic measurements were advocated for decreasing the risk of VAE including pneumatic compressive devices and PEEP (by increasing right atrial and jugular venous pressure) [2,31], fluid hydration and use of bone wax. On the other hand the use of PEEP may increase the risk of PAE and has been shown not to be effective in the prevention of VAE and proposed to be abandoned [35].

Other Complications

The incidence of postoperative pneumocephalus in sitting position may reach 100% [24], and may be due to negative cerebral spinal fluid pres-

sure and/or residual air during closure of the dura. Therefore, nitrous oxide should be discontinued 20-30 minutes before completion of the procedure. However, pneumocephalus can develop even without the use of nitrous oxide, raising the possibility that it does not play a major role in the development of this condition [24]. Moreover, the use of nitrous oxide up to the point of dural closure may actually represent a clinical advantage, due to it's superior diffusion capacity compared with that of nitrogen, and the quicker shrinking of the gas pocket [32]. Pneumocephalus may persist for weeks after surgery. If a repeated surgery is planned, N2O should not be used until the dura is reopened, because nitrous oxide may significantly increase the volume of trapped gas and lead to tension pneumocephalus.

Pneumocephalus can also develop de novo in the postoperative period in patients who have a residual dural defect and communication between the nasal sinuses and the intracranial space [32]. Tension pneumocephalus has been described as a rare complication after craniotomy in prone position [36].

Life-threatening tension pneumocephalus is rare (3%) [37]. Tension pneumocephalus should be suspected when one of the following sings is present: delayed awakening, non-awakening, severe headache, development of new neurological deficit after the surgery, and sings of brain herniation. The diagnosis of pneumocephalus is confirmed by a brow-up lateral radiograph or CT scan. The treatment is a twist drill hole followed by needle puncture of the dura.

Quadriplegia is a rare but devastating complication and results from cervical spine ischemia with neck and head hyperflexion. Elderly patients with cervical spine deformities and vascular pathologies have higher risk [38]. During positioning, sufficient distance betweeen chin and neck (at least 2 fingerbreadth) is recommended to avoid neck hyperflexion.

Three-Quarter Prone Position (Lateral Oblique, or Semiprone)

This position is used for posterior fossa and parieto-occipital surgery. Benefits: The risk of VAE is lower compared to the sitting position. Risks include bleeding, brachial plexus injury, pressure sores, and macroglossia. The issues with hemodynamics and ventilation in this position are similar to those with lateral and/or prone positioning.

The principles of three-quarter positioning resemble those for lateral position, but the head may be placed on the table and the dependent (lower) arm may be placed behind the body (coma or sleeping position). If a suboccipital approach is required, the nondependent (upper) shoulder should be taped down towards the foot. However, this can cause additional stretching of the brachial plexus (maneuvers to prevent brachial plexus injury are discussed in "Lateral Position" section).

Summary

Positioning of the patient for neurological surgery is an important part of anesthesia care and poses many technical and physiological challenges. As discussed, recognition of the physiological changes with positioning and careful and meticulous positioning may decrease unwanted complications.

Recommended literature

1. Rath GP, Bithal PK, Chaturvedi A, Dash HH: Complications related to positioning in posterior fossa craniectomy. J Clin Neurosci 2007; 14: 520-5
2. Orliaguet GA, Hanafi M, Meyer PG, Blanot S, Jarreau MM, Bresson D, Zerah M, Carli PA: Is the sitting or the prone position best for surgery for posterior fossa tumours in children? Paediatr Anaesth 2001; 11: 541-7
3. St-Arnaud D, Paquin MJ: Safe positioning for neurosurgical patients. AORN J 2008; 87: 1156-68; quiz 1169-72
4. Toyota S, Amaki Y: Hemodynamic evaluation of the prone position by transesophageal echocardiography. J Clin Anesth 1998; 10: 32-5
5. Schonauer C, Bocchetti A, Barbagallo G, Albanese V, Moraci A: Positioning on surgical table. Eur Spine J 2004; 13 Suppl 1: S50-5
6. Yokoyama M, Ueda W, Hirakawa M, Yamamoto H: Hemodynamic effect of the prone position during anesthesia. Acta Anaesthesiol Scand 1991; 35: 741-4
7. Hering R, Wrigge H, Vorwerk R, Brensing KA, Schroder S, Zinserling J, Hoeft A, Spiegel TV, Putensen C: The effects of prone positioning on intraabdominal pressure and cardiovascular and renal function in patients with acute lung injury. Anesth Analg 2001; 92: 1226-31
8. Sudheer PS, Logan SW, Ateleanu B, Hall JE: Haemodynamic effects of the prone position: a comparison of propofol total intravenous and inhalation anaesthesia. Anaesthesia 2006; 61: 138-41
9. West JB, Dollery CT, Naimark A: Distribution of Blood Flow in Isolated Lung; Relation to Vascular and Alveolar Pressures. J Appl Physiol 1964; 19: 713-24
10. Goodkin R, Mesiwala A: General Principles of Operative Positioning, Youmans Neurological Surgery, 5th Edition. Edited by Winn HR, Sounders, Elsevier Inc., 2004, pp 595-621
11. Practice advisory for perioperative visual loss associated with spine surgery: a report by the American Society of Anesthesiologists Task Force

on Perioperative Blindness. Anesthesiology 2006; 104: 1319-28
12. Black S, Ockert DB, Oliver WC, Jr., Cucchiara RF: Outcome following posterior fossa craniectomy in patients in the sitting or horizontal positions. Anesthesiology 1988; 69: 49-56
13. Geisler FH, Laich DT, Goldflies M, Shepard A: Anterior tibial compartment syndrome as a positioning complication of the prone-sitting position for lumbar surgery. Neurosurgery 1993; 33: 1117
14. Ullrich W, Biermann E, Kienzle F, Krier C: [Damage due to patient positioning in anesthesia and surgical medicine (1)]. Anasthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 1997; 32: 4-20
15. Patel N, Bagan B, Vadera S, Maltenfort MG, Deutsch H, Vaccaro AR, Harrop J, Sharan A, Ratliff JK: Obesity and spine surgery: relation to perioperative complications. J Neurosurg Spine 2007; 6: 291-7
16. Prielipp RC, Morell RC, Walker FO, Santos CC, Bennett J, Butterworth J: Ulnar nerve pressure: influence of arm position and relationship to somatosensory evoked potentials. Anesthesiology 1999; 91: 345-54
17. Lorenzini NA, Poterack KA: Somatosensory evoked potentials are not a sensitive indicator of potential positioning injury in the prone patient. J Clin Monit 1996; 12: 171-6
18. Chung I, Glow JA, Dimopoulos V, Walid MS, Smisson HF, Johnston KW, Robinson JS, Grigorian AA: Upper-limb somatosensory evoked potential monitoring in lumbosacral spine surgery: a prognostic marker for position-related ulnar nerve injury. Spine J 2008
19. Schwartz DM, Sestokas AK, Hilibrand AS, Vaccaro AR, Bose B, Li M, Albert TJ: Neurophysiological identification of position-induced neurologic injury during anterior cervical spine surgery. J Clin Monit Comput 2006; 20: 437-44
20. Kamel IR, Drum ET, Koch SA, Whitten JA, Gaughan JP, Barnette RE, Wendling WW: The use of somatosensory evoked potentials to determine the relationship between patient positioning and impending upper extremity nerve injury during spine surgery: a retrospective analysis. Anesth Analg 2006; 102: 1538-42
21. Baumann SB, Welch WC, Bloom MJ: Intraoperative SSEP detection of ulnar nerve compression or ischemia in an obese patient: a unique complication associated with a specialized spinal retraction system. Arch Phys Med Rehabil 2000; 81: 130-2
22. Porter JM, Pidgeon C, Cunningham AJ: The sitting position in neurosurgery: a critical appraisal. Br J Anaesth 1999; 82: 117-28
23. Ellis SC, Bryan-Brown CW, Hyderally H: Massive swelling of the head and neck. Anesthesiology 1975; 42: 102-3
24. Di Lorenzo N, Caruso R, Floris R, Guerrisi V, Bozzao L, Fortuna A: Pneumocephalus and tension pneumocephalus after posterior fossa surgery in the sitting position: a prospective study. Acta Neurochir (Wien) 1986; 83: 112-5
25. Hitselberger WE, House WF: A warning regarding the sitting position for acoustic tumor surgery. Arch Otolaryngol 1980; 106: 69
26. Matjasko J, Petrozza P, Cohen M, Steinberg P: Anesthesia and surgery in the seated position: analysis of 554 cases. Neurosurgery 1985; 17: 695-702
27. Young ML, Smith DS, Murtagh F, Vasquez A, Levitt J: Comparison of surgical and anesthetic complications in neurosurgical patients experiencing venous air embolism in the sitting position. Neurosurgery 1986; 18: 157-61
28. Duke DA, Lynch JJ, Harner SG, Faust RJ, Ebersold MJ: Venous air embolism in sitting and supine patients undergoing vestibular schwannoma resection. Neurosurgery 1998; 42: 1282-6; discussion 1286-7
29. Shapiro H, Drummond J: Neurosurgical Anesthesia, Anesthesia, 4h Edition. Edited by Miller RD. New York, NY, Churchill Livingstone Inc., 1994, pp 1897-1946
30. Black S, Cucchiara R: Tumor Surgery, Clinical Neuroanesthesia, Second Edition. Edited by RF Cucchiara SB, JD Michenfelder. NY, New York 10011, 1998, pp 334-366
31. Meyer PG, Cuttaree H, Charron B, Jarreau MM, Perie AC, Sainte-Rose C: Prevention of venous air embolism in paediatric neurosurgical procedures performed in the sitting position by combined use of MAST suit and PEEP. Br J Anaesth 1994; 73: 795-800
32. Miller RD: Miller's Anesthesia, Churchill Livingston, 2004
33. Cirovic S, Walsh C, Fraser WD, Gulino A: The effect of posture and positive pressure breathing on the hemodynamics of the internal jugular vein. Aviat Space Environ Med 2003; 74: 125-31
34. Papadopoulos G, Kuhly P, Brock M, Rudolph KH, Link J, Eyrich K: Venous and paradoxical air embolism in the sitting position. A prospective study with transoesophageal echocardiography. Acta Neurochir (Wien) 1994; 126: 140-3
35. Giebler R, Kollenberg B, Pohlen G, Peters J: Effect of positive end-expiratory pressure on the incidence of venous air embolism and on the cardiovascular response to the sitting position during neurosurgery. Br J Anaesth 1998; 80: 30-5
36. Wronski M, Ferber J, Wronski J: [Acute tension pneumocephalus as a complication of surgical procedures of the posterior cranial fossa in prone position]. Neurol Neurochir Pol 1987; 21: 167-70
37. Standefer M, Bay JW, Trusso R: The sitting position in neurosurgery: a retrospective analysis of 488 cases. Neurosurgery 1984; 14: 649-58
38. Vandam L: Positioning of Patients for Operation, Principles and Practice of Anesthesiology. Edited by Rogers M, Tinker J, Covino B, Longnecker D, Mosby-Year

ТҰЖЫРЫМ

Нейрохирургиялық ем-шараны орындау үшін, науқасқа ынғайлы жағдай жасалуы емдеу жетістіктеріне бірталай әсер етеді.

Хирургиялық жету хирургтің айрықша ісі болса, анестезиолог дәстүрлі түрде науқастың дұрыс орңықтыруына, клиникалық ахуалына және бірге болатын ауруларына байланысты, науқастың тұрақты күйін сүйемелеу, тез және толық оянуын қамтамасыз етуде, жауапты болып табылады. Бұл әрине, көп уакыт жансыздандыру және жылжымаушылықты талап ететін нейрохирургиялық операцияларда маңызы зор.

Бұл талдамада , нейрохирургияда қолданылатын әр түрлі позицияға сараптама жасалынады, хирургиялық жетудегі ыңғайлық, гемодинамика мен вентиляцияға позицияның әсер етуі , науқас үшін жайлылық арасындағы баланстауға назар аударылады. Науқастың жайлы жағдайына ерекше көңіл аудару керек, өйткені операциядан кейінгі науқастың дұрыс емес жайғасымынан болған неврологиялық тапшылық хирургиялық әдіс нәтижесінде болған неврологиялық тапшылықтан қиын ерекшеленуі мүмкін.

Кейбір жайғасымдар стандартты мониторингті қолдануға кедергі жасайды, немесе мониторды, өкпенің жасанды вентиляция аппаратын немесе көк тамырға жіберілетін инфузияны және анестетиктерді уақытша сөндіруді талап етеді. Сондай жағдайларда жоғарыда аталған манипуляциялардың уақытын ең аз уақытқа дейін қысқартуға әрекет жасау керек. Науқастың арнайы жайғасым-қалпына байланысты болған асқынулар, олардың диагностикасы және ем тәсілі осы талдамада айтылады.

Осы талдама екі бөлімге бөлінген. Бірінші бөлімде бас, мойын және денеге байланысты мәселелер талқыланады, сонымен қатар, нейрохирургиялық операцияларға тән арқамен жату, бүйірмен жату жайлары кіреді. Осы жерде, сіздердің назарларыңызға шолудың екінші бөлімі ұсынылады, ішпен жату жағдайы және «отыру» жағдайына байланысты венозды эмболия, ішпен жатқанда көру қабілетін жоғалту және пневмоцефалюс сияқты мәселелер мен басымдылықтар талқыланады.

РЕЗЮМЕ

Придание правильного положения больному для выполнения нейрохирургических процедур, имеет значительное влияние на успех лечения.

В то время как хирургический доступ является прерогативой хирурга, анестезиолог традиционно несёт ответственность за правильное положение больного в соответствии с клинической ситуацией и сопутствующими заболеваниями, так же как поддержание стабильного состояния больного и обеспечения быстрого и полного пробуждения. Это особенно важно для большинства нейрохирургических операций, которые требуют длительного наркоза и иммобилизации.

В данном обзоре мы анализируем различные позиции, используемые в нейрохирургии, принимая во внимание балансирование между удобством хирургического доступа, влиянием позиции на гемодинамику и вентиляцию, удобство для пациента. Последнее заслуживает особого внимания, поскольку послеоперационный неврологический дефицит, как следствие неправильного положения больного, может быть трудно отличим от неврологического дефицита, являющегося следствием хирургического вмешательства.

Некоторые позиции препятствуют адекватному использованию стандартного мониторинга или требуют временного отсоединения пациента от монитора, аппарата ИВЛ или внутривенных инфузий и анестетиков. В этих случаях следует стремиться сократить время вышеперечисленных манипуляций до минимума.

Осложнения, связанные со специфическими положениями больного, их диагностика и лечение также дискутируются в этом обзоре.

Данный обзор разделён на две части. В первой части обсуждались проблемы, связанные с положением головы, шеи и тела, включающие положения на спине и на боку специфичные для нейрохирургических операций. Здесь Вашему вниманию предлагается вторая часть обзора, в которой обсуждаются достоинства и проблемы, связанные с положением на животе и «сидячее положение», включая венозную эмболию, потерю зрения на животе и пневмоцефалос.

С.Д.Карибай, И.М. Есмуханов, Н.А. Рыскельдиев, Р.Б. Ргебаев, С.С. Сейсеке

РОЛЬ НЕЙРОВИЗУАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ МЕНИНГИОМ.

АО «Республиканский научный центр нейрохирургии», г. Астана
РГП «НИИ травматологии и ортопедии», г.Астана

In article the results of investigation of efficiency of various neurovisualisation methods, including such, as CT and MRI, in diagnosis and treatment of intracranial meningeomas are presented. Results of research of 30 patients at the age of 25 -65 years with various localization of extramedulary tumours are presented. Efficiency and prognostic value of each methods in an estimation of a preoperative status of the patient, studying of characteristics of tumours is shown. Proceeding from the aforesaid, there are actual questions of a constant perfection of patients examination tactics with intracranial meningeomas.

Введение

Менингиома – опухоль мозговых оболочек, экстрацеребральная, исходящая из твердой, реже из мягкой оболочки головного мозга, редко – из сосудистых сплетений мозговых желудочков или возникающая эктопически в костях черепа [1,7]. По данным различных авторов менингиомы составляют от 13 до 27% всех первичных опухолей головного мозга, являясь наиболее часто встречающимися интракраниальными новообразованиями среди опухолей неглиального происхождения [8]. Растут эти опухоли обычно медленно, иногда много лет, бессимптомно. Обнаруживаются менингиомы чаще в среднем и пожилом возрасте, однако изредка выявляются и у детей [9]. Достижения в современной нейрохирургии, внедрение в широкую практику принципов микрохирургии привели к появлению четкой тенденции в уменьшении числа осложнений и

послеоперационной летальности, однако по прежнему актуальна проблема рецидивирования менингиом, достигающая от 75 до 100 % при анапластических мениигиомах (G-III) [4]. Вышеуказанное является не только медико-социальной, но и экономической проблемой, требующей все возрастающих затрат на реабилитационные и социальные нужды. Кроме этого, в диагностике интракраниального обьемного образования, при анализе КТ и МРТ необходимо четко определиться с ответом на очень важный вопрос–является ли выявленное новообразование вне–или внутримозговым? Это является основой для выработки тактики лечения и планирования операционного доступа. Исходя из этого, становится актуальным постоянное совершенствование методов диагностики и тактики лечения больных с внутричерепными менингиомами.

Цель исследования

Целью данной работы является изучение нейровизуализационных признаков внутричерепных менингиом, определение ценности того или иного метода исследования для последующего определения оперативной тактики и лечения.

Материалы и методы

Было обследовано на дооперационном этапе 30 больных с менингиомой головного мозга различной локализации на КТ и МРТ, с контрастным усилением. Все больные соответствовали следующим критериям отбора:

1. Диагноз менингиомы верифицирован при последующем операционном лечении.
2. Операция производилась в АО «РНЦНХ» впервые.

Больные поступали на обследование с различной неврологической симптоматикой, бессимптомного течения у исследуемой группы на момент диагностики не зафиксировано. Возраст больных колебался от 25 лет до 65, средний возраст составил – 45 года. В большинстве своем это люди трудоспособного возраста (от 30 до 60 лет) – 23 случая (76,6%), что подчеркивает высокую социальную значимость проблемы. Среди больных женщин было 20, мужчин 10, по процентному соотношению (Диаграмма №1).

Все пациенты были разделены на 4 группы в зависимости от исходного роста опухоли. (Таблица №1)

Таблица №1

Локализация опухоли	Женщины	Мужчины
Конвекситальные менингиомы	2(10%)	1(10%)
Парасагиттальные менингиомы	7(30%)	5(50%)
Менингиомы крыльев основной кости	6(28%)	2(20%)
Менингиомы ЗЧЯ	5(50%)	2(20%)
Всего	**20**	**10**

Нейровизуализация была проведена у всех пациентов при помощи КТ и/или МРТ. Обследование проводилось на аппарате: магнитно-резонансный томограф SIEMENS «MAG-

NETOM Symphony» - 1,5 Тесла и компьютерный томограф SIEMENS «SOMATOM Emotion» - 6 срезовый.

КТ и МРТ методы были использованы для определения следующих параметров:

- локализация матрикса опухоли;
- размеров опухоли;
- изменения плотности сигнала и особенностей накопления контрастного вещества;
- распространения опухоли;
- наличия в опухоли кист, петрификатов, кровоизлияний в строму опухоли;
- эффекта объемного воздействия в виде компрессии и дислокации желудочковой системы и срединных структур;
- изменения прилежащей к матриксу опухоли кости;
- перитуморозного отека;
- признаков инфильтрации опухолью мозговой ткани;
- источников кровоснабжения опухоли.

Результаты исследования и их обсуждение

Компьютерная томография была проведена 12 пациентам, из них 7 женщин и 5 мужчин. По данным ряда авторов [2,3] чувствительность компьютерной томографии в выявлении внутричерепных менингиом составляет 96–98%, а специфичность 93–97%. Примерно 4–5% менингиом остаются нераспознанными, при преимущественной локализации их в задней черепной ямке, на дне передней и средней черепных ямок, при низкоплотных и плоских опухолях. Компьютерную томографию головного мозга мы проводили по стандарту в проекции под углом 15^0 к орбито–меатальной линии. Оптимальная толщина исследуемого слоя 2,5 мм. При обзорном исследовании мозга достаточно 7–10 срезов, для целенаправленного изучения структур задней черепной ямки 4–6 срезов. Большинство менингиом на компьютерной томографии характеризуются зоной повышенной плотности до 40–50 ед.Н, т.е. являются гиперденсными (Рис.1). Они четко ограничены от перифокальной зоны. В нашем наблюдении гиперденсная структура опухоли наблюдалась у 8 (66,6%) пациентов. У большинства пациентов менингиомы хорошо визуализируются на нативных КТ. Однако имеются данные, что у 2–4% пациентов внутричерепные менингиомы не видны [10,11]. Для их выявления, дифференцирования от других опухолей необходимо проводить КТ–исследование после внутривенного введения рентгенконтрастного вещества, которое имеет свойство накапливаться в патологической зоне. Мы применяли метод КТ с контрастным усилением 4 (33,3%) пациентам с менингиомами, имеющим гиподенсные и изоденсные структуры, затруднявшими визуализацию. Это позволило нам установить четкость и истинные размеры менингиом, а также улучшило визуализацию опухолей, расположенных вблизи костей основания черепа. После введения контрастного усиления плотность менингиомы, как правило, увеличивалась до 60-90 ед.Н (Рис.2).

Магнитно–резонансная томография служит важным, а порой и весьма существенным дополнением к компьютерной томографии, особенно при диагностике опухолей с локализацией у основания костей черепа. Применение магнитных полей высокой напряженности продемонстрировало высокую эффективность МРТ в определении степени васкуляризации менингиом, состояния артериальных сосудов, инвазии в венозные синусы, в визуализации контуров опухоли и оценке распространения [12]. Такие факторы, как тяжесть операции, ее исход, степень послеоперационного неврологического дефицита, степень радикальности, а значит и процент рецидивирования менингиомы, в значительной степени определяются расположением опухоли – ее близостью к функционально значимым отделам мозга и соотношением с анатомическими – сосудами и нервами, поэтому не умаляя достоинств КТ признаем, что наш опыт комплексного использования КТ и МРТ в диагностике внутричерепных объемных образований, показал, что МР-томография с напряженностью магнитного поля 1.5 Тесла является более эффективным методом, чем компьютерная томография в определении вышеуказанных характеристик внемозгового патологического очага. Картина большинства менингиом на Т1ВИ представлена изо или гипоинтенсивными по сравнению с корой головного мозга, а на Т2ВИ либо гипоинтенсивными или умеренно гиперинтенсивными [13]. Нами было проведено МРТ обследование 22 пациентам, из них 13 – женщины, 9 – мужчины. 89% больных в данном исследовании – это пациенты с парасагиттальными менингиомами и менингиомами ЗЧЯ (Рис.3). Одним из характерных признаков менингиом на МРТ является четкая визуализация анатомических образований, расположенных между опухолью и мозгом. К ним относятся щелевидные ликворные пространства, фрагменты твердой мозговой оболочки, сосуды мягкой мозговой оболочки. Щель ликворного пространства рядом авторов признается как одна из важных характеристик образования и по ее наличию или отсутствию судят о агрессивности роста и степени злокачественности менингиомы. В нашем исследовании мы наблюдали наличие щели у 17 пациентов (77,2 %), что совпадает с литературными данными, но не нашли прямой корреляции между наличием ее и определенным гистологическим типом опухоли. На нативных МРТ не всегда четко визуализуется ряд патологических процессов, таких как небольшие конвекситально расположенные менингиомы,

метастазы без перифокального отека и др. [5]. При внутривенном контрастном усилении с помощью парамагнитных веществ, практически все менингиомы характеризуются выраженным гомогенным накоплением контрастного препарата. Это явление обусловлено отсутствием в капиллярах менингиом гемато–энцефалического барьера, типичного для мозговых капилляров. Эту методику мы применили 8 пациентам (Рис.4). После контрастного усиления через 1 минуту определяется значительно выраженное повышение МР-сигнала от опухоли. Как уже было отмечено выше, после контрастирования менингиомы на МРТ гомогенны. Гетерогенность их на МРТ после усиления может быть обусловлена наличием кальцификатов, небольших кист, сосудов. Выраженное усиление визуализации опухоли после контрастирования позволяет более четко определить топографо – анатомические взаимоотношения опухоли и окружающих ее внутричерепных структур [6].

Сегодня новые технологии позволяют проведение такого информативного исследования как магнито-резонансная ангиография – МРА. Метод основан на чувствительности к движению жидкости, не требует введения контрастного вещества. При диагностике, в первую очередь, парасагиттальных менингиом часто возникает необходимость проведения дифференциального диагноза между прорастанием опухолью венозного синуса и его сдавлением. Локальное замедление кровотока в верхнем сагиттальном синусе можно неправильно интерпретировать как признак его прорастания менингиомой. В нашем исследовании мы применили данную методику 3 пациентам с парасагиттальной менингиомой (Рис.5). Прорастание опухолью венозного синуса наблюдали в 2 случаях в виде полного исчезновения зоны типичной потери сигнала от текущей по нему крови вследствие проникновения в него мягкотканного опухолевого компонента. Окклюзия сагиттального и поперечного синусов лучше определяется на томограммах во фронтальной плоскости, тогда как кавернозного синуса – на коронарных и аксиальных МРТ (Рис.6). На МРА помимо смещения сосудов соответственно локализации менингиом могут быть определены также источники их кровоснабжения. Учитывая пока еще недостаточную аналитическую ценность собственного материала, но предвидя важность вопроса, мы хотим предоставить лишь общую таблицу наиболее часто питающих артерий в зависимости от преимущественной локализации менингиомы. (ТаблицаN№3).

Таблица №2.

Наиболее частые источники кровоснабжения менингиом (Коновалов А.Н., Корниенко В.Н., Пронин И.Н. 1997)

Локализация	Частая питающая артерия
Конвекс	Средняя оболочечная артерия; артерия фалькса (из глазничной артерии)
Ольфакторная ямка	Ветви глазничной артерии
Крыло основной кости	Средняя оболочечная артерия
Намет и мосто мозжечковый угол	Тенториальные артерии, из мененго-гипофизарного ствола(a. Bernasconi-Casinari)
Большое затылочное отверстие, скат	Передняя оболочечная артерия ската(из позвоночной артерии); дорсальная оболочечная артерия из менинго-гипофизарного ствола

Заключение

Внутричерепные менингиомы – разнородная группа экстрацеребральных опухолей, диагностика и лечение которых требует дифференцированного подхода в зависимости от локализации, размеров, характера роста, отношения к окружающим нейроваскулярным структурам. Современные методы нейровизуализации, такие как КТ, МРТ, МРА позволяют в дооперационном периоде прогнозировать степень радикальности удаления опухоли, тяжесть операции и ее исход.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мацко Д.Е., Коршунов А.Г. Атлас опухолей центральной нервной системы. – СПб., 1998.
2. Коновалов А.Н., Корниенко В.Н., Компьютерная томография в нейрохирургической клинике. – М., 1985.
3. Кузнецов С.В. Компьютерная томография / Под ред. В.М.Черемисина.-СПб., 1994-С.3-17.
4. Батороев Ю.К., Ермолаев Ю.Ф., Сороковиков В.А., Дифференцированные подходы к послеоперационному лечению больных менингиомами.// Неврологический вестник– 2009– T.XLI, вып.1– С.74– 78.
5. Корниенко В.Н., Пронин И.Н., Туркин А.М., Фадеева Л.М. Контрастное усиление опухолей головного и спинного мозга при МР-томографии со сверхнизкой напряженностью магнитного поля // Вопр. нейрохир. – 1993 – №4 – С. 13–14.
6. Тиглиев Г.С., Олюшин В.Е.,Кондратьев А.Н. Внутричерепные менингиомы – СПб., 2001. –

C.90 – 91.}
7. Burger P.C, Scheithauer B.W. Atlas of Tumor Pathology. Third Series. Fascicle 10. Tumours of the Central Nervous System.- Washington. 1994.
8. Sze G. Diseases of the intracranial meninges: MR imaging features// AJR. 1993.V. 160. P. 727-733. Okazaki H. Neoplasms and related lesions // Fundamentals of Neuropathology. 2nd ed. N.Y.: Igaki-Shoin, 1989. P. 203-274.
9. Gilbert J.Y. et al. Cerebral edema associated with meningeomas// Neurosurgery.-1983.-Vol. 12.-P.599.
10. New P.F.J., Aronow S., Hesselink J.R. National Cancer Institute Study. Evaluation of computed tomography in the diagnosis of intracranial neoplasms // Radiology.-1980.-Vol.136.-H.665.
11. SuttonD., Clareria Z.E. Meningiomas Diagnosed by Scanning: A Review of 100 intracranial Cases.-Berlin - Heidelberg – New-York: Springer, 1977.-P/102-110.
12. Kaplan R. Coon S. Drayer B. MR characteristics of meningioma subtypes at 1.5 Tesla // J.Comput. Assist. Tomogr. 1992 V.16.P. 366-371.
13. Bradac G.B., Riva A., Schorner W. et al. MRI in the study of intracranial meningeomas // Computer Aided Neuroradiology / Ed.by A. Calabro, M. Leonardi. - Roma: CIC, 1987.

ТҰЖЫРЫМ

Мақалада нейровизуализацияның әртүрлі жолдарының, соның ішінде КТ, МРТ зерттеулерінің менингиомаларды диагноздау және емдеудегі маңызының нәтижелері жарияланған. Бас ішілік менингиома диагнозымен зерттелген 25-60 жас аралығындағы 30 науқасты зерттеу нәтижелері көрсетілген. Операция алдындағы зерттеу кезеңіндегі әр әдіс-тәсілдің құндылығы мен артықшылығы атап көрсетілген. Жоғарыда айтылғандардың негізінде әрбір емдеу, диагнозын анықтау тәсілдерін жетілдірудің менингиоманы анықтауда маңызы зор екендігі айқындалады.

РЕЗЮМЕ

В статье представлены результаты исследования эффективности различных методов нейровизуализации, в том числе таких, как КТ и МРТ, в диагностике и лечении внутричерепных менингиом. Представлены результаты исследования 30 пациентов в возрасте 25 - 65 лет с различной локализацией экстрацеребральных опухолей. Показана эффективность и прогностическая ценность каждого из методов в оценке предоперационного состояния больного, изучении характеристик опухолей. Исходя из вышеуказанного становятся актуальными вопросы постоянного совершенствования тактики обследования больных с внутричерепными менингиомами.

К.Б Ырысов., Э.А. Абдыкалыков

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМ.

Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К.Ахунбаева, кафедра нейрохирургии, г. Бишкек, Кыргызстан.

The data of 103 patients with sharp traumatic intracranial hematomas investigated. Basing on the investigations differential diagnostic signs are developed and methods of surgical treatment of the given category of patients are defined. It was determined that revealing and removal of hematomas is the leading point in surgical tactic of acute intracranial traumatic hematomas. Trephination it is shown at heavy patients and is reliable medical-diagnostic intervention.

Key words: *Skull-brain trauma, acute traumatic intracranial hematomas, diagnostic, surgical management, efficacy of different surgical intervention varieties.*

Введение

Диагностика и лечение черепно-мозговой травмы (ЧМТ), является актуальной проблемой травматологии и нейрохирургии, за последние годы ЧМТ приобрела еще большее значение [1-6]. Так, по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) смертность при ЧМТ у лиц наиболее трудоспособного возраста (до 45 лет) занимает первое место в общей структуре смертности [4-6]. Согласно тем же статистическим данным ВОЗ, ЧМТ имеет тенденцию к нарастанию в среднем на 2% год [1-6]. Рост числа пострадавших от ЧМТ, ведущих к поражению головного мозга предопределяет нейротравму, как одну из основных научно-практических проблем в нейрохирургии. Современная нейротравма характеризуется возрастанием частоты острых травматических внутричерепных повреждений, среди которых особое место занимают субдуральные гематомы.

В связи с утяжелением дорожно-транспортных травм, в клинической практике все чаще обращается внимание на возрастающую частоту острых субдуральных гематом. Несмотря на довольно многочисленные сообщения, методика и техника оперативных вмешательств при острых внутричерепных гематомах, в литературе не обобщены, практически отсутствуют данные об особенностях хирургического лечения данной патологии.

Целью работы явился анализ результатов нейрохирургического лечения больных с острыми травматическими внутричерепными гематомами.

Материал и методы исследования

В основу настоящего исследования положен анализ клинических синдромов и нейрохирургического лечения 103 больных с острыми травматическими внутричерепными гематомами. К острым травматическим внутричерепным гематомам нами отнесено наличие субдуральных, эпидуральных и внутримозговых гематом, располагающихся с одной или двух сторон.

Учитывая локализацию и взаиморасположение гематом, мы наблюдали гематомы двухсторонние и "поэтажные" двухсторонние, исходя из этого, считаем целесообразным при диагностике и лечении выделять "поэтажные" двухсторонние и двухсторонние гематомы. В группу "поэтажных" двухсторонних гематом отнесены эпидуральные, субдуральные и внутримозговые гематомы, располагающиеся одна над другой (23 наблюдения), расположенных в обоих полушариях мозга, а в группу двухсторонних гематом отнесли случаи, в которых эпидуральные, субдуральные и внутримозговые гематомы располагались над обоими полушариями головного мозга (80 больных). Чаще всего имели место субдурально+субдуральные (40,8%) и субдурально+эпидуральные (22,3%) реже - внутримозговые+ внутримозговые (9,7%) и еще реже другие виды сочетаний внутричерепных гематом, расположенных с обеих сторон головного мозга.

Проведенное в стационаре комплексное клиническое обследование поступивших больных включало тщательный общесоматический и неврологический осмотр, осмотр нейроофтальмолога, а также рентгенографию черепа, спинномозговую пункцию, эхоэнцефалографию (ЭхоЭГ), электроэнцефалографию (ЭЭГ), компьютерную и магнитно-резонансную томографии головного мозга (КТ и МРТ), диагностическую поисковую фрезеотомию.

Анализ таблицы 1 свидетельствует, что наиболее часто острые травматические внутричерепные гематомы отмечались у лиц до 40 лет в 57 случаях, от 40 до 59 лет - 29 случаев, 60 лет и старше - 17 случаев.

Таблица 1.

Распределение больных по возрасту и полу

Возраст	До 19 лет	20-39 лет	40-59 лет	60 и старше
Мужчины	6	48	23	15
Женщины	2	1	6	2
Всего	8	49	29	17

В комплексе лечебных мероприятий при острых травматических внутричерепных гематомах первостепенное значение придавалось своевременности и радикальности хирургического вмешательства. Оперативное вмешательство являлось заключительным этапом диагностики и началом лечения больных с внутричерепными гематомами. При хирургическом лечении больных с острыми травматическими внутричерепными гематомами применялась резекционная трепанация черепа (РТЧ) и костно-пластическая трепанация черепа (КПТЧ). Только при крайне тяжелом состоянии больного методом выбора являлось удаление гематом через расширенное фрезевое отверстие. Необходимость максимального ускорения оперативного вмешательства при тяжелом состоянии пострадавших в остром периоде ЧМТ часто вынуждала нас прибегать к резекционным трепанациям и удалению гематом через расширенное фрезевое отверстие.

Результаты исследования

Для удаления острых травматических внутричерепных гематом нами применялись уже известные в практике три нейрохирургических доступа: костнопластическая трепанация черепа, резекционная трепанация черепа и фрезевые отверстия. Вместе с тем, в нашу задачу входило выяснение влияния клинического статуса, локализации травмы, морфологии переломов черепа, объема гематом и др. на частоту применения того или иного доступа, вскрытие особенностей течения процесса после хирургического вмешательства в зависимости от примененной стратегии лечения.

В нашем исследовании преобладал метод РТЧ, что связано в основном с поступлением больных в стационар в остром периоде ЧМТ, в тяжелом и крайне тяжелом состояниях. Наиболее часто РТЧ была произведена у людей молодого и среднего возраста. У больных старше 60 лет РТЧ производилась реже.

КПТЧ у лиц молодого возраста производилась чаще, чем у пожилых, а метод расширенных фрезевых отверстий, наоборот, у пожилых - чаще, чем у молодых пациентов. Как правило, КПТЧ производили у больных, не имеющих грубых нарушений функций ствола мозга, а также в большинстве тех случаев, где локализация гематом была установлена с помощью КТ или МРТ исследований.

Применение КПТЧ весьма эффективно для "поэтажных" двухсторонних гематом, т.к. эпидуральные гематомы, уже в первые часы после травмы содержат плотные сгустки крови, при удалении которых часто возобновляется кровотечение. Мы применяли КПТЧ и как первый и как окончательный этап оперативного вмешательства, а также как последующий этап, которому предшествовало частичное удаление гематом через расширенное фрезевое отверстие. Проведение КПТЧ осуществляли тем чаще, чем моложе пострадавшие с острыми травматическими внутричерепными гематомами. Применение КПТЧ у лиц молодого возраста создает анатомо-физиологические предпосылки для раннего и полного восстановления нарушенных функций, избавляет больных от синдрома "трепанированного черепа". У больных, находящихся в состоянии средней тяжести или в удовлетворительном состоянии этот метод является абсолютно показанным.

У 98 больных (95,1%) была произведена РТЧ. Этот метод использовался при тяжелом состоянии больных, наличии выраженной общемозговой и стволовой симптоматики, при наличии оскольчато-вдавленных переломов, при нарастающем отеке и дислокации мозга. В 12 случаях с явлениями начинающегося вклинения проводилась двухсторонняя подвисочная декомпрессия, что позволило сохранить не только жизнь, но и психическую полноценность пострадавших. Метод РТЧ был применен у 54 больных молодого и среднего возраста и у 34 больных пожилого и старшего возраста. Мы убедились в том, что этот метод, технически относительно простой, позволяет провести ревизию эпи- и субдуральных пространств, хотя в этом плане и уступает методу КПТЧ.

Удаление острых травматических внутричерепных гематом через расширенное фрезевое отверстие было применено у 30 больных (29,1%): у 10 лиц молодого и среднего возраста и у 20 пожилого и старческого возраста. После наложения фрезевых отверстий, расширенных до 5 см в диаметре, эпидуральные гематомы удалялись путем отсасывания. С помощью шпателя и отсоса производилось вымывание сгустков крови и аспирация жидкой части гематомы. Метод применялся в основном у больных, находящихся в крайне тяжелом состоянии, когда не было возможности провести операцию в более значительном объеме. При этом накладывали 2 фрезевых отверстия.

В большинстве случаев фрезеотомия была первым этапом проведения более радикальной операции. Метод имеет ряд существенных недостатков: невозможность удаления больших по объему и протяженности гематом базальной локализации, трудность удаления очагов ушиба-размозжения мозга, трудность в обнаружении источника кровотечения, недостаточность обеспечения декомпрессии. Положительной стороной этого метода является его большая диагностическая ценность, быстрота технического выполнения, и то, что он является наиболее щадящим для больного.

Исходы хирургического лечения

Из 103 оперированных нами больных с острыми травматическими внутричерепными

гематомами, 64 больных (62,1%) были выписаны из стационара с улучшением, а 39 пациентов умерли. Послеоперационная летальность составила 37,9%.

Основными причинами летальности при острых травматических внутричерепных гематомах были несовместимые с жизнью повреждения мозга, тяжелый ушиб-размозжение мозга, не полное удаление или частичное удаление гематом, вторичные стволовые кровоизлияния.

Наиболее хорошие результаты лечения, естественно, получены при применении метода широкой трепанации и менее благоприятные - при использовании расширенных фрезевых отверстий, когда тяжесть состояния пострадавшего не позволила прибегнуть к вмешательству большего объема.

Степень нарушения сознания определяла вероятность благоприятного и неблагоприятного исхода травмы при острых травматических внутричерепных гематомах. Коэффициент летальности растет по мере роста степени нарушения сознания (оглушение-сопор-кома) и, наоборот, коэффициент благоприятного исхода (улучшения) падает по мере роста степени нарушения сознания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арстанбеков Н.А., Эсенбаев Э.И., Ырысов К.Б. Влияние совокупного патологического объема травматического генеза на исход лечения больных с тяжелой черепно-мозговой травмой //Центрально-Азиатский Медицинский Журнал, 2004. -Приложение 6. - Том 10.- С. 222-225.
2. Благодатский М.Д., Семенов А.В. Анализ летальности при открытой проникающей черепно-мозговой травме мирного времени // III съезд нейрохирургов России, Санкт-Петербург, 4-8 июня, 2002 г.- С.10.
3. Комарницкий С.В., Полищук Н.Е., Литвиненко А.Л. Некоторые факторы определения исхода у больных с травматическими сдавлениями головного мозга // III съезд нейрохирургов России. - Санкт-Петербург, 2002. - С. 36.
4. Лихтерман Л.Б., Корниенко В.Н., Потапов А.А. Черепно-мозговая травма: прогноз, течение и исходы. - М.: Книга ЛТР, 1993. - 309 с.
5. Мамытов М.М. Оптимизация способов хирургического лечения травматических гематом // Наука и новые технологии. - 2005, №3. - С.60-61.
6. Щедренок В.В. Хирургия травматических внутричерепных гематом и очагов размножения больших полушарий головного мозга: Автореф. дисс. ... д-ра мед.наук. - Ленинград, 1981. - 27с.

ТҰЖЫРЫМ

Авторлар 103 өткір травмалық бассүйекішілік гематомадағы науқастардың деректерін зерттеді. Жүргізілген зерттеулер негізінде дифференциальді-диагностикалық белгілері дағдыланды және осы категориядағы науқастарды хирургиялық емдеу әдіс-тәсілдері анықталды. Өткір травмалық гематомаларды емдеу тәсілдегі ең бастысы, гематоманы анықтау және аластату болып табылатындығы анықталды. Фрезеотомия ауыр науқастарда көрсетіліп және емдеу-диагностикалық араласудағы тірек болып табылады.

Негізгі сөздер: Бас-ми жарақаты, өткір травмалық бассүйекішілік гематома, диагностика, хирургиялық емдеу, әр түрлі нұсқалардың оперативті араласу эффектілігі.

РЕЗЮМЕ

Авторы изучили данные 103 больных с острыми травматическими внутричерепными гематомами. На основании проведенных исследований выработаны дифференциально-диагностические признаки и определены методы хирургического лечения данной категории больных. Установлено, что в тактике лечения острых травматических гематом ведущим является определение и удаление гематомы. Фрезеотомия показана у тяжёлых больных и является надёжным лечебно-диагностическим вмешательством.

Ключевые слова: Черепно-мозговая травма, острые травматические внутричерепные гематомы, диагностика, хирургическое лечение, эффективность различных вариантов оперативного вмешательства.

Т.Т. Керимбаев, В.Г. Алейников, Р.Ш. Танкачеев, И.Ж. Галиев, Ж.О. Жиренбаев

СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФОРМАЦИЙ ГРУДНОГО И ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА

АО «Республиканский научный центр нейрохирургии», г. Астана.

In a given article the results of modified one stage surgical treatment of posttraumatic thoraco-lumbar spine deformity with transpedicular fixation and interbody fusion from dorsal approach are analyzed. 11 operations are performed in consequences of traumas. The laminectomy was performed with installation of transpedicular screws, further was made a partial facetectomy and a resection of the amazed vertebral body by drilling with high speed drill. After distraction Mesh-cage was inserted into the formed bone window, further in a mode of a compression we performed transpedicular fixation with a support on corrector that allowed to restore an alignment of a spine. The given technique differs from offered earlier by possibility of the one-stage decision as neurosurgical problems, i.e. high-grade decompression and visualisation of structures of a spinal cord, and orthopedic - restoring of posttraumatic kiphosis and reliable stabilisation of a vertebral segment with minimal damage of surrounding soft tissues.
Keywords: *posttraumatic kiphosis, transpedicular fixation, Mesh cage, a spinal cord trauma.*

Введение

Повреждения позвоночника и спинного мозга относятся к тяжёлым видам травм опорно-двигательного аппарата, требующим длительного госпитального и реабилитационного лечения. Среди всех повреждений скелета, по данным литературы, они составляют до 17,7 % [1].

Переломы позвонков в нижнем грудном и поясничном отделах, ввиду анатомических и биомеханических особенностей, представляют наибольшую группу - до 54,9 % от всех повреждений позвоночного столба и в 93% случаев приводят к вентральной компрессии спинного мозга [2].

Общепризнанно, что основными целями адекватного хирургического лечения патологии позвоночника являются решение как нейрохирургических, так и ортопедических проблем: устранение компрессии спинного мозга и его корешков, исправление деформации, стабильная фиксация поврежденных позвоночно-двигательных сегментов (ПДС). В некоторых случаях необходимо решать сразу все три эти задачи, иногда каждую из них в отдельности [3].

Для декомпрессии структур спинного мозга были разработаны передние доступы к телам позвонков, однако они не позволяют в достаточной степени осуществить ревизию спинного мозга, являются весьма травматичными и не позволяют устранить кифотическую деформацию. Применяемый самостоятельно задний доступ с транспедикулярным остеосинтезом не создают достаточно прочной фиксации ПДС. В большинстве случаев, в течение 2 - 4 месяцев после транспедикулярного остеосинтеза наступает резорбция кости вокруг шурупов и наступает потеря достигнутой коррекции деформации [4].

Одномоментное проведение оперативных вмешательств из двух доступов значительно увеличивает время операции и ее травматичность, однако он широко обсуждается и применяется рядом хирургов [4, 5, 6, 7].

Таким образом, оперативное лечение больных с патологией грудного и поясничного отделов позвоночника, может осуществляться в настоящее время различными методами, а обоснование и выбор тактики лечения является предметом научных исследований. Отсутствие единого мнения о способах и объёме оперативных вмешательств, а также сложность и высокая травматичность оперативных вмешательств на вентральных и дорзальных отделах позвоночника являются основанием для разработки новых технических решений и дальнейшего совершенствования тактики лечения данной категории пострадавших, что и явилось объектом нашего исследования.

Цель работы

Провести анализ клинико-рентгенологической эффективности предложенного нами одноэтапного метода хирургического лечения посттравматических деформаций грудного и поясничного отделов позвоночника с применением транспедикулярной фиксации и переднего межтелового спондилодеза из заднего доступа.

Материал и метод

Представленный материал включает опыт хирургического лечения 11 больных с посттравматическими деформациями грудного и поясничного отделов позвоночника, оперированных с использованием предложенного нами модифицированного метода за период с 2009 по 2010 годы на базе отделения спинальной нейрохирургии АО «РНЦНХ» г.Астана. Распределение по половозрастному признаку было следующим: 1 женщина и 10 мужчин, в возрасте от 23 до 48 лет. Пациенты оперированы в различные сроки после травмы (от 6 месяцев до

3 лет). Локализация поражения была следующей: в одном случае на уровне Th II позвонка, в остальных на уровне пояснично-грудного отдела позвоночника.

Спондилометрические показатели определяли по результатам рентгенографии, КТ и МРТ с использованием компьютерной программы расчета угловой деформации позвоночного столба Surgimap Spain «Jonson&Jonson». Учитывались размеры локального кифоза, который в травмированных ПДС составлял в среднем 29,6±2,5 градусов. Вертикальный размер передней остеолигаментарной колонны был снижен до 36,7%±4,5. Стеноз позвоночного канала на уровне деформированных ПДС, имел место в среднем на 36,2%±3,9.

Все пациенты предъявляли жалобы на стойкий прогрессирующий болевой синдром на уровне деформации позвоночника. У всех больных посттравматическая деформация сопровождалась неврологическим дефицитом различной степени тяжести. Неврологические расстройства оценивали по H. Frankel (1969) в модификации D.S. Bradford и G.G. McBride (1987). С грубой неврологической симптоматикой (тип А, В) было 2 человек, с менее выраженной (тип С, Д) – 9.

7 человек были оперированы ранее в других клиниках с неудовлетворительным результатом (им выполнялась необоснованная ламинэктомия с неадекватной металлофиксацией позвоночника).

Проводимое нами этапное хирургическое лечение посттравматических деформаций предусматривало полноценную коррекцию анатомических взаимоотношений в травмированных ПДС, декомпрессию дурального мешка, надёжную стабилизацию, позволяющую проводить раннюю активизацию без внешней иммобилизации, а так же реконструктивно-пластические вмешательства на телах травмированных позвонков для восстановления опороспособности передней остеолигаментарной колонны. Во всех случаях лечение предполагало использование транспедикулярного остеосинтеза (ТПО). У всех больных имелись показания к передней декомпрессии дурального мешка, так как у большинства пациентов вертебро-медуллярный конфликт присутствовал, и в большие сроки от момента травмы (более 6 месяцев).

Хирургическое лечение во всех случаях мы производим одноэтапно, из дорзального доступа, что обеспечивает по нашему мнению оптимальные условия для репозиции и фиксации за счёт ТПО, восстановления опороспособности переднего комплекса за счет спондилодеза сеткой Меш из транспедикулярного доступа.

Предлагаемая нами методика заключалась в следующем: после скелетирования паравертебральных мышц на уровне двух позвонков выше и ниже места повреждения проводили стандартную ламинэктомию. Далее, под контролем микроскопа или бинокулярной оптики высокооборотистой дрелью выполнялась фасетэктомия с обеих сторон с частичной резекцией ножек дуг. Меняя наклон операционного стола и микроскопа, осуществлялась резекция поврежденного тела позвонка со смежными дисками, что позволяло добиться гипермобильности в ПДС и возможность проводить коррекцию кифосколиотической деформации позвоночника, а также осуществить полноценную декомпрессию структур спинного мозга. Применение пневмобора и микрохирургического инструментария позволяло с минимальной травматизацией нервных структур и кровопотери добиться поставленных задач.

Следующим этапом осуществляли установку четырех транспедикулярных винтов в смежные позвонки. Использовали спинальную систему Expedium «Jonson&Jonson».

В сформированное ложе для имплантанта устанавливали сетку Мэш «Jonson&Jonson», заполненную аутокостными фрагментами. Имплантант вводился в образовавшуюся полость после резекции поврежденного тела позвонка, при этом тракция нервного корешка и дурального мешка была минимальной (рисунок 1).

Далее устанавливались стержни и осуществлялась одномоментная дозированная дистракция с обеих сторон, благодаря чему увеличивалась высота межтелового промежутка и появлялась возможность беспрепятственной установки сетки Меш в сформированные пазы в телах смежных позвонков (рисунок 2).

Далее с обеих сторон осуществляли дозированную компрессию и реклинацию с установкой поперечного конектора и окончательной фиксации смонтированной конструкции. По ходу стержня и транспедикулярных винтов укладывалась измельченные костные фрагменты для стимулирования остеогенеза. Проводился постоянный рентген-контроль с использованием С-дуги. Послеоперационная рана ушивалась послойно. Кровопотеря была минимальной, от 100 до 300 мл, в среднем 170 мл. Ни в одном случае гемотрансфузия не проводилась. Длительность операций составила в среднем 215±20 минут.

В большинстве случаев протяженность фиксации составила два ПДС, в двух случаях три. Всегда использовали четырёхвинтовые транспедикулярные спинальные системы. Всех больных активизировали на 3-4 день после операций за исключением одного пациента с грубым неврологическим дефицитом. Из дополнительных средств внешней иммобилизации рекомендовали ношение полужесткого съемного корсета в течение 3 месяцев, при этом рекомендовали избегать наклонов и поворотов туловища в течение 2 - 2,5 месяцев. Разъяснялись приёмы лечебной гимнастики для тренировки мышц спины по методике В.В.Гориневской и Е.Ф.Древинга для самостоятельных занятий.

В раннем послеоперационном периоде, а также в сроки до 6 месяцев всем больным проводили рентген и КТ контроль.

Результаты и обсуждения

Проведенное исследование позволяет предложить модифицированную методику, которая отличается от предложенных ранее возможностью одномоментного решения как нейрохирургических задач, т.е. полноценной декомпрессии и ревизии структур спинного мозга, так и ортопедических - устранение постравматического кифоза и надежной стабилизации позвоночно-двигательного сегмента с минимальной травматизацией окружающих мягких тканей.

Результаты лечения оценивались рентгенологически и клинически. В послеоперационном периоде отмечено улучшение рентгенологических показателей – степени компрессии тела позвонка, угла локального кифоза. Применялась компьютерная программа расчета угловой деформации позвоночного столба Surgimap Spain «Jonson&Jonson» на основании спондиллограмм и КТ-сканов. Среди оперированных больных средняя величина производимой угловой коррекции во время ТПО составила 23,6±1,5 градусов. Вертикальный размер травмированных сегментов восстанавливался в среднем до 83,4±3,3%. Величина коррекции дислокации в горизонтальной плоскости достигала 24,5±1,9%.

Среди пациентов с посттравматическим неврологическим дефицитом положительная динамика на 1 – 2 степени по шкале Frankel достигнута у 9 человек. У 2 больных изменений в неврологическом статусе не наблюдалось. Динамика и сроки формирования межтеловых костных блоков у наших пациентов соответствовали наблюдениям других авторов. Случаев формирования псевдартрозов мы не наблюдали. Частичная потеря достигнутой коррекции в течении 5 – 12 месяцев после операции не наблюдалось.

Клинический случай №1.

Пациент Н. 1985 г.р. поступил в РНЦНХ с клинико-неврологической симптоматикой нижнего вялого парапареза с нарушением функции тазовых органов, гипестезией с уровня Л1 сегмента и ниже, по шкале Frankel - группа С. Травма в результате падения с высоты за 1,5 года до поступления. По месту жительства не оперирован. В связи с отсутствием положительной динамики в неврологическом статусе обратился к нейрохирургу, направлен в центр нейрохирургии. На спондиллограммах и МРТ – сканах определяется компрессионно-оскольчатый перелом тела LI позвонка с кифотической деформацией позвоночного столба и сдавлением структур спинного мозга (рисунок 3).

16.12.2010 г. в клинике проведена одномоментная операция по модифицированной методике: ламинэктомия LI позвонка с резекцией суставных отростков и тела позвонка, установка сетки Меш и транспедикулярной фиксации с коррекцией посттравматической деформации. На контрольных КТ – сканах в прямой и боковой проекциях (рисунок 4 а, б) в послеоперационном периоде кифоз устранен, ось позвоночника максимально приближена к физиологической.

Наблюдение в течение 6 месяцев не выявило нарастание кифоза в фиксированных сегментах позвоночника. Больной активизирован на 4-ые сутки. В динамике отмечена положительная неврологическая симптоматика в виде нарастание силы и объема движений в нижних конечностях, восстановление произвольного мочеиспускания. Выписан на 12 сутки после операции в удовлетворительном состоянии.

Клинический пример №2.

Пациент Ж. 1986 г.р. поступил в клинику нейрохирургии с симптоматикой нижнего глубокого парапареза с нарушением функции тазовых органов, гипестезией с уровня Л1 сегмента. Травма высотная за 8 месяцев до поступления. Оперирован по месту жительства в областной больнице, произведена ламинэктомия LI позвонка с фиксацией пластинами ЦИТО. Как видно на спондиллограммах (рисунок 5 а, 5 б), кифотическая деформация не устранена, как и не решены вопросы декомпрессии спинного мозга и стабилизации ПДС. В нашей клинике произведена одномоментная декомпрессивно-стабилизирующая операция по предложенной методике. На послеоперационных спондиллограммах (рисунок 6а, 6б) определяется восстановление оси позвоночного столба с полноценной стабилизацией и декомпрессией структур спинного мозга. В неврологическом статусе также отмечена положительная динамика в виде нарастание силы и объема движений в нижних конечностях. Пациент выписан с улучшением на 10 сутки.

Таким образом, оценивая степень коррекции посттравматических деформаций и положительную неврологическую динамику у оперированных нами больных, можно утверждать о целесообразности использования предложенной авторами методики на практике для улучшения результатов лечения пациентов с указанной патологией.

Выводы

1. Предложенная методика одноэтапного метода хирургического лечения посттравматических деформаций грудного и поясничного отделов позвоночника с применением транспедикулярной фиксации и переднего межтелового спондилодеза из заднего доступа позволяет осуществлять эффективную коррекцию анатомических взаимоотношений в травмированном отделе позвоночника, вне зависимости от сроков с момента получения травмы.

2. Предложенный способ является наиболее оптимальным и малотравматичным для полноценной декомпрессии и ревизии структур спинного мозга, что является немаловажным фактором для восстановления утраченных неврологических функций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Цивьян Я.Л. Повреждения позвоночника, -М.Медицина, -1971, -312 с.
2. Журавлев С.М. Статистика переломов позвоночника.// Проблемы хирургии позвоночника и спинного мозга: Тезисы докладов Всероссийской научно-практической конференции. - Новосибирск, 1996. - С. 129-130.
3. Монашенко Д.Н. Экстренные декомпрессивно-стабилизирующие операции при осложненной травме грудного и поясничного отделов позвоночника : диссертация ... кандидата медицинских наук. Санкт-Петербург, 2004, - 145 с.
4. Повреждения позвоночника и спинного мозга. Под ред. Н. Е. Полищука, Н. А. Коржа, В. Я. Фищенко. Киев: «КНИГА плюс», 2001.
5. Vaccaro AR, Lim MR, Hurlbert RJ, et al. Surgical Decision Making for Unstable Thoracolumbar Spine Injuries: Results of a Consensus Panel Review by the Spine Trauma Study Group. // J. Spinal Disord. Tech. – 2006. Feb; 19(1):1-10.
6. Дулаев А.К. Тактика хирургического лечения посттравматической кифотической деформации грудного отдела позвоночника.// Хирургия позвоночника.- 2005.- №2.- С. 20-29.
7. Ветрилэ С.Т., Кулешов А.А. Хирургическое лечение переломов грудного и поясничного отделов позвоночника с использованием современных технологий.// Хирургия позвоночника.- 2004.- № 3.- стр. 33-39.

ТҰЖЫРЫМ

Мақалада авторлармен ұсынылған жарақаттан кейінгі омыртқаның кеуде және бел бөлігінің деформациясын артқы жету арқылы алдынғы денеаралық спондилодезді және транспедикулалық фиксацияны қолдануымен модифицирленген біркезеңдік хирургиялық емдеу әдісінің нәтижелері берілген. Омыртқаның жарақат салдары кезінде 11 операция жүргізілді. Транспедикулалық бұрандаларды орналастыруымен ламинэктомия орындадық, ары қарай бірен-саран фасетэктомия және жоғары айналымдағы бұрғымен бұрғылап тесу жолымен зақымдалған омыртқа денесінің резекциясын жүргіздік. Сүйек терезесі түзілген жерге дистракция жолымен Меш торы орналастырылды, ары қарай компрессия және реклинация тәртібінде омыртқа білігінің қалпына келуін туғызу үшін, орналастырылған эндокорректор тірегіне транспедикулалық фиксациясын жүргіздік. Берілген әдістің ұсынылғаннан айырмашылығы нейрохирургиялық тапсырмалардың бірсәттік шешу мүмкіншілдігі ертерек болса, яғни жұлын ми құрылымының толық көлемде декомпрессиясы және ревизиясы, сол сияқты ортопедиялық – жарақаттан кейінгі кифозды болдырмау және омыртқа-қозғалтқыш сегментін айналасындағы жұмсақ тіндердің минимальды жарақатымен сенімді тұрақтандыру.

Негізгі сөздер: Омыртқаның жарақаттан кейінгі кифозы, транспедикулалық фиксация, Меш торы, жұлын ми жарақаты.

РЕЗЮМЕ

В статье представлены результаты предложенного авторами модифицированного одноэтапного метода хирургического лечения посттравматических деформаций грудного и поясничного отделов позвоночника с применением транспедикулярной фиксации и переднего межтелового спондилодеза из заднего доступа. Проведено 11 операций при последствиях травм позвоночника. Выполняли ламинэктомию с установкой транспедикулярных винтов, далее производили частичную фасетэктомию и резекцию пораженного тела позвонка путем высверливания высокооборотистой дрелью. Путем дистракции в образовавшееся костное окно вставлялась сетка Меш, далее в режиме компрессии и реклинации проводили транспедикулярную фиксацию с опорой на установленный эндокорректор, что позволяло восстановить ось позвоночника. Данная методика отличается от предложенных ранее возможностью одномоментного решения как нейрохирургических задач, т.е. полноценной декомпрессии и ревизии структур спинного мозга, так и ортопедических - устранение постравматического кифоза и надежной стабилизации позвоночно-двигательного сегмента с минимальной травматизацией окружающих мягких тканей.

Ключевые слова: посттравматический кифоз позвоночника, транспедикулярная фиксация, сетка Меш, травма спинного мозга.

А.Б. Омарбекова

РОЛЬ ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИИ (ЭЭГ) В ДИАГНОСТИКЕ КОХЛЕОВЕСТИБУЛЯРНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ МАЛЫМ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ В ОСТРОМ И РЕЗИДУАЛЬНЫХ ПЕРИОДАХ

Казахский Национальный Медицинский Университет им. С.Д. Асфендиярова
Кафедра оториноларингологии (зав.-профессор Д.Е. Жайсакова), г. Алматы

Now the problem of studying of pathology of the vestibular analyzer at vertebrobasilar insufficiency is in the centre attention of experts. It is caused, frequency cochleovestibular frustration, necessity exact topical diagnostics, an associatively to other neurological symptoms and predictive value. Electroencephalography is one of the most adequate methods of studying of a functional condition of a brain and plays the important role in definition of severity level of sharp infringements of brain blood circulation. Investigation to 62 patients has been carried. Occurrences of slow waves are found out in patients, disappearance of zone distinctions diffuse changes of bioelectric activity of a brain in the form of disorganization of a-rhythm, strengthening of fast fluctuations. Received results of electroencephalography have established that infringement of vestibular function at patients with small ischemic insult has been connected with bioelectric activity of a brain.

Актуальность темы

Известна высокая информативность таких методов ультразвуковой и нейрофизиологической малоинвазивной диагностики, как компьютерная томография, магнитно-резонансная томография и другие [1]. Однако все эти методы исследования не всегда доступны населению. Поэтому на сегодняшний день электроэнцефалографическая диагностика и сопоставления изменений электрической активности мозга с характером органических повреждений актуальны и доступны [2].

Исходя из данных А.И. Фоменко, О.И. Соловей, В.В. Шведкова (1985) [3], электроэнцефалография (ЭЭГ) является одним из наиболее адекватных методов изучения функционального состояния головного мозга и играет важную роль в определении степени тяжести острых нарушений мозгового кровообращения. Результаты исследования Е.И. Гусева (1992) [4] установили, что ЭЭГ обладает способностью выявлять краткие преходящие изменения корковых функций и отражает метаболизм мозга при ишемических инсультах, в отличии от клинико-неврологических исследований.

Цель работы: изучение показателей церебральной гемодинамики головного мозга по данным ЭЭГ у больных с кохлеовестибулярными нарушениями, связанные с малым ишемическим инсультом.

Материалы и методы исследования

Оценка функционального состояния головного мозга осуществлялась методом ЭЭГ. ЭЭГ исследование выполнено по программе ЭЭГ-потенциал, версия ЭЭГ-ЭКГ, с использованием системы Телепат-103 в монополярных отведениях. Исследование проводилось в покое, в горизонтальном положении.

Обследовано 62 пациента с патологией уха в возрасте от 23 до 55 лет. Для анализа ЭЭГ использовалась классификация Е.А. Журминской и В.С. Лосева [5]., в которой выделяют 5 типов ЭЭГ.

1. Организованный во времени и пространстве паттерн ЭЭГ, основным ритмом, при котором является альфа ритм.
2. Гиперсинхронный, с регулярной частотой колебаний биопотенциалов при высоком индексе.
3. Десинхронный, характеризующийся угнетением альфа-ритма и амплитуды колебанний.
4. Дезорганизованнй с высокой амплитудой и большим количеством нерегулярной по частоте альфа-активности ритмом.
5. Дезорганизованный паттерны с преобладанием тета- и дельта- активности с подавлением альфа-ритма.

Анализ результатов исследования биоэлектрической активности головного мозга, показывает, что в почти в половине случаев МИИ, развившегося у больных с атеросклеротической энцефалопатией, определяется дезорганизованный с преобладанием тета- и дельта-активности (5 тип) ЭЭГ (52,1 ±5,5%) и в редких случаях дезорганизованный с преобладанием альфа-активности на высоком амплитудном фоне (4 тип) ЭЭГ (16,2±4,4%).

Гиперсинхронный тип (2 тип) встречался редко и почти одинаково часто (11,2±2,3% и 12,3 ± 3,6%) соответственно. Нормальный тип (1 тип) ЭЭГ был отмечен в единичных случаях (2,1±1,3%).

Кохлеовестибулярные нарушения у больных МИИ сопровождаются ещё более выраженным перераспределением содержания ритмов в волнах ЭЭГ.

Сопоставление частоты распространения типов ЭЭГ в зависимости от локализации

очагов ишемии в зонах васкуляризуемых основными артериальными бассейнами головного мозга (вертебробазилярный бассейн и вертеброкаротидный бассейн), указывают на преобладание дезорганизованного типа ЭЭГ с преобладанием тета- и дельта- волн в случаях острой сосудисто-мозговой недостаточности в сосудах вертеброкаротидного бассейна и в случаях поражения 2 бассейнов.

Распределение ЭЭГ в зависимости от степени выраженности кохлеовестибулярных синдромов показало, что в подавляющем большинстве наблюдений выявляются выраженные диффузные изменения бипотенциалов мозга, характеризаующиеся снижением альфа-ритма с дезорганизацией . Появляются диффузно-распространённые неустойчиво медленные волны, преимущественно тета-диапозона и сглаженность зональных различий (56,1±4,8%). Умеренные диффузные изменения, проявляющиеся нерегулярным альфа-ритмом, быстрой активностью, увеличением диффузно распространённых медленных волн преимущественно тета-диапозона был установлен в 16,7±4.0%. И только в 2,3 ±1,6% определялись лёгкие диффузные изменения ЭЭГ с нерезко выраженной дезорганизацией и нерегулярностью альфа-ритма с тенденцией к усилению быстрой активности.

Таблица 1.

Сравнительные данные о частоте различных типов ЭЭГ в зависимости от заинтересованности вестибулярной патологии

Тип ЭЭГ	Вестибуло-вегетатвные реакции	Вестибуло-статические реакции	Вестибуло-вегетативные +вестибуло-статические+сенсоневральная тугоухость III и IV степени
1	3,6 ± 3,8	3,2 ± 2,6	2,6 ± 1,8
2	6,7 ± 5,4	26,3 ± 6,4	10,5 ± 7,0
3	4,9 ± 3,5	38,7 ± 7,8	9,4 ± 6,9
4	14,6 ± 6,3	15,1 ± 6,0	21,1 ± 9,4
5	62,1 8,4	11,8 4,9	57,9 11,3

Полученные результаты ЭЭГ установили, что нарушение вестибулярной функции у больных с МИИ было связано с биоэлектрической активностью мозга. Так вестибуло-вегетативные реакции соответствуют 2 типу ЭЭГ, вестибуло-статические реакции соответствуют 3 типу ЭЭГ, вестибуло-вегетативные + вестибуло-статические + сенсоневральная тугоухость III и IV степени 4 и 5 типу ЭЭГ.

Вывод

Таким образом, данные ЭЭГ, хотя и не позволяют определить величину и локализацию ишемического очага при МИИ, всё же в определённой степени помогают установить особенности отклонения функционального состояния головного мозга, что свидетельствует об активизации процессов возбуждения в корковых структурах головного мозга у больных с вестибулярными нарушениями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Столяров Л.Г., Кадыков А.С., Вавилов С.Б. Значение компьютерно-томографического исследования в определении прогноза восстановления нарушенных двигательных у больных с ишемическим инсультом.//Научно-технический прогресс в неврологии.-Душанбе.-1985.С.136-138.
2. Кайшибаев С.К., Жумагулова К.Г. Сравнительные данные о состоянии биоэлектрической активности головного мозга при различных формах острых церебральных ишемий атеросклеротического генеза.// Нейрохирургия и неврология Каз-на., 2005.№2.С.14-18.
3. Фоменко А.И., Соловьёв О.И., Шведков В.В.. компрессированный анализ ЭЭГ в оценке эффективности действия энцефабола у больных в резидуальной стадии инсульта.// Научно-технический прогресс в неврологии. Душанбе, - 1985. С.144-146.
4. Гусев Е.И. Динамика функционального состояния головного мозга при острой локальной ишемии.// Патология , физиология и экспериментальная терапия.// Журнал невропатологии и психиатрии.-1992.№4. С.44-46
5. Журминская Е.А., Лосев В.С. Система описания и классификация ЭЭГ.// Журнал наука.-1984. С.81.

ТҰЖЫРЫМ

Қазіргі таңда вертебробазилярлық кемістігіне байланысты сезім мүшелерінің анализатордың патологиясын зерделеуі мамандардың негізгі назар аударылатын мәселесі. Осының себебі кохлеовестибулярлык бұзылуы жиілігінен, нақты топикалық диагностикасының қажеттілігі, тағы басқа неврологиялық әйгіленістері және оның прогностикалық құндылығының ілесуі. Электроэнцефалография мидың функциялық ахуалын зерттеуге ең қолайлы әдіс болып табылады,сонымен қатар мидың қан айналымының бұзылуы дәрежесін анықталуында өте маңызды рөл атқарады. 62 пациент тексеруден өтті. Аурулардың миларында диффузиялық өзгерістер байқалған болатын, атап айтқанда биоэлектрикалық белсенділігінің а-ырғағы ұйымдаспағандығы, жылдам теңселгіштердің күшеюі, баяу теңселгіштердің пайда болуы, зоналық өзгешеліктерінің жоғалуы. Электроэнцефалография нәтижелері бойынша кіші ишемиялық инсульті бар аурулардың вестибулярлық функцияларының бұзылғаны биоэлектрикалық белсенділігіне байланысты болып табылды.

РЕЗЮМЕ

В настоящее время проблема изучения патологии вестибулярного анализатора при вертебробазилярной недостаточности находится в центре внимании специалистов. Это обусловлено, частотой кохлеовестибулярных расстройств, необходимостью точной топической диагностики, сопряжённостью с другими неврологическими симптомами и прогностической ценностью. Электроэнцефалография (ЭЭГ) является одним из наиболее адекватных методов изучения функционального состояния головного мозга и играет важную роль в определении степени тяжести острых нарушений мозгового кровообращения. Было проведено обследование 62 пациентам. У больных обнаруживаются диффузные изменения биоэлектрической активности мозга в виде дезорганизации а-ритма, усиления быстрых колебаний, появления медленных волн, исчезновения зональных различий. Полученные результаты ЭЭГ установили, что нарушение вестибулярной функции у больных с малым ишемическим инсультом было связано с биоэлектрической активностью мозга.

НЕЙРОПСИХИАТРИЯ

Е.В. Ережепов

ОРГАНИЗАЦИЯ ПЕРВИЧНОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», г. Павлодар

In the clause the basic questions of the organization of a stage of the primary narcological help are considered. In particular the problems and the complexities arising at the organization of the given stage are analyzed.
Existing forms of rendering of the primary narcological help are in detail described. The attention is paid to the necessity of corresponding preparation of the personnel involved at the given stage.
Keywords: *the primary narcological help, the organization*

1. Основные проблемы в организации современной наркологической помощи

Наркология, включая вопросы организации специализированной помощи, является одной из самых сложных, и одновременно – одной из наиболее стигматизированных дисциплин. А наркозависимые – наиболее стигматизированными пациентами [1,2]. Главными препятствиями в организации наркологической помощи, адекватной нуждам и потребностям населения постсоветских республик, являются: 1) максималистская установка на полное излечение зависимых от ПАВ; 2) наличие специализированной системы учета, как надзорно-устрашающей, а не терапевтически-поддерживающей меры по отношению к зависимым от ПАВ [3,4]. Противоречивая позиция или даже отсутствие аргументированной позиции в отношение базисной стратегии (либо стратегического консенсуса), которой необходимо придерживаться при формировании основных принципов, организационной структуры и технологического содержания наркологической помощи, не позволяют сформировать современную нормативную, законодательную базу, эффективно регулирующую вопросы оказания профильной помощи. В то время, как потребность в такого рода эффективном нормативном регулировании ощущается все более остро [5, 6, 7]. Таким образом, доступ к востребованным видам наркологической помощи, в первую очередь – к первичной наркологической помощи, затрудняется вследствие наличия: 1) политических; 2) правовых; 3) информационных барьеров, которые с большим трудом преодолеваются, в том числе и за счет усилий международных организаций [8, 9]. Сказанное в максимальной степени применимо к контингенту ВИЧ-инфицированных наркозависимых, в отношение которых приходится констатировать наличие двойной стигматизации в социуме [10, 11]. В обществе все более нарастает разочарование в связи с отсутствием заметного прогресса в сфере противодействия распространению зависимости от ПАВ [12]. А вновь принимаемые ведомственные приказы, положения, инструкции, касающиеся вопросов учета зависимых от ПАВ и оказания наркологической помощи, не исправляют ситуацию [13, 14].

В связи со всем сказанным, во многих публикациях аргументируется необходимость разработки научно-обоснованной концепции организации современной наркологической помощи, которая бы соответствовала современным реалиям в области распространения наркозависимости и сопутствующего ВИЧ [15, 16]. Предполагается, что такая помощь должна быть: 1) этичной; 2) дифференцированной; 3) ориентированной на потребности зависимых от ПАВ; 4) ориентированной на ранее выявление злоупотребляющих и зависимых лиц; 5) в обязательном порядке должны быть представлены программы низкопороговой помощи с компонентом аутрич-работы; 6) помощь должна осуществляться при тесном взаимодействии государственных и негосударственных структур, учреждений образования, здравоохранения, силовых ведомств, НПО, координационных советов при исполнительных органах власти; 7) ассортимент и качество услуг, предоставляемых на каждом этапе наркологической помощи, должны быть существенно повышены; 8) условия предоставления профильных услуг должны удовлетворять требованиям максимальной доступности и безопасности; 9) показатели охвата должны быть существенно увеличены; 10) критерии эффективности наркологической помощи должны быть изменены в сторону их большей реалистичности и соответствия принципам НОЗ [17, 18, 19, 20, 21].

2. Организационные формы первичной наркологической помощи

Наиболее исследованной формой первичной наркологической помощи, доказавшей свою эффективность в сфере профилактики распространения ВИЧ/СПИДа среди ПИН, являются программы снижения вреда, действующие при СПИД-центрах, профильных НПО, иных структурах. Организация такого рода программ в классическом варианте не представляет каких-либо сложностей при наличие достаточных объемов финансирования и международной ресурсной поддержки [22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29]. Вместе с тем, в последние годы все чаще публикуются сообщения о все более разнообразных формах первичной наркологической помощи – службах телефонного консультирования [30]; возможностях Интернет-консультирования по вопросам зависимости от ПАВ и другим вопросам [31, 32]; возможностях раннего выявления зависимых от ПАВ при осуществлении масштабных программ добровольного тестирования и использования иных диагностических процедур в учреждениях образования и службах первого доступа [33, 34, 35, 36]. Анализируется опыт волонтерской работы при наркологических диспансерах [37], опыт целенаправленной работы с правонарушителями, злоупотребляющими наркотиками на этапе досудебного расследования [38]. Показана важность и необходимость привлечения к процессу оказания услуг на этапе первичной наркологической помощи персонала НПО, представителей сообщества, в том числе ВИЧ-инфицированных наркопотребителей, настроенных на конструктивное взаимодействие, других лиц, сотрудничающих с негосударственными организациями [39, 40, 41, 42, 43, 44]. При этом постоянно подчеркивается значимость сектора НПО, активности и степени компетентности персонала, представляющего данный сектор в сфере оказания услуг на этапе первичной наркологической помощи [45]. Большинство исследователей считает весьма конструктивной идею объединения ресурсов и возможностей государственных учреждений с возможностями доступа и охвата, гибких условий предоставления услуг, практикуемых НПО, на этапе первичной наркологической помощи. Сочетание преимуществ каждого из секторов антинаркотической активности, местных, национальных и международных ресурсов, способно обеспечить требуемый масштаб и охват зависимых от ПАВ соответствующим сектором услуг [46, 47, 48, 49, 50, 51].

Наряду с расширением и растущим разнообразием форм первичной наркологической помощи, наблюдается и другая тенденция – упорядочивания и стандартизации данного сектора услуг. В данной связи обсуждаются варианты протоколов и организационных стандартов сектора первичной наркологической помощи. Выдвигаются аргументы в пользу институциализации данного подхода [52, 53].

Из среднесрочных перспектив развития наркологической помощи, наиболее интересных с точки зрения модификации и расширения сектора специализированных услуг, следует отметить предложения по перепрофилированию нарколо-гических диспансеров в центры социально-психологической адапта-ции, как первичного звена медико-психологической помощи уязвимым группам лиц с психологической, а не только с химической зависимостью [54].

3. Вопросы подготовки персонала, действующего на этапе первичной наркологической помощи

Компонент подготовки персонала в секторе первичной наркологической помощи имеет первостепенное значение. Адекватные значения, умения, навыки, полученные персоналом, способствуют повышению безопасности, дестигматизации контингента наркозависимых, в том числе ВИЧ-инфицированных [55, 56, 57]. Хорошая профессиональная подготовка сотрудников СВ-проектов способствует установлению комплаентных отношений между клиентами и персоналом, формированию необходимого терапевтического союза, и повышает эффективность оказываемой помощи [58, 59, 60, 61, 62].

Особое внимание необходимо уделять подготовке аутрич-работников и консультантов по вопросам зависимости, осуществляющих первый контакт с охватываемым контингентом наркопотребителей [63, 64]. Также важен высокий уровень подготовки социальных работников и среднего медицинского персонала, интенсивно взаимодействующих с контингентом зависимых от ПАВ, получающих первичную наркологическую помощь [65, 66, 67]. Весьма сложной и ответственной является задача адекватной додипломной и последипломной подготовки врачебного персонала по всему комплексу вопросов, связанных с оказанием первичной наркологической помощи [68, 69, 70, 71].

С учетом важности вопросов квалифицированного обучения персонала, задействованного на этапе оказания первичной наркологической помощи, повсеместно, в том числе в Восточной Европе и Центральной Азии, открываются и интенсивно действуют профильные международные образовательные центры [72, 73, 74, 75].

Выводы. Таким образом, вопросы организации первичной наркологической помощи являются наиболее приоритетными, но также и наиболее сложными, поскольку в настоящее время не существует общепризнанных

стандартов и форм организации данного вида помощи. Первичная наркологическая помощь должна быть дифференцирована по основным типам зависимости, а также – в соответствие с основными принципами и наиболее эффективными формами оказания данного вида помощи. Особое внимание следует уделять подготовке персонала, действующего на этапе первичной наркологической помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алтынбеков С.А., Катков А.Л., Мусинов С.Р. Организация наркологической помощи в Республике Казахстан и за рубежом. – Астана, 2003. - 191 с.
2. Александров А.А. Стигматизация в наркологии // На пути к профессиональной наркологии (аналитические очерки и статьи). – Москва, 2008. – С. 163-175.
3. Зобин М.Л. Лечение опиоидной зависимости: цели и результаты (сравнительный анализ) // На пути к профессиональной наркологии (аналитические очерки и статьи). – М., 2008. – С. 367-373.
4. Олейник С.В. Наркологическая служба глазами потребителей наркотиков // На пути к профессиональной наркологии (аналитические очерки и статьи). – Москва, 2008. – С. 154-163.
5. Байызбекова Д.А. Оценка политики в отношении ВИЧ/СПИДа в Кыргызстане // Сб. тезисов Второй конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. – Москва, 2008. – С. 216.
6. Наркевич Е.М. Профилактика распространения ВИЧ путем реорганизации лечения от наркозависимости // Сб. тезисов Второй конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. – Москва, 2008. – С. 224.
7. Утяшева Л., Керими Н., Султанов М., Эллиотт Р., Пирсхауз Р., Чете Д. Анализ законодательства и нормативных актов об обеспечении доступности профилактики и лечения ВИЧ для потребителей инъекционных наркотиков и заключенных в странах Центральной Азии и Азербайджане // Сб. тезисов Второй конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. – Москва, 2008. – С. 194.
8. Ференчич Н., Нэри П., Бусза Д. Подростки и ВИЧ/СПИД в странах Восточной Европы: устранение барьеров, препятствующих доступу к программам // Сб. тезисов Второй конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. – Москва, 2008. – С. 305.
9. Субатайте М., Ван дер Мэулен М. Европейские НГО обмениваются полученным опытом в целях более эффективной профилактики // Сб. тезисов Второй конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. – Москва, 2008. – С. 200.
10. Катков А.Л., Комарова О.Н. Общие данные о характере наркологической помощи, оказываемой ВИЧ-инфицированным наркозависимым в Республике Казахстан // Ж. Вопросы ментальной медицины и экологии. – Москва – Павлодар, 2007. – Т. XIII, № 4. – С. 28-35.
11. Комарова О.Н. Организация наркологической помощи ВИЧ-инфицированным с диагнозом наркозависимости // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2004. – Т. IV, № 4. – С. 66-67.
12. Кошкина Е.А., Паронян И.Д., Валькова У.В. Мнение москвичей о деятельности органов власти по профилактике распространенности потребления наркотиков молодежью // Ж. Вопросы наркологии. – М., 2009. – № 1. – С. 44-55.
13. Приказ МЗ РК от 1 декабря 2009 г. № 808 «Об утверждении Правил признания лица больным алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией».
14. Проект Приказа «Об утверждении Инструкции по проведению медицинского освидетельствования для установления факта употребления психоактивного вещества и состояния опьянения».
15. Катков А.Л., Василенко И.В. Современная наркологическая помощь и метаконцепция снижения спроса на наркотики // Ж. Вопросы ментальной медицины и экологии. – Москва – Павлодар, 2003. – Т. IX, № 4. – С. 9-16.
16. Балашов А.М. Надо ли защищать честь мундира? Нельзя нарушать права пациентов на информацию // На пути к профессиональной наркологии (аналитические очерки и статьи). – М., 2008. – С. 39-44.
17. Зальцман И.Г. Об одном из вариантов программы по лечению и реабилитации больных наркоманией // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2001. – Т. I, № 1. – С. 54-55.
18. Шамота А.З., Валькова У.В. Организация наркологической помощи на современном этапе // Актуальные вопросы биологической, клинической и профилактической наркологии. – Москва, 2007. – С. 119-120.
19. Воборил Ж. Разработка эффективных программ терапевтических сообществ // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. – М., 2009. – С. 153-154.

20. Надутая Г.Н., Дебелюк М.И. Координация деятельности по ответу на эпидемию ВИЧ/СПИД в Украине // Сб. тезисов Второй конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. – Москва, 2008. – С. 203.
21. Юсопов О. Современная наркологическая помощь в профилактическом контексте // Сб. тезисов Второй конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. – Москва, 2008. – С. 122.
22. Кенжебаев Н.Ж., Ермекбаев К.К. Особенности подхода к медико-социальной реабилитации внутривенных наркоманов в свете выполнения программы борьбы с наркоманией в Карагандинской области // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2001. – Т. I, № 1. – С. 55-56.
23. Кузнецов Н.П., Сыздыков М.С., Козаченко Н.В. «Снижение вреда от наркотиков» в г. Караганде, как элемент реабилитации // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2001. – Т. I, № 1. – С. 56-57.
24. Проект инструкции о порядке согласования с органами исполнительной власти в области здравоохранения и органами по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ деятельности по применению программ обмена шприцев и игл среди потребителей инъекционных наркотиков в соответствии с примечанием к статье 230 Уголовного кодекса Российской Федерации // Ж. Наркология. – М., 2004. – № 12. – С. 11-15.
25. Имангазинов С.Б. О внедрении программы снижения вреда от наркотиков в г. Павлодаре // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2004. – Т. IV, № 4. – С. 64-65.
26. Мюррей Д. Обзор свидетельств эффективности программ обмена игл // Ж. Наркология. – М., 2004. – № 12. – С. 16-20.
27. Сухарский Д.В., Филатова А.Н. Опыт профилактической работы программы «Снижение вреда» среди потребителей инъекционных наркотиков в Мирнинском районе Республики Саха // Ж. Наркология. – М., 2004. – № 12. – С. 21.
28. Ахаев С.К. Анализ работы пункта доверия для наркозависимых по г. Павлодару // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2005. – Т. V, № 3. – С. 60-61.
29. Нуржанова А.М., Ескалиева А.Т., Кузнецов Н.П. Развитие программы «Снижение вреда» в Карагандинской области и эффективность деятельности пунктов доверия // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2005. – Т. V, № 2. – С. 80-85.
30. Кузнецов А.П., Прокудина О.В., Мухтарова Ф.Г., Колесникова О.А., Шмакова Т.И., Тюлендина Н.С., Сомусев Е.В. Опыт работы телефонной консультативной службы Костанайского областного наркологического диспансера // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2006. – Т. VI, № 1. – С. 61-62.
31. Надеждин А.В., Тетенева Е.Ю., Колчашкин А.Ю. Интернет-консультирование потребителей наркотических средств в сети Интернет: теория и практика // Актуальные вопросы биологической, клинической и профилактической наркологии. – М., 2007. – С. 71-72.
32. Тетенова Е.Ю., Надеждин А.В., Колчашкин А.Ю., Михалев И.В. Структура информационных запросов, связанных с ПАВ, в русскоязычном сегменте сети Интернет // Актуальные вопросы биологической, клинической и профилактической наркологии. – М., 2007. – С. 109-110.
33. Новикова Е.В., Комарова О.Н., Иванова Н.М. Выявление донозологических форм наркологических расстройств // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2005. – Т. V, № 2. – С. 50-52.
34. Ажигулов Ж.К., Комарова О.Н., Новикова Е.В., Иванова Н.М. Опыт проведенного добровольного тестирования на наличие наркотических веществ в биологических жидкостях контингента учащейся молодежи г. Астаны в 2004 г. // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2006. – Т. VI, № 4. – С. 41-43.
35. Кутушев О.Т., Лыков В.И., Ермолова О.И. Программа активной психопрофилактики и психокоррекции табачной зависимости у подростов // Актуальные вопросы биологической, клинической и профилактической наркологии. – М., 2007. – С. 59-60.
36. Корякин С.А. Выявление лиц, употребляющих наркотики, как составная часть мероприятий по профилактике наркоманией в Самарской области // Ж. Вопросы наркологии. – М., 2008. – № 6. – С. 48-52.
37. Андреева Г.В. Практический опыт организации волонтерской работы в Северо-Казахстанской области // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2005. – Т. V, № 4. – С. 79-82.
38. Блинова О.Г., Борисенко И.А. Пилотная схема направлений потребителей наркотиков в Воронеже как опыт сотрудничества правоохранительных органов и некоммерческих организаций в профилактике ВИЧ/СПИДа // Сб. тезисов Второй конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. – Москва, 2008. – С. 299.
39. Махкамов А.К., Россинский Ю.А., Ескалиева А.Т. Участие ВИЧ-инфицированных потребителей инъекционных наркотиков в программах медико-социальной помощи и программах снижения вреда в Республике Казахстан // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2007. – Т. VII, № 1. – С. 91-93.

40. Ружникова З.И., Полонская Л.А., Пасько А. «Экспресс-оценка и реагирование» — программное исследование среди людей, живущих с ВИЧ, государственных медицинских и социальных учреждений Темиртау // Сб. тезисов Второй конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. – Москва, 2008. – С. 27.
41. Саидмурадов Ш.Д. Вклад ОКП Таджкискистана в предотвращении распространения эпидемии ВИЧ/СПИДа // Сб. тезисов Второй конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. – Москва, 2008. – С. 195.
42. Левин А., Хайд Л., Юргенс Р., Кэртис М., Эллиотт Р., Утяшева Л., Маклеан С., Довбах А.В. Ничего для нас без нас: защита для большей причастности людей, которые используют наркотики в Восточной Европе и Средней Азии // Сб. тезисов Второй конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. – Москва, 2008. – С. 210.
43. Сулейманова Д.З. Расширение доступности помощи и лечения ЛЖВ в Азербайджане // Сб. тезисов Второй конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. – Москва, 2008. – С. 120.
44. Довбах А.В., Аничин Е.Н. Мобилизация и развитие потенциала ВИЧ-уязвимых сообществ как средство развития профилактики, ухода и поддержки // Сб. тезисов Второй конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. – Москва, 2008. – С. 205.
45. Молчанов С.Н. Роль неправительственных организаций в оказании наркологической помощи населению Республики Казахстан // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2009. – Том IX, № 1. – С. 96-98.
46. Султанов М.Г., Катков А.Л. О реализации проекта УНП ООН AD/RER/02/F75 "Развитие сети услуг по профилактике ВИЧ/СПИДа и лечению для потребителей инъекционных и других наркотиков в странах Центральной Азии" // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2004. – Т. IV, Специальный выпуск, посвященный II съезду психиатров, наркологов, психотерапевтов Республики Казахстан. – С. 8-25.
47. Должанская Н.А., Корень С.В., Юлина Ю., Корнилова М.С. Анализ медицинской документации и изучение отношения врачей к оказанию наркологической помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией и готовности к проведению современных методов лечения (ВААРТ) // Сб. тезисов Третьей конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии, Москва, 28-30 октября 2009 года. – Москва, 2009. – С. 81-82.
48. Иванова Т.В. Оказание технической поддержки проектам снижения вреда // Сб. тезисов Второй конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. – Москва, 2008. – С. 292.
49. Мельников В.Ф., Баскаков Е.В., Волков А.В. Система раннего выявления потребителей ПАВ // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. – М., 2009. – С. 204-205.
50. Смелянская М.А., Атаянц Ж.Г., Голованевская М.Л. Открытый доступ: интеграция программ лечения ВИЧ, туберкулеза и наркозависимости для ПИН // Сб. тезисов Третьей конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии, Москва, 28-30 октября 2009 года. – Москва, 2009. – С. 85.
51. Халидова М.В., Шардакова Л.В., Веселовская Е.И., Обергфелл К. Модель междисциплинарного взаимодействия негосударственных и государственных организаций для улучшения сервиса для ЛЖВ в Свердловской области России // Сб. тезисов Второй конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. – Москва, 2008. – С. 206.
52. Алтынбеков С.А. К стандарту услуг, оказываемых населению Республики Казахстан по профилю третичной профилактики зависимости от психоактивных веществ // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2004. – Т. IV, № 1. – С. 154-156.
53. Катков А.Л. К стандарту организации этапа первичной наркологической помощи в секторе добровольной наркологической помощи МЗ РК // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2009. – Т. IX, № 2. – С. 19-30.
54. Дмитриева Т.Б., Шевцова Ю.Б. Проблемные вопросы организации лечения наркоманий в Российской Федерации // российский психиатрический журнал. – 2009. – № 4. – С. 30-34.
55. Юсопов О.Г., Мусабекова Ж.К., Мальчиков В.С. Информационно-образовательный компонент программ снижения вреда, реализуемый в условиях ЛПО наркологического профиля // Сб. статей и тезисов международной научно-практической конференции «Антинаркотическая политика и медико-социальные последствия потребления наркотиков: новые концепции – новые стратегии» (27-28 сентября 2007 г.). – Павлодар, 2007. – С. 92-94.
56. Сконечна А., Конечны Г. Расширение деятельности Центра по обучению Общественного комитета по СПИДу, Польша // Сб. тезисов Второй конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. – Москва, 2008. – С. 191.
57. Эвоян А.Г., Чолахян Н., Аракелян А., Оганесян Э.Э., Арзаканян В.Г. Отношение и поведение сотрудников здравоохранения в отношении людей, живущих с ВИЧ в Армении // Сб. тезисов Второй конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа

в Восточной Европе и Центральной Азии. – Москва, 2008. – С. 183.
58. Kennard D. Limiting factors: The setting, the staff, the patients // Therapeutic communities. – L., 1979. - P. 181-194.
59. Luborsky L. and others. Therapist success and its determinants // Archives of General Psychiatry, No. 42, 1985, pp. 602-611.
60. McLellan A.T. and others. Is the counselor an 'active ingredient' in substance abuse rehabilitation? // Journal of Nervous and Mental Disease, No. 176, 1988, pp. 423-430.
61. Horvath A.O. and Symonds B.D. Relation between alliance outcome in psychotherapy: a meta-analysis // Journal of Counselling Psychology, No. 38, 1991, pp. 139-149.
62. Najavits L.M. and Weiss R. D. Variations in therapist effectiveness in the treatment of patients with substance use disorders: an empirical review // Addiction, vol. 89, No. 6 (1994), pp. 679-688.
63. Мадоян О., Абраамян В., Аветисян А., Азарян Э. Консультирование «равный равному» как важный компонент подготовки к приему АРВТ // Сб. тезисов Второй конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. – Москва, 2008. – С. 105.
64. Батракова Г.А. Итоги приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения 2009 г. «Повышение приверженности АРВ-терапии пациентов из числа потребителей инъекционных наркотиков и других уязвимых групп населения» в Ульяновске // Сб. тезисов Третьей конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии, Москва, 28-30 октября 2009 года. – Москва, 2009. – Том 1. – С. 78-79.
65. Беляева В.В., Хан Г.Н., Нарсия Р.С., Кравченко А.В. Обучение медицинских сестер консультированию о вопросах ВИЧ-инфекции в рамках проекта «Совершенствование системы до- и послетестового консультирования в 5 регионах России» // Сб. тезисов Второй конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. – Москва, 2008. – С. 181.
66. Лопушов Д.В., Валишина Г.С., Цибульская Э.Ф. Актуальные вопросы проведения тренингов по вопросам ВИЧ-инфекции среди медицинских работников // Сб. тезисов Второй конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. – Москва, 2008. – С. 173.
67. Кузнецов Н.И, Кузнецова О.Ю., Лебедев А.К., Плавинский С.Л. Готовы ли врачи первичного звена здравоохранения оказывать помощь ВИЧ-инфицированным // Сб. тезисов Второй конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. – Москва, 2008. – С.175.
68. Березина Е.Б., Должанская Н.А., Ходакевич Н.Л., Корень С.В. Обучение специалистов, работающих в сфере профилактики ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп: результаты проекта ГЛОБУС // Сб. тезисов Третьей конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии, Москва, 28-30 октября 2009 года. – Москва, 2009. – Том 1. – С. 100-101.
69. Ермак Т.Н., Беляева В.В., Суворова З.К. Современные подходы к обучению российских специалистов в области ВИЧ-инфекции // Сб. тезисов Второй конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. – Москва, 2008. – С. 192.
70. Ключарева А.А., Оскирко А.Н., Петрович И.В., Голобородько Н.В.Обучение вопросам ВИЧ/СПИД в системе последипломной подготовки БелМАПО для обеспечения всеобщего доступа к лечению и профилактике ВИЧ // Сб. тезисов Второй конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. – Москва, 2008. – С. 180.
71. Алиаскарова С.О. Новые методические разработки для учебного процесса в Республиканском медицинском колледже Казахстана // Сб. тезисов Второй конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. – Москва, 2008. – С. 178.
72. Кадыралиева А.А., Ирискулбеков Э.Б., Эсенаманова А. Повышение потенциала и информационная поддержка программ снижения вреда в Центральной Азии // Сб. тезисов Третьей конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии, Москва, 28-30 октября 2009 года. – Москва, 2009. – Том 1. – С. 108-109.
73. Лятарска С.Д., Конечны Г., Минальто М. Междисцилинарное интернет-консультирование: Общественный комитет по СПИДу Social AIDS Committee — инновация Центра по обучению // Сб. тезисов Второй конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. – Москва, 2008. – С. 177.
74. Махмудов Ж.Ю., Мейманалиев Т.С. Об организации Регионального образовательного центра по вопросам лечения, ухода и поддержки лиц, живущих с ВИЧ в странах Центральной Азии // Сб. тезисов Второй конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. – Москва, 2008. – С. 179.
75. Сурдина Т.Ю., Сейталиева Ч.Т., Мейманалиев Т.С., Сулайманова М.А., Васильева С.А., Махмудов Ж.Ю. Региональный подход к укреплению кадрового потенциала СПИД-сервисных организаций в Центральной Азии // Сб. тезисов Третьей конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии, Москва, 28-30 октября 2009 года. – Москва, 2009. – Том 1. – С. 123-124.

ТҰЖЫРЫМ

Мақалада алғашқы наркологиялық көмектің алғашқы кезеңін ұйымдастырудың негізгі мәселелері қарастырылады. Атап айтқанда, бұл кезеңді ұйымдастыру кезінде пайда болатын, проблемалар және қиындықтар талданады. Алғашқы наркологиялық көмектің бар формалары жете сипатталады. Бұл кезеңде қызмет атқарып жүрген, персоналдың сәйкес дайындығының қажеттілігіне назар аударылады. **Негізгі сөздер**: алғашқы наркологиялық көмек, ұйымдастыру.

РЕЗЮМЕ

В статье рассматриваются основные вопросы организации этапа первичной наркологической помощи. В частности анализируются проблемы и сложности, возникающие при организации данного этапа. Подробно описываются существующие формы оказания первичной наркологической помощи. Обращается внимание на необходимость соответствующей подготовки персонала, задействованного на данном этапе.

Ключевые слова: первичная наркологическая помощь, организация.

Е.В. Ережепов

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПОЛИТИКИ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ РАСПРОСТРАНЕНИЮ НАРКОЗАВИСИМЫХ И ВИЧ

РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», г. Павлодар

In the clause the survey data, politicians of counteraction concerning the basic directions to distribution of drug dependence and HIV in the modern world are resulted. In particular the attention is paid to the polarity of principles of such counteraction, and absence of a consensus in the use of repressive and humanistic principles. Meanwhile the achievement of such consensus is necessary with the purpose of effective preventive maintenance of distribution of drug dependence and HIV.
Keywords: *drug dependence, HIV, counteraction.*

1. Политика противодействия наркозависимости – международный опыт

Рост распространения наркозависимости вынуждает государства, и мировое сообщество в целом, формировать и развивать общемировые и национальные стратегии, влияющие на уровень потребления наркотиков в обществе – антинаркотическую политику. Основными направлениями такой политики являются: 1) борьба с нелегальными рынками наркотиков и уменьшение наркопреступности; 2) контроль за легальным рынком наркотиков; 3) профилактическая работы с группами риска и населением в целом; 4) лечение и реабилитация лиц, зависимых от наркотиков. Т.е. речь идет о стратегиях снижения предложения, спроса, потребления и вреда от употребления наркотических веществ. При этом обсуждаются следующие конкурирующие модели социального контроля за распространением наркотиков: 1) либеральная (незапретительно-поощряющая); 2) репрессивная (запретительно-ограничительная); 3) рациональная (сбалансированная), каждая из которых имеет свои недостатки, преимущества и очерченную идеологическую платформу [1, 2]. Основанием для стигматизации и репрессивной политики к наркозависимым являются установки идеологических лидеров в отношение того, что немедицинское употребление наркотиков является сознательным отходом от социальных норм. И поэтому общественные меры в отношение этих людей не могут быть такими же, как принципы оказания медицинской помощи другим категориям пациентом [3]. Другая, более либеральная идеология в отношении наркозависимых лиц находит подтверждение в недавно принятых международных документах – акте об экономических, социальных и культурных правах (право на наивысший достижимый уровень здоровья); принятых замечаниях к данному документу, касающихся стандартов в отношение лечения наркотической зависимости [4]. Следует отметить отсутствие заметного прогресса в продвижении к сбалансированной политике у приверженцев вышеобозначенных крайних позиций. Напротив, такая «средняя» точка зрения ожесточенно критикуется с обеих сторон. В качестве главного аргумента для такого рода критики выдвигается тезис о недопустимости двойного сигнала для общества: любой представитель социума должен быть четко ориентирован – наркотик в обществе является либо допустимым, либо абсолютно нетерпимым явлением [5, 6, 7, 8]. Между тем, в международных документах и обзорах практического характера, посвященных современным методам лечения наркоманий, приводятся многочисленные данные об успешной реализации многоуровневых и вариативных моделей оказания наркологической помощи, опирающихся на сбалансированную позицию и здравый смысл. Т.е. речь идет о том, что различным категориям наркопотребителей следует оказывать разные виды наркологической помощи, не обязательно предусматривающие полную абстиненцию [9, 10, 11]. Все более пристальное внимание уделяется приоритетам Нового Общественного Здоровья (НОЗ), экономической эффективности и оправданности используемых стратегий противодействия. А также – предметному анализу качества оказываемой помощи, оцениваемому в системе адекватных конечных индикаторов [12, 13, 14, 15].

2. Политика противодействия ВИЧ – международный опыт

В основополагающих международных документах, принятых в последние годы и посвященных делу профилактики распространения ВИЧ-Позиционном документе ЮНЭЙДС по вопросам политики в сфере усиления профилактики ВИЧ; Политической декларации о Приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом; Оперативном руководстве ЮНЕЙДС по установлению национальных целей для продвижения к всеобщему доступу – основной акцент делается на необходимость реализации такого компонента наркологической помощи, как программы снижения вреда вследствие употребления наркотиков. Т.е. речь идет о развитии сектора третичной профилактики и активности по реализации четвертой стратегии

противодействия распространению наркозависимости в общем перечне [16, 17, 18, 19].

В других позиционных документах ЮНЭЙДС, ВОЗ, УНПООН, наряду с мероприятиями по снижению вреда, уделяется внимание возможностям сокращения ВИЧ-инфицирования за счет эффективности лечения наркотической зависимости. В частности УНПООН в документе «Инициативы в соответствии с областью вмешательств» рекомендуется проведение следующих мероприятий, эффективно профилактирующих распространение ВИЧ в среде инъекционных потребителей наркотиков: 1) поддержка стран в разработке законодательства, политики и стандартов лечения, необходимых для эффективной реализации услуг для потребителей наркотиков; 2) укрепление сотрудничества между органами здравоохранения, организациями гражданского общества, другими заинтересованными агентствами и ведомствами; 3) предоставление аутрич-услуг, покрывающих не менее 35% всех ПИН, для обеспечения их информацией по ВИЧ/СПИДу и методам снижения риска передачи ВИЧ; 4) развитие и расширение услуг по лечению наркозависимых, включая специальные программы для отдельных контингентов потребителей наркотиков, и, при необходимости, введение широкомасштабной заместительной терапии; 5) повышение осведомленности служб по лечению наркозависимости о необходимости профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа; 6) предупреждение перехода от неинъекционного к инъекционному потреблению, в особенности среди молодежи. В этом же документе обосновывается необходимость следующих инициатив по эффективной профилактике ВИЧ/СПИДа в пенитенциарных учреждениях: 1) право на получение медицинских услуг, равных по объему и качеству услугам, предоставляемым всему населению; 2) конфиденциальное и добровольное консультирование, тестирование и психосоциальная поддержка, повышение осведомленности по ВИЧ/СПИДу и обеспечение средств профилактики для лиц, отбывающих сроки лишения свободы: 3) организация действенной реабилитации в тюрьмах, включая программы социальной реинтеграции перед освобождением из заключения; 4) предоставление АРВТ-терапии и соответствующих условий содержания ВИЧ-инфицированным заключенным; 5) активное вовлечение гражданского сообщества в процессе предоставления профилактических и реабилитационных услуг в тюрьмах; 6) лечение наркозависимых как альтернатива наказанию [20, 21, 22]. Не только авторитетные международные организации, но и крупные ассоциации людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, такие как «Глобальная сеть людей, живущих в ВИЧ/СПИДом», «Международное сообщество женщин, живущих с ВИЧ/СПИдом», «Ассоциации секс-работников», все чаще заявляют о своих правах на заботу о своем здоровье, на свободный доступ к профильным профилактическим и медицинским услугам, таким как заместительная терапия, медикаментозная терапия, поведенческое воздействие, включая психотерапию, психосоциальную поддержку и консультирование. Т.е. тем услугам, которые могут и должны предоставляться на этапе первичной наркологической помощи [23, 24].

ЛИТЕРАТУРА

1. Дмитриева Т.Б., Клименко Т.В. Деятельность международных и общественных организаций в профилактике немедицинского употребления ПАВ и зависимости от них // На пути к профессиональной наркологии (аналитические очерки и статьи). – М., 2008. – С. 59-65.
2. Мейлахе П.А. Идеологические дебаты вокруг наркотизма на Западе и в России // На пути к профессиональной наркологии (аналитические очерки и статьи). – Москва, 2008. – С. 66-83.
3. Полонская Я. Стратегия снижения вреда в глобальной политике в отношении употребления нелегальных наркотиков // На пути к профессиональной наркологии (аналитические очерки и статьи). – М., 2008. – С. 201-214.
4. Утяшева Л., Пирсхауз Р., Чете Д., Эллиотт Р. Зависимость от… права? Оценивая лечение наркотической зависимости с позиций международных стандартов прав человека // Сб. тезисов Второй конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. – Москва, 2008. – С. 267.
5. Фейзи С.С.Дж. Комиссия по наркотически средствам и Программа Организации Объединенных Нацией по контролю над наркотиками: политика, ее воплощение и перспективы изменений // Международный журнал по наркополитике. Специальный выпуск на русском языке. 1 (2006). – С. 93-108.
6. Голуб Э., Джонсон Б.Д. Злоупотребление «теорией трамплина» в политике Соединенных Штатов по контролю за употреблением наркотическими веществами: вторичный анализ запутанных выводов // Международный журнал по наркополитике. Специальный выпуск на русском языке. 1 (2006). – С. 45-61.
7. Коста А.М. XIV конференция мэров городов – членов ECAD // Ж. Наркология. – М., 2007. – № 6. – С. 25-28.
8. Декларация Всемирного форума против наркотиков // Ж. Наркология. – М., 2008. – № 12. – С. 39-41.
9. ООН, Управление по наркотикам и преступности, Материалы по вопросам лечения наркомании. Инвестиции в лечение

наркомании: документ для обсуждения на уровне лиц, ответственных за разработку политики // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2003. – Т. III, № 2. – С. 8-27.
10. ООН, Управление по наркотикам и преступности, Материалы по вопросам лечения наркомании. Современные методы лечения наркомании: обзор фактических данных // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2003. – Т. III, № 2. – С. 27-45.
11. Управление ООН по наркотикам и преступности. Лечение наркомании и реабилитация: практическое руководство по планированию и осуществлению // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2004. – Т. IV, № 1. – С. 19-114.
12. Второй доклад за двухгодичный период о выполнении решений двадцатой специальной сессии Генеральной Ассамблеи, посвященной совместной борьбе с мировой проблемой наркотиков. План действий по осуществлению Декларации о руководящих принципах сокращения спроса на наркотики (Сорок шестая сессия Комиссии по наркотическим средствам ООН, Вена, 8-17 апреля 2003 года) // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2003. – Т. III, № 4. – С. 61-78.
13. Совместное заявление министров и дальнейшие меры по осуществлению планов действий, принятых на двадцатой специальной сессии Генеральной Ассамблеи (Сорок шестая сессия Комиссии по наркотическим средствам ООН, Вена, 8-17 апреля 2003 года) // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2003. – Т. III, № 4. – С. 41-45.
14. Доклад Директора-исполнителя сорок шестой сессии Комиссии по наркотическим средствам ООН (Вена, 8-17 апреля 2003 года) Оптимизация систем сбора информации и выявление наилучшей практики сдерживания спроса на незаконные наркотики. Руководящие принципы в отношении наилучшей практики в области сокращения спроса на наркотики // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2003. – Т. III, № 4. – С. 27-40.
15. Доклад Директора-исполнителя сорок шестой сессии Комиссии по наркотическим средствам ООН (Вена, 8-17 апреля 2003 года). Обнадеживающий прогресс в достижении все еще отдаленных целей // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2003. – Т. III, № 4. – С. 79-87.
16. Усиление профилактики ВИЧ // Позиционный документ ЮНЭЙДС по вопросам политики. – 27 с.
17. Проект Политической Декларации от 26 апреля 2006 г.
18. ЮНЭЙДС. Установление национальных целей для продвижения к всеобщему доступу: Рабочий документ, октябрь 2006 г. – 25 с.
19. Обеспечение универсального доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции // Региональное совещание стран Содружества Независимых Государств (Москва, Российская Федерация, 1-2 марта 2006 г.).
20. УНП ООН. Планы на 2006-2007 г.г.
21. УНП ООН. Решение проблемы ВИЧ/СПИД.
22. ВОЗ, ЮНЭЙДС, ООН. Краткая информация для выработки политики: Сокращение ВИЧ-инфицирования путем лечения наркотической зависимости // Данные для противодействия ВИЧ/СПИДу и употреблению инъекционных наркотиков. – ВОЗ, 2004
23. GNP+ / ICW. Потребители инъекционных наркотиков и доступ к лечению ВИЧ / Заявление о позиции. – Амстердам / Лондон, октябрь 2005 г.
24. Декларация прав Секс-работников Европы // разработана и одобрена на Европейской Конференции по секс-работе, правам человека и миграции, которая состоялась 15-17 октября 2005 года в Брюсселе, Бельгия.

ТҰЖЫРЫМ

Мақалада қазіргі әлемде есірткіге тәуелділіктің және АҚТК таралуына қарсы тұру саясатының негізгі бағыттарына қатысты, шолу мәліметтері келтіріледі. Атап айтқанда, мұндай қарсы тұру принциптерінің кереғарлығына және репрессивтік және гуманистік принциптерді пайдалануда консенсустің жоқтығына назар аударылады. Арасынша есірткіге тәуелділіктің және АҚТК таралуының тиімді алдын алу мақсатымен мұндай консенсусқа жету қажет.

Негізгі сөздер: есірткіге тәуелділік, АҚТК, қарсы тұру.

РЕЗЮМЕ

В статье приводятся обзорные сведения, касающиеся основных направлений политики противодействия распространению наркозависимости и ВИЧ в современном мире. В частности обращается внимание на полярность принципов такого рода противодействия, и отсутствие консенсуса в использовании репрессивных и гуманистических принципов. Между тем достижение такого консенсуса необходимо с целью эффективной профилактики распространения наркозависимости и ВИЧ.

Ключевые слова: наркозависимость, ВИЧ, противодействие.

К.О. Иманбеков, Е.А. Спиридонов

РАСПРОСТРАНЕНИЕ ПРОБЛЕМНОГО И НЕ ПРОБЛЕМНОГО УПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИКОВ В МИРЕ И ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», г. Павлодар

In the given clause the review of modern data about the distribution of the problem and non-problem use of drug substances in the world is resulted. The attention is paid to validity and necessity of differentiation of forms of drug usage for the correct organization of the narcological help. Data on the most widespread and effective methods of an estimation of weight of displays of dependence on PAS are resulted. Necessity of use of the given tools for the definition of indications to passage of programs of out-patient medical-social rehabilitation is proved.
Key words: *psychoactive substances, weight of dependence, ways of an estimation.*

Введение

В настоящее время многие признанные международные агентства - ООН, ВОЗ, УООННП, ЮНЭЙДС, Европейский центр мониторинга по проблемам наркотиков и наркозависимости - предпочитают говорить не только о наркозависимости, но о дифференцированных формах наркопотребления, реально представленных среди населения различных стран мира. Так, по данным департамента по наркотикам и преступности ООН из 4,9% населения мира, имеющего опыт немедицинского употребления наркотических средств (около 200 млн. человек), лишь около 100 млн. употребляют наркотики с вредными последствиями, и только 25 млн. имеют наркотическую зависимость. При этом самыми употребляемыми и наименее проблемными наркотиками в мире являются каннабиноиды – 81%. Далее идут амфетамины – 12,5%, опиоиды – 7,95%, кокаин - 6,7% [1].

Отмечается, что используемые оценочные методологии, позволяющие проводить дифференциацию различных групп наркопотребителей, имеют существенные национальные различия. Что затрудняет сопоставление данных, полученных в разные периоды и в различных странах. Использование оценочных критериев, предлагаемых ЕМСДДА, позволяет определить сопоставимые данные по наркопотреблению в Европе. Так, общее количество потребителей каннабиноидов в 2006 году насчитывало 22,5 млн. европейцев. Т.е. около 7% жителей в возрасте 15-64 года. В то же время регулярное потребление каннабиноидов в данном регионе не превышало 4% населения указанной возрастной группы. В отношение амфетаминов ситуация выглядит следующим образом. В Европе общее количество потребителей амфетаминов в возрасте 16-34 лет составляет 5,2%, а количество лиц регулярно употребляющих данные наркотические вещества, составляет 1,9%. В Соединенных Штатах Америки аналогичные показатели составляют 11,3% и 2,2%. По ЛСД данные по Европейскому региону еще более полярны - 5,9% общих потребителей, и 0,2% регулярных потребителей. Для кокаина аналогичное соотношение, по результатам исследования 2006 г. составляет 3:1 [2]. Что касается постсоветских Республик, то специальных исследований по дифференцированному наркопотреблению в данном регионе не проводилось. В тоже время сам по себе разброс публикуемых эпидемиологических показателей указывает, что дифференциация и неоднозначная оценка уровней наркопотребления имеют место. Так по Российской Федерации приводятся данные об уровнях распространения наркозависимости от 2% до 5,4%; по Украине - от 0,15% до 0,9%; по Центрально-Азиатским Республикам - от 0,4% до 2,0% [3]. В данной связи высказывается обоснованное мнение, что система сбора и анализа эпидемиологических данных о ситуации с распространением наркозависимости, используемая в РФ и других странах, нуждается в существенной модификации [4, 5]. Делать это необходимо еще и с целью определения объемов реальных наркопотребителей, в отношение которых эффективным будет амбулаторное лечение и реабилитация [6].

Общие подходы в оценке тяжести и показаний к амбулаторной реабилитации зависимых от ПАВ

В настоящее время большинство исследователей согласны с тем, что популяцию наркопотребителей необходимо дифференцировать в зависимости от структуры и частоты потребления психоактивных веществ, по основным клиническим проявлениям зависимости, психологическим параметрам и уровню социальной адаптации [7, 8, 9, 10]. В данной связи необходимо использовать эффективные оценочные инструменты тяжести основных проявлений химической зависимости.

Что, в свою очередь, будет способствовать адекватной оценке реабилитационного потен-

циала и аргументированному подбору технологий наркологической помощи [11, 12].

1. Подходы к оценке тяжести клинических проявлений зависимости от ПАВ

При оценке тяжести клинических проявлений химической зависимости необходимо, прежде всего, учитывать имеющийся уровень поражения ЦНС в результате хронической интоксикации [13]. Далее необходимо учитывать тип течения и степень прогредиентности наркологического заболевания [14], а также частоту и выраженность всех выявляемых психопатологических симптомов [15]. В частности М.В. Демина, В.В. Чирко, М.А. Винникова и соавт. (2009) обращают внимание на необходимость внедрения системы объективизированных квантифицированных оценок осевых психопатологических синдромов, что будет способствовать более точному подбору программ медико-социальной реабилитации зависимых от ПАВ. Данными авторами предлагаются шкалы количественных оценок главных психопатологических синдромов наркологических заболеваний, которые включают: 1) большие диагностические критерии – 4 учитываемые позиции; 2) малые диагностические критерии – 4 учитываемые позиции. Результирующая квантификация клинической тяжести исследуемых синдромов оценивается в баллах: 1 – признак слабо выражен; 2 – признак умеренно выражен; 3 – признак сильно выражен [16]. Рядом авторов подчеркивается, что основным симтомокомплексом, адекватная оценка которого должна учитываться при определении показаний к амбулаторному режиму прохождения МСР, является характер патологического влечения к ПАВ. В частности утверждается, что генерализованное абсессивно-компульсивное влечение к ПАВ трудно поддается медикаментозной и психотерапевтической коррекции. Наличие подобного варианта патологического влечения часто является причиной срывов и рецидивов, особенно при амбулаторном лечении зависимых от ПАВ [17, 18, 19, 20]. Л.Н. Благов, И.Б. Власова, А.В. Шуплякова и соавт. (2009) обращают внимание на важность своевременной клинической оценки и прогнозирования вероятности развития псевдо-абстинентного синдрома в отношении возникновения срыва, рецидива [21]. И.В. Шадрина (2009) считает весьма важной дифференцированную оценку расстройств астенического спектра, поскольку именно расстройства данного круга оказывают существенное влияние на уровень и стойкость конструктивной мотивации у зависимых от ПАВ [22]. Ряд авторов указывает на прогностическую значимость характера и степени выраженности тревожных расстройств в структуре аффективных синдромов, имеющих место в абстинентных, постабстинентных состояниях и в период становления ремиссии. В частности отмечается, что наличие отчетливого психопатологического компонента тревоги в постабстинентный период, ситуационной или личностной тревоги в дальнейшем, повышают вероятность рецидива [23, 24]. Б.А. Азанова (2006), С.И. Ворошилин (2008), М.Л. Рохлина, Л.А. Чистякова (2009) обращают внимание на важность клинической оценки тяжести личностных расстройств, что однозначно ассоциируется с утяжелением общей клинической картины наркологического заболевания, снижением вероятности формирования длительных и стойких ремиссий у зависимых от ПАВ [25, 26, 27]. Абсолютно неблагоприятными прогностическими признаками, указывающими на высокую вероятность безремиссионного течения наркологического заболевания, являются такие личностные характеристики как ипохондричность и асоциальность [28]. На относительно-неблагоприятный прогноз указывают такие личностные радикалы, как эмоционально-неустойчивый, нарциссический, зависимый [29]. Ряд авторов обращает внимание на прогностическую значимость таких анамнестических сведений, как закрепленные формы поведения, общения, реагирования, адаптации к различным ситуациям, которые следует оценивать в совокупности с основными клиническими проявлениями при решении вопросов о дифференцированных режимах МСР [30, 31]. Значимым фактором при определении степени тяжести клинических проявлений химической зависимости является наличие коморбидной патологии. Наличие сопутствующих заболеваний, как правило, усложняет клиническую картину и привносит дополнительные трудности в лечение зависимых от ПАВ [32, 33]. Многими авторами отмечается появление достаточно тяжелых депрессивных расстройств при диагностике ВИЧ-статуса у наркозависимых, которые необходимо своевременно диагностировать и профилактировать [34, 35, 36, 37, 38]. В тоже время следует иметь ввиду, что фактор проявленной коморбидности обуславливает меньшую интенсивность и длительность синдрома наркотической анозогнозии и более длительные сроки ремиссии, что необходимо учитывать при определении режимов МСР [39, 40].

2. Подходы к оценке психологических проявлений зависимости от ПАВ

Психопатологические подходы в отношении оценки феноменологии и тяжести расстройств зависимого поведения следует считать недостаточными [41]. Многими исследователями признается важность оценки психологической сферы зависимых от ПАВ и ценность метода психологического тестирования в наркологии [42]. В частности, прогностически - важной в отношении определения режимов лечения, реабилитации и вероятности формирования

последующей ремиссии является оценка функций памяти, внимания, интеллекта, сферы интересов, - как в преморбиде, так и на определенном этапе формирования наркологической патологии [43, 44]. А.Г. Сафонов (2009) обращает внимание на необходимость исследования социального и образовательного уровней зависимых от ПАВ, их профессиональной принадлежности и характеристик психического здоровья [45]. Важность оценки субъективной репрезентации основных болезненных проявлений, внутреннего контроля, внутренней картины болезни и здоровья у зависимых от ПАВ отмечали А.Ш. Тхостов, Н.А. Грюнталь, С.П. Елшанский (2001), Т.К. Кудеринов, Т.Т. Киспаева, Т.Ш. Кемпирова (2004), О.В. Лаврентьев, М.П. Пазылхаир и сооавт. (2007) [46, 47, 48]. Ряд авторов подчеркивают значимость выявления степени искажения самооценки и общей критичности, которые, обычно, сопутствуют расстройствам личности. А также – таким характерологическим проявлениям, как склонность к обидам, замкнутость, отстраненность [49, 50, 51]. Н.И. Зенцова (2007) выделяет следующие структурно-динамические особенности социального и эмоционального интеллекта, которые способствуют повышенной агрессивности, использованию неадекватных психологических защит, бегству от социальной реальности: 1) недостаточность и дефицитарность эмпатических способностей; 2) искаженное представление о своих коммуникативных способностях; 3) неадекватное распознавание связей между поведением и его последствиями; 4) недопонимание характера, смысла, оттенков и контекста социальных отношений; 5) трудности при анализе межличностных ситуаций; 6) выраженная склонность к обману в ряде социальных ситуаций. По мнению автора диагностика данных дефицитов имеет прямое отношение к дифференциации режимов и содержанию программ МСР [52]. Многие исследователи отмечают важность оценки мотивационной сферы у зависимых от ПАВ, в частности - ценностно-целевого, когнитивного, эмоционального блоков. При этом аргументируется мнение, что на этап амбулаторного лечения и реабилитации следует направлять пациентов, находящихся на стадии решения или действия по освобождению от зависимости [53, 54, 55, 56, 57]. Анализ клинико-психологических особенностей зависимых от ПАВ позволил выделить следующие личностные типы, которые, по мнению авторов, следует учитывать при дифференциации лечебных программ: 1) патологическая наркоманическая личность; 2) диссоциированная зависимая личность; 3) нормативная зависимая личность. Каждому из вышеприведенных типов соответствуют определенные особенности эмоционально-волевой и мотивационной сферы, имеющие непосредственное отношение к вектору самоорганизующей активности личности зависимого от ПАВ [58, 59]. К.А. Хохлова (2005-2006), Б.К. Онгербаева, Ж.Г. Сабир (2005) считают прогностически важным исследование особенностей психологической адаптации зависимых от ПАВ [60, 61].

В последние годы многими исследователями все чаще высказывается мнение, что в связи с важностью исследования психологических характеристик зависимых от ПАВ, традиционный арсенал психодиагностических методик должен расширяться за счет использования инновационных и комплексных диагностических технологий - таких, как психогенетический анализ, оценка качества жизни, определение реабилитационного потенциала зависимых от ПАВ [62, 63, 64, 65, 66].

Несмотря на то, что проблема гендерных различий является не столько психологической, сколько социальной, а примыкающая к ней проблема половых различий – биологической, многие исследователи отмечают необходимость учета данного фактора в психологической оценке тяжести химической зависимости. Особенности учета гендерных и половых различий должны находить свое отражение в истории развития заболевания, диагнозе, описании особенностей психологического функционирования [67]. В связи со всем сказанным, многими исследователями отмечается существенная роль гендера в моделях наркопотребления. Так, например, модели наркопотребления феминного типа являются более зависимыми от партнерского поведения и, следовательно, более пластичными. Модели наркопотребления маскулинного типа являются менее пластичными. Из чего следует, что при наличии благоприятного социального окружения для женщин более предпочтительной будет модель амбулаторного лечения и реабилитации [68, 69, 70, 71, 72]. В пользу такого решения говорят и многочисленные исследования, демонстрирующие сравнительно меньшую выраженность субъективно-неприятных ощущений у зависимых от ПАВ женщин в абстинентный и постабстинентный период [73, 74]. В то же время, психологическое оформление реабилитационного процесса должно предусматривать переориентацию феминного стереотипа представлений о наркологической болезни, здоровье и путях перехода от состояния болезни к полному освобождению от зависимости, к маскулинному стереотипу, предполагающему существенно большую степень ответственности за результат, и вероятность достижения более длительных и качественных ремиссий [75, 76, 77, 78].

Выводы

Анализ современных данных о ситуации в сфере наркопотребления в различных регионах мира показывает необходимость дифференцированной оценки данной ситуации.

При этом достаточно обосновано выделяются: 1) уровни проблемного употребления наркотиков и других ПАВ, связанные с утратой здоровья антисоциальным и криминальным поведением химически зависимых лиц; 2) уровни непроблемного наркопотребления, где такого рода последствия минимальны или отсутствуют.

Адекватная оценка степени тяжести проявлений химической зависимости необходима для определения дифференцированных форм наркологической помощи. В частности, для определения показаний к прохождению амбулаторной МСР.

В настоящее время разработано достаточное количество эффективных методов определения тяжести химической зависимости, которые необходимо применять в практической наркологии.

Дифференцированные подходы к оценке тяжести зависимости и определению объемов и форм необходимой наркологической помощи способствуют повышению показателей охвата и общей эффективности противодействующих усилий в социальном секторе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дмитриева Т.Б., Клименко Т.В. Деятельность международных и общественных организаций в профилактике немедицинского употребления ПАВ и зависимости от них // На пути к профессиональной наркологии (аналитические очерки и статьи). – Москва, 2008. – С. 59-65.
2. Годовой отчет Европейского центра мониторинга по проблемам наркотиков и наркозависимости за 2006 г. // Ж. Наркология. – М., 2007. – №№ 7-12.
3. Нашхоев М., Сергеев Б., Уилсон А., Ницше-Белл А., Тоскин, И., Станеки К., Рэг Д. Эпиднадзор среди потребителей инъекционных наркотиков в странах СНГ: современные тенденции и ограничения // Сб. тезисов Второй конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. – Москва, 2008. – С. 63.
4. Новикова Е. В., Комарова О. Н., Иванова Н. М. Выявление донозологических форм наркологических расстройств // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2005. – Т. V, № 2. – С. 50-52.
5. Балашов А.М. Большая путаница – в эпидемиологии наркомании продолжает пышно цвести мифотворчество // На пути к профессиональной наркологии (аналитические очерки и статьи). – М., 2008. – С. 35-39.
6. Годовой отчет Европейского центра мониторинга по проблемам наркотиков и наркозависимости за 2006 г. // Ж. Наркология. – М., 2007. – №№ 8. – С. 21-27.
7. Пронин С.В., Пронина Н.А., Пронин В.С., Степанова Ю.Г. Факторы, влияющие на структуру потребления различных психоактивных веществ наркотическими аддиктами // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – С. 235-236.
8. Музыра А.Ю., Аболин А.Ф., Балашов П.П. Клинические особенности и варианты социальной адаптации у больных с героиновой зависимостью жителей Томска // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии. – Томск, 2005. – С. 126-128.
9. Рамм А.Н. Динамика клинико-психопатологических синдромов и социальных характеристик ремиссий у пациентов зависимых от фенилпропаноламина // Автореферат дисс... к.м.н. – Алматы, 2008. – 20 с.
10. Мягкова М.А., Киселева Р.Ю., Гордюшенко В.В., Брюн Е.А. Диагностика заболеваний зависимости на основе иммуноанализа // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. – М., 2009. – С. 36-37.
11. Ненастьева А.Ю. Качество жизни у больных с зависимостью от опиатов // Актуальные проблемы биологической, клинической и профилактической наркологии. – Москва, 2007. – С. 74-75.
12. Карпец А.В., Пхиденко С.В., Алексеева А. Оценка эффективности реабилитации наркозависимых лиц с применением интервью «индекс тяжести зависимости» // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. – М., 2009. – С. 161-162.
13. Сиволап Ю.П. Алкогольная болезнь мозга: патогенез, клинические формы, современные подходы к лечению // Актуальные проблемы возрастной наркологии. – Челябинск, 2009. – С. 62-71.
14. Чирко В.В., Демина М.В. Закономерности течения наркологических заболеваний. Основные варианты и стадии течения аддикций // Ж. Наркология. – М., 2009. – № 8. – С. 80-85.
15. Абеева А.Г. Клинико-психопатологические и личностные особенности зависимости от ПАВ, находящихся на принудительном лечении // Автореферат дисс. к.м.н. – Алматы, 2008. – 18 с.
16. Демина М.В., Чирко В.В., Винникова М.А., Даренский И.Д., Баринов А.М. Аддиктивная триада – стержневой симптомокомплекс наркологической клиники // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. – М., 2009. – С. 69-70.
17. Абрамочкин Р.В., Абрамочкина Д.Р. Клинические особенности патологического

влечения к алкоголю у больных алкоголизмом // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. – М., 2009. – С. 46.
18. Абетова А.А., Жолдасова Ж.А. Клинико-динамические аспекты патологического влечения к опиатам // Материалы III съезда психиатров, психотерапевтов, наркологов и медицинских психологов Республики Казахстан (10-11 сентября 2009 г.). – Алматы, 2009. – С. 106-108.
19. Аносова Е.В. О структуре сложного синдрома патологического влечения к ПАВ у подростков // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. – М., 2009. – С. 48-49.
20. Овсянников А.С., Исраелян А.Ю., Старкова И.В., Ханнанова А.Н. Психопатологические нарушения у больных, страдающих опийной (героиновой) наркоманией, в постабстинентом периоде // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. – М., 2009. – С. 108-109.
21. Благов Л.Н., Власова И.Б., Шуплякова А.В., Бутырин А.С., Найденова И.Н. Психопатологическая структура сенсорного компонента феномена «псевдоабстиненции» в клинике аддиктивного заболевания // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. – М., 2009. – С. 56-57.
22. Шадрина И.В. Астенические состояния и их коррекция в наркологической клинике // Актуальные проблемы возрастной наркологии. – Челябинск, 2009. – С. 174-177.
23. Петрова Е.А., Великанова А.А. Оценка тревожного компонента в структуре личности у пациентов с химическими и нехимическими видами зависимости // Сб. тезисов конференции с международным участием «Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины». – СПб, 2006. – С. 177-178.
24. Сиволап Ю.П. Непсихотические психические расстройства у больных опийной наркоманией // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 2002. – № 1. – С. 26-29.
25. Азанова Б.А. Динамика формирования ремиссий у больных героиновой наркоманией с расстройствами личности в программах медико-социальной реабилитации // Автореферат дисс… к.м.н. – Алматы, 2006. – 30 с.
26. Ворошилин С.И. Вопросы классификации патологических импульсивных поведенческих зависимостей // Современные проблемы биологической психиатрии и наркологии. – Томск, 2008. – С. 55-56.
27. Рохлина М.Л., Чистякова Л.А. Особенности преморбида у больных с героиновой зависимостью и криминальным поведением // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. – М., 2009. – С. 113-114.
28. Жусупова Э. Т. Особенности личности у больных с опиоидной зависимостью с разным типом течения заболевания // Ж. Вопросы ментальной медицины и экологии. – Москва – Павлодар, 2008. – Т. XIV, № 3. – С. 35-40.
29. Белокрылов И.В. Значение диагностической квалификации личностной патологии для дифференцированного выбора стратегий психотерапии больных с зависимостью от ПАВ // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. – М., 2009. – С. 137-138.
30. Шакуров Ф.З., Кривулин Е.Н. Клиническая характеристика лиц молодого возраста, получающих амбулаторное противоалкогольное лечение // Актуальные проблемы возрастной наркологии. – Челябинск, 2009. – С. 177-179.
31. Кардашян Р.А. Личностный преморбид при героиновой наркомании и его корреляции с ситуацией вовлечения в потребление наркотика, клиникой и динамикой синдрома отметы и прогнозом заболевания // Ж. Вопросы наркологии. – 2004. – № 5. – С. 13-20.
32. Donato F., Tagger A., Chiesa R., Ribero M.L., Tomasoni V., Fasola M., Gelatti U., Portera G., Boffetta P., Nardi G. Hepatitis B and C virus infection, alcohol drinking, and hepatocellular carcinoma: a case-control study in Italy. Brescia HCC Study. Hepatology. 1997; 26: 579-84.
33. Okazaki T., Yoshihara H., Suzuki K., Yamada Y., Tsujimura T., Kawano K., Yamada Y., Abe H. Efficacy of interferon therapy in patients with chronic hepatitis C: comparison between non-drinkers and drinkers. Scand J. Gastroenterol. 1994; 29: 1039-43.
34. Brown G.R., Rundell J.R., McManis S.E., Kendall S.N., Zachary R., Temoshok. Prevalence of psychiatric disorders in early stages of HIV infection. Psychosom Med. 1992; 54: 588-601.
35. Kelly J.A., Murphy D.A., Bahr G.R., Koob J.J., Morgan M.G., Kalichman S.C., Stevenson L.Y., Brasfield T.L., Bernstein B.M., Lawrence J.S. Factors associated with severity of depression and high-risk sexual behavior among persons diagnosed with human immunodeficiency virus (HIV) infection. Health Psychology. 1993; 2: 215-219.
36. Dew M.A., Becker J.T., Sanchez J., Caldararo R., Lopez O.L., Dorst S.K., Banks G. Prevalence and predictors of depressive, anxiety and substance use disorders in HIV-infected and uninfected men: a longitudinal evaluation. Psychol Med. 1997; 27: 395-409.
37. Musselman D.L., Lawson D.H., Gumnick J.F., Ma-

natunga A.K., Penna S., Goodkin R.S., Greiner K., Nemeroff C.B., Miller A.H. Paroxetine for the prevention of depression induced by high-dose interferon alfa. N. Engl J. Med. 2001; 344: 961-6.
38. Ескалиева А.Т. Эмоциональные нарушения и качество жизни у больных опийной наркоманией, инфицированных ВИЧ (клинико-психологический и реабилитационный аспекты) // Автореферат дисс… к.м.н. – Томск, 2006. – 25 с.
39. Катков А.Л., Пакеев С.О. Социально-психологические характеристики отношения к здоровью и болезни у зависимых от опиоидов с коморбидными гепатитами В и С, ВИЧ, органическими расстройствами травматической этиологии и пиелонефритом // Ж. Вопросы ментальной медицины и экологии. – Москва – Павлодар, 2007. – Т. XIII, № 4. – С. 41-45.
40. Пакеев С.О. Особенности формирования зависимости от опиоидов, сочетающейся с некоторыми видами коморбидной патологии // Автореферат дисс… к.м.н. – Алматы, 2008. – 24 с.
41. Менделевич В.Д. Расстройства зависимого поведения (к постановке проблемы) // Российский психиатрический журнал. – 2003. – № 1. – С. 5-8.
42. Адамова Т.В. Психологическое тестирование как одна из технологий реабилитации наркологических больных // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. – М., 2009. – С. 135-136.
43. Аболонин А.Ф., Назарова И.А. Взаимосвязь расстройств внимания и памяти с социально-психологическими и клиническими проявлениями наркотической аддикции у подростков // Ж. Сибирский вестник психиатрии и наркологии / тезисы докладов научно-практической конференции «психическое здоровье населения Сибири и Дальнего Востока», посвященной 25-летию ГУ НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН. – 2006. – Приложение (41). – С. 8-9.
44. Власова И.Б., Благов Л.Н., Шупляков А.В. Дефицитарная симптоматика в динамике героиновой наркомании у женщин // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. – М., 2009. – С. 61-62.
45. Сафонов А.Г. Актуальные проблемы психотерапии в наркологии в период становления доказательной медицины // Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины. – СПб., 2006. – 180 с.
46. Тхостов А.Ш., Грюнталь Н.А., Елшанский С.П., Белокрылов И.В. Дефицитарность внутреннего контроля у больных опийной наркоманией как фактор наркотизации // Ж. Вопросы наркологии. – 2001. – № 3. – С. 48-53.
47. Кудеринов Т. К., Киспаева Т. Т., Кемпирова Г. Ш. Оценка субъективного статуса у больных опийной наркоманией на различных стадиях заболевания // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2004. – Т. IV, № 3. – С. 43-47.
48. Лаврентьев О. В., Пазылхаир М. П., Гловатский В. В., Мухаметжанов О. М. Особенности внутренней картины болезни и здоровья у пациентов зависимых от опиоидов // Ж. Вопросы ментальной медицины и экологии. – Москва – Павлодар, 2007. – Т. XIII, № 2. – С. 77-81.
49. Даренский И.Д., Демина М.В., Чирко В.В. Наркологические заболевания как этап течения личностной патологии // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. – М., 2009. – С. 67-69.
50. Кузнецов А.Г., Белокрылов И.В. Динамика опийной наркомании, формирующаяся у лиц с пограничными расстройствами личности // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. – М., 2009. – С. 146-147.
51. Васильев В.Н., Кривулин Е.Н. Личностные особенности при резистентном течении опийной наркомании // Актуальные проблемы возрастной наркологии. – Челябинск, 2009. – С. 24-26.
52. Зенцова Н.И. Структурно-динамические особенности интеллекта зависимых от ПАВ // Актуальные вопросы биологической, клинической и профилактической наркологии. – Москва, 2007. – С. 40-41.
53. Юсопов О.Г., Онгербаева Б.К., Дик Е.Г. Мотивация на лечение в наркологической практике // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2005. – Т. V, № 1. – С. 88-93.
54. Колпаков Я.В. Мотивация на лечение у женщин, зависимых от алкоголя // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. – М., 2009. – С. 200-201.
55. Байкенов Е.Б. Исследование особенностей мотивационной сферы наркозависимых // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2008. – Т. VIII, № 3. – С. 54-56.
56. Байкенов Е.Б. Применение способа диагностики волевых расстройств в исследовании мотивационной сферы зависимых от психоактивных веществ (ПАВ) // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2008. – Т. VIII, № 4. – С. 36-38.
57. Ялтонский В.М. Теоретическая модель мотивации на лечение и профилактика

зависимости от ПАВ // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. – М., 2009. – С. 225-226.
58. Мусабекова Ж.К. Клинико-психологические особенности состояния отмены при опийной зависимости и персонология больного наркоманией // Автореферат дисс... к.м.н. – Томск, 2006. – 24 с.
59. Россинский Ю.А., Пак Т.В., Мусабекова Ж.К. Клинико-психологическая идентификация персонологических состояний личности больного наркоманией: эмоционально-волевая сфера // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2006. – Т. VI, № 4. – С. 33-40.
60. Хохлова К.А., Онгербаева Б.К., Сабир Ж.Г. Особенности психологической адаптации наркозависимых, обратившихся за медико-социальной помощью // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2005. – Т. V, № 1. – С. 82-88.
61. Хохлова К.А. Психологическая адаптация личности наркозависимых: уровневые и структурные характеристики // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2006. – Т. VI, № 4. – С. 60-63.
62. Рожнова Т.М., Асанов А.Ю. Результаты психогенетического анализа в рамках дифференцированной лечебно-диагностической программы аддиктивных расстройств // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. – М., 2009. – С. 112-113.
63. Бойко Е.О., Винникова М.А. Качество жизни и социальное функционирование больных наркологическими заболеваниями // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. – М., 2009. – С. 58-59.
64. Грузман А.В., Султанова К.Е. Уровень реабилитационного потенциала у пациентов с зависимостью от опиоидов как предиктор эффективности реабилитационных программ // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2006. – Т. VI, № 2. – С. 11-19.
65. Молчанов С.Н. Определение уровня реабилитационного потенциала, как диагностическая процедура выбора реабилитационной программы у лиц, зависимых от психоактивных веществ // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2006. – Т. VI, № 4. – С. 7-25.
66. Вешнева С.А., Бисалиев Р.В. Оценка эффективности реабилитации у больных опийной наркоманией // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. – М., 2009. – С. 151-153.
67. Grella C.E. Effects of gender and diagnosis on addiction history, treatment utilization, and psychosocial functioning among a dually-diagnosed sample in drug treatment // Journal of Psychoactive Drugs, vol. 35, supplement 1 (2003), pp. 169-179.
68. Barnard M.A. Needle sharing in context: patterns of sharing among men and women injectors and HIV risks // Addiction, vol. 88, No. 6 (1993), pp. 805-812.
69. Powis B. The differences between male and female drug users: community samples of heroin and cocaine users compared // Substance Use and Misuse, vol. 31, No. 5 (1996), pp. 529-543.
70. Roberts D.C.S., Phelan R. Gender differences in cocaine self-administration in rats: relevance to human drug-taking behavior // Drug Addiction Research and the Health of Women, Cora Lee Wetherington and Adele B. Roman, eds., NIH publication No. 98-4289 (Rockville, Maryland, National Institute on Drug Abuse, United States Department of Health and Human Services, 1998), pp. 165-172.
71. Sherman S.C., Latkin C.A., Gielen A.C. Social factors related to syringe sharing among injecting partners: a focus on gender // Substance Use and Misuse, vol. 36, No. 14 (2001), pp. 2113-2136.
72. Simoni-Wastila L., Ritter G., Strickler G. Gender and other factors associated with the nonmedical use of abusable prescription drugs // Substance Use and Misuse, vol. 39, No. 1 (2004), pp. 1-23.
73. Brady K.T. and others. Gender differences in substance use disorders // American Journal of Psychiatry, vol. 150, No. 11 (1993), pp. 1707-1711.
74. National Institute on Drug Abuse. In drug abuse, gender matters // NIDA Notes, vol. 17, No. 2 (2002).
75. Wechsberg W.M., Craddock S.G., Hubbard R.L. How are women who enter substance abuse treatment different than men? A gender comparison from the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS) // Drugs and Society, vol. 13, No. 1-2 (1998), pp. 97-115.
76. National Institute on Drug Abuse. Gender differences in drug abuse risks and treatment // NIDA Notes, vol. 15, No. 4 (2000).
77. Wright S., Klee H. Developing drug services for amphetamine users: taking account of gender-specific factors // Journal of Substance Use, vol. 5, No. 2 (2000), pp. 122-130.
78. Acharyya S., Zhang H. Assessing sex differences on treatment effectiveness from the Drug Abuse Outcome Study (DATOS) // American Journal of Drug and Alcohol Abuse, vol. 29, No. 2 (2003), pp. 415-444.

ТҰЖЫРЫМ

Бұл мақалада әлемде проблемалы және проблемалы емес құрамында есірткі бар заттарды тұтынудың таралуы туралы осы күнгі деректерге шолу жасалады. Наркологиялық көмекті дұрыс ұйымдастыру үшін есірткіні тұтыну формаларының негізділігіне және қажеттілігіне назар аударылады. ПБЗ тәуелділіктің ауырлығын бағалаудың ең көп тараған және тиімді әдістері туралы мәліметтер келтірілген. Амбулаторлық медициналық-әлеуметтік оңалту бағдарламаларды өтуге көрсеткіштерін анықтау үшін осы құралдарды пайдаланудың қажеттілігі негізделеді.

Өзекті сөздер: психикалық белсенді заттар, тәуелділіктің ауырлығы, бағалау әдістері.

РЕЗЮМЕ

В данной статье приводится обзор современных данных о распространении проблемного и непроблемного употребления наркосодержащих веществ в мире. Обращается внимание на обоснованность и необходимость дифференциации форм наркопотребления для правильной организации наркологической помощи. Приводятся сведения о наиболее распространенных и эффективных методах оценки тяжести проявлений зависимости от ПАВ. Обосновывается необходимость использования данных инструментов для определения показаний к прохождению программ амбулаторной медико-социальной реабилитации.

Ключевые слова: психоактивные вещества, тяжесть зависимости, способы оценки.

ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО
УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

АО «Республиканский научный центр нейрохирургии» настоящим письмом извещает Вас о проведении 27-29 октября 2010 года в г. Актау научно-практической конференции с международным участием «Цереброваскулярная патология и инсульт».

Научная программа:

- *Инсульт – мультидисциплинарная проблема*
- *Организация оказания медицинской помощи больным с нарушениями мозгового кровообращения*
- *Эпидемиология инсульта*
- *Этиология и патогенез нарушений мозгового кровообращения*
- *Новые технологии в диагностике цереброваскулярной патологии (нейровизуализация, ультразвуковая диагностика, нейрофизиологические методы)*
- *Хирургическая помощь больным с цереброваскулярными заболеваниями*
- *Современные методы в лечении и профилактике инсульта*
- *Нейрореабилитация*

Материалы конференции будут опубликованы в Журнале «Нейрохирургия и Неврология Казахстана», который включен в перечень изданий рекомендуемых комитетом по контролю в сфере образования и науки МОН РК. Принимаются статьи и тезисы.

Требования к статьям:

1. Статья должна быть напечатана шрифтом Times New Roman, размером 12, через 1 интервал. Формат файла – Word (расширение *.doc).

2. Объём оригинальных статей и лекций, включая таблицы, рисунки, список литературы и резюме не должен превышать 10 стр., обзорных статей – 15 стр. Отдельные сообщения и заметки не должны превышать 5 стр.

3. В начале 1 страницы последовательно указываются: 1) инициалы и фамилии авторов; 2) название статьи; 3) учреждение, из которого вышла работа; 4) город.

4. Оригинальная статья должна состоять из краткого введения, характеристики собственного материала и методик исследования, результатов и их обсуждения, выводов, указателя литературы. Библиографические ссылки в тексте статьи даются в квадратных скобках с номерами в соответствии со списком литературы.

5. Статья должна быть тщательно выверена автором. Сокращение слов, имен, названий (кроме общепринятых сокращений мер, физических, химических и математических величин и терминов) не допускается. Сокращения слов, терминов расшифровываются при первом упоминании в тексте.

6. К каждой статье прилагается резюме на казахском, русском и английском языках. Резюме на русском языке (если статья на русском) помещается перед текстом, а на казахском и английском - в конце текста статьи. Соответственно резюме на казахском помещается в начале статьи на казахском, а на русском и английском - в конце текста статьи. Каждое резюме должно содержать ключевые слова (от 3 до 6 слов). Текст Резюме должен быть максимально информативным и отражать, прежде всего, основные результаты вашей работы. Оптимальный объем Резюме – от 2/3 до 1 страницы. Приступая к написанию Резюме, помните, что для большого круга читателей все знакомство с вашей статьей ограничится прочтением ее названия и Резюме. Поэтому отнеситесь к Резюме как к чрезвычайно важной и ответственной работе. Обращайте особое внимание на квалифицированный перевод резюме на английский язык.

7. Редакция оставляет за собой право не публиковать, не рецензировать и не возвращать авторам статьи, оформленные с нарушением вышеназванных правил. Редакция также оставляет за собой право сокращать и редактировать статьи и иллюстративный материал.

Текст тезисов оформляется в соответствии с общепринятыми требованиями. Объем не должен превышать 1 страницы машинописи (формат А4, поля – 2,5 см). Шрифт Times New Roman, 12 pt, 1 интервал.

Статьи и тезисы должны быть представлены в Оргкомитет в электронном виде не позднее 1 августа 2010 г.

Адрес для пересылки публикаций nsnkkz@gmail.com

Адрес орг.комитета:

010000 Астана, пр. Туран 34/1
Тел./факс (87172) 511642,
e-mail: Gauhar_nauca@mail.ru,
Yermakh@gmail.com

С уважением
Генеральный директор АО «Республиканский Научный центр нейрохирургии»,
Председатель Казахской Ассоциации нейрохирургов С. Акшулаков

НОВОСТИ НАУКИ

Каждому полушарию по одному делу

Сотрудникам Французского биомедицинского исследовательского агентства INSERM удалось пронаблюдать за тем, как человеческий мозг одновременно решает несколько задач. Выяснилось, что при необходимости справляться более, чем с двумя делами, мозг начинает в некотором роде игнорировать остальные, — сообщает ScienceNOW. В исследовании приняли участие 16 женщин и 16 мужчин в возрасте от 19 до 32 лет. Во время эксперимента каждому волонтёру периодически делали МРТ головного мозга. За правильно выполненное задание предполагалось небольшое вознаграждение. Перед участниками поставили сначала одну задачу: сравнить последовательность букв, которые демонстрируются на экране с последовательностью букв в слове «tablet». Как и предполагалось, в решение включался весь мозг, передавая импульсы из передней части префронтальной коры, где происходит формирование цели, к остальным участкам головного мозга, которые отвечают за то, или иное действие, например, в речевой центр. Далее задачу усложнили: параллельно с первой, необходимо было ещё определить строчными или прописными являются буквы, которые показывают. Тут уже исследователи смогли убедиться, что в мозгу задачи обрабатывались одновременно: каждой отдельной задачей занималось одно полушарие. При введении третьей задачи (определить цвет шрифта), мозг работал над обработкой двух и начинал игнорировать третью, поэтому все участники забывали отвечать на один из трёх пунктов. Как сказали исследователи, это объясняется тем, что у мозга попросту нет третьего полушария.

Источник: www.scienceblog.ru

Идентифицированы гены, вызывающие аневризму головного мозга

Ученые из Йельского университета (США) идентифицировали гены, которые могут быть причиной аневризмы сосудов головного мозга.

Аневризмы развиваются, когда стенки кровеносных сосудов в мозге выпячиваются из-за истончения или растяжения. Это чревато инсультом и даже смертью. Ежегодно страшный недуг поражает около 500 тысяч человек по всему миру.

Исследователи проанализировали генетический код двадцати с лишним тысяч добровольцев из Японии и Европы, чтобы определить, у кого из них есть предрасположенность к аневризме. Анализ геномов 5 891 участника с аневризмами и 14 181 здорового позволил выявить три новые генетические вариации, которые могут увеличивать риск развития аневризм. У носителей таких вариаций недуг развивается в пять–семь раз чаще, чем у прочих.

По словам ученых, открытие позволит по-новому взглянуть на причины интракраниальной аневризмы и разработать диагностические тесты, которые помогут идентифицировать потенциальных жертв заболевания задолго до появления первых симптомов.

Подготовлено по материалам Daily Telegraph. Источник www.compulenta.ru

Аллергия как средство против рака

Ученые из Техасского технического университета (США) заявили о том, что аллергики намного реже страдают онкологическими больными.

Согласно результатам исследований научных работников, у детей, которые страдают аллергией на переносимые по воздуху вещества, на 40% меньше шансов избежать лейкемией. При этом, у женщин-астматиков на 30% реже развивается рак яичников.

Отметим, что до этого специалисты из Корнеллского университета (штат Нью-Йорк) заметили, что респираторная аллергия снижает риск развития рака горла, кожи, легких и кишечника. В то же время канадские медики сообщили, что на 58% меньше случаев развития рака поджелудочной железы наблюдается среди людей, страдающих аллергией и сенной лихорадкой.

Как заявили специалисты, вышеперечисленные числа говорят о том, что аллергические реакции организма стимулируют иммунную систему и оказывают противораковое влияние.

Источник: www.scienceblog.ru

Объяснена связь шизофрении и гена рабочей памяти

Причиной шизофрении действительно могут быть мутации, нарушающие связь между гиппокампом и префронтальной корой головного мозга. К 15-летию открытия такой связи её сумели объяснить учёные из медицинского центра при Колумбийском университете (CUMC).

Речь идёт о хромосомном разрыве – микроделеции 22q11 на 22-й хромосоме, которая, по предварительным данным, связана с 30% случаев шизофрении. Теперь же американским специалистам удалось объяснить, как именно делеция провоцирует развитие болезни.

Учёные, подобно своим японским коллегам, использовали в работе генетически модифицированных мышей. Как сообщается в пресс-релизе, подопытные грызуны с делецией 22q11 гораздо хуже здоровых сородичей смогли справиться с тестами на рабочую кратковременную память.

Учёные, чья статья опубликована в Nature, объясняют это тем, что у здоровых животных гиппокамп пересылает пространственную информацию в префронтальную кору головного мозга. А у мышей с делецией 22q11 связи между этими двумя областями мозга ослабевают или полностью разрушаются.

Рисунки к статье Карибая и соавторов

Диаграмма№1

Рисунок 1.

КТ пациентки с менингиомой крыльев основной кости. Структура опухоли гиперденсивная, хорошо визуализируется, необходимости в контрастном усилении нет.

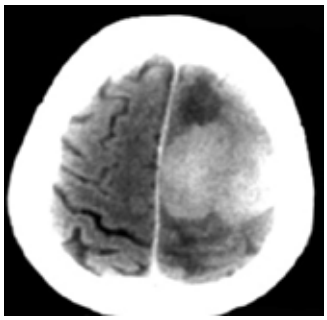

Рисунок 2.

КТ пациентки с гигантской изоденсивной конвекситальной менингиомой. При контрастном усилении видно выраженное накопление контраста в ткани опухоли.

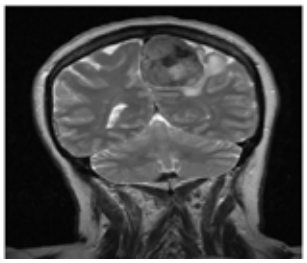

Рисунок 3.

МРТ пациента с парасагиттальной менингиомой в режиме Т2

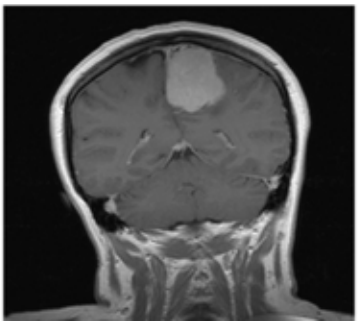

Рисунок 4.

МРТ того же пациента с контрастным усилением в режиме Т1. Характерное гомогенное накопление контраста, визуализируется ликворная щель в месте прилегания опухоли к верхнему сагиттальному синусу, указывающая на отсутствие прорастания опухоли в синус.

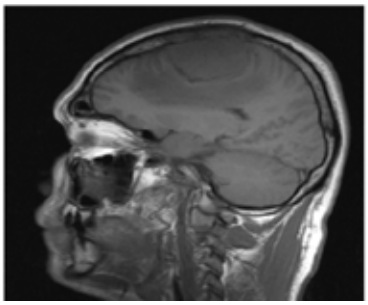

Рисунок 5.

МРТ в режиме Т1 больного с парасагиттальной менингиомой.

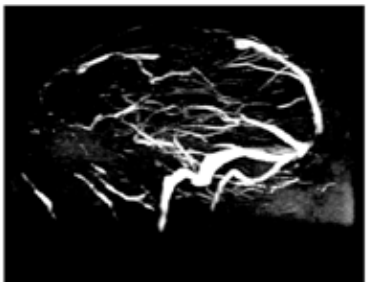

Рисунок 6.

МРА того же пациента. Имеются признаки прорастания опухоли в верхний сагиттальный синус.

Рисунки к статье Керимбаева и соавторов

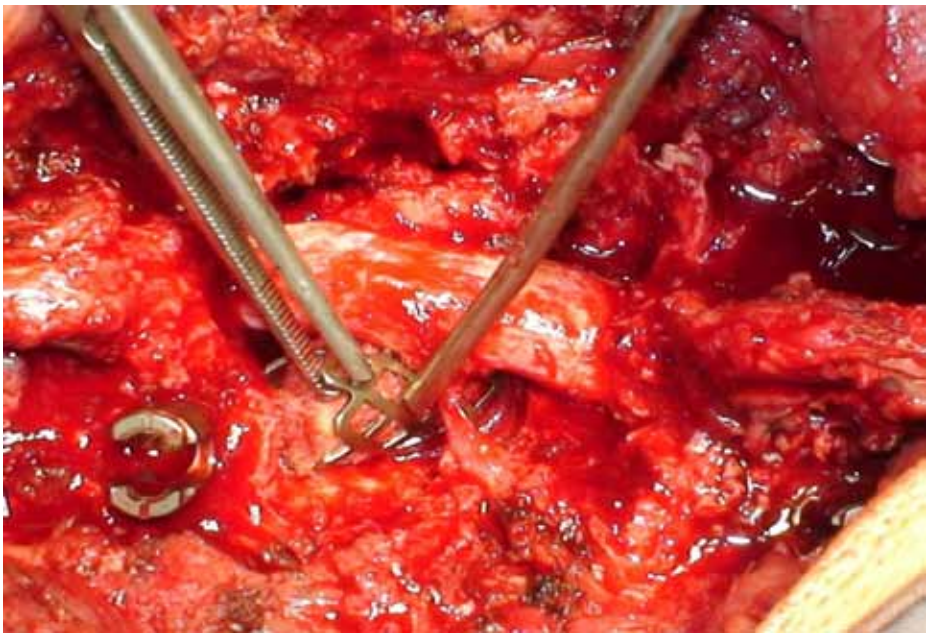

Рисунок 1.

Введение имплантанта – сетки Меш в передние отделы позвоночника, после резекции поврежденного тела позвонка. Видны установленные транспедикулярные винты.

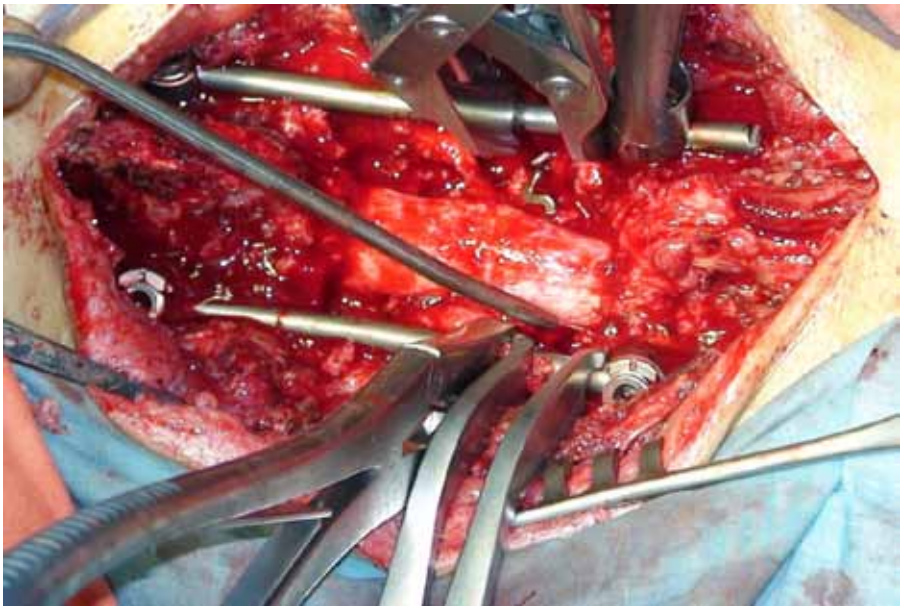

Рисунок 2.

Двусторонняя дозированная дистракция с установкой сетки Меш между телами соседних позвонков.

Рисунок 3.

МРТ –сканы в Т2 – режиме больного Н.

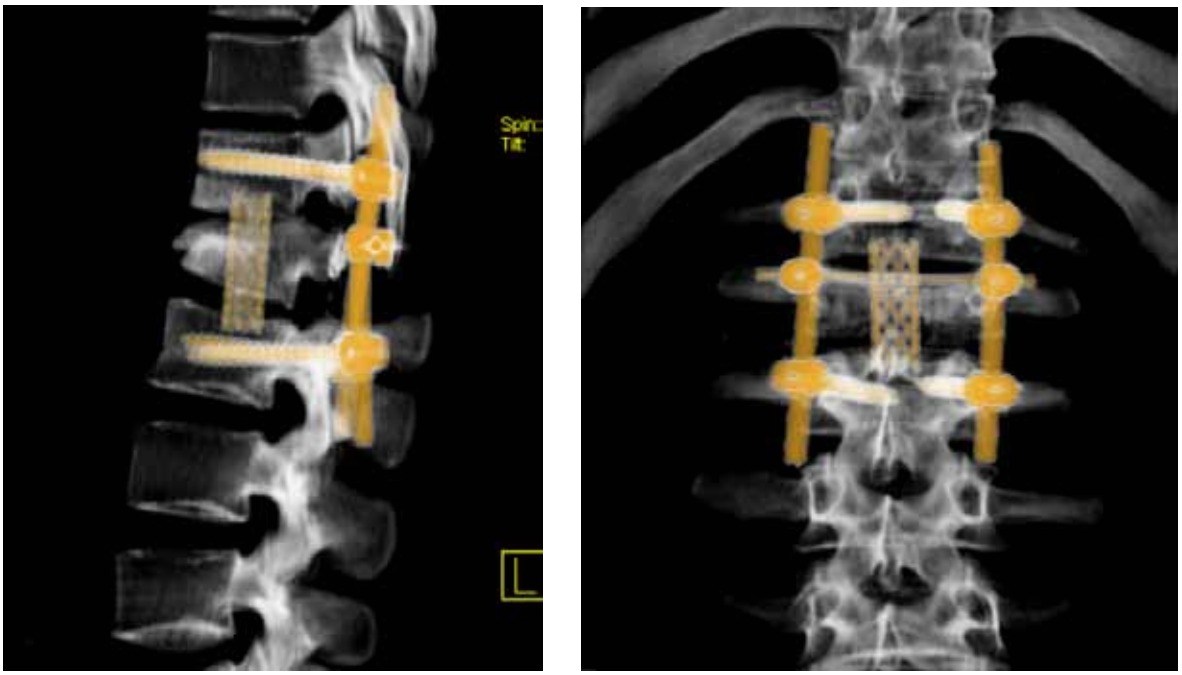

Рисунок 4а, 4б .

КТ –сканы б-го Н. в боковой и прямой проекциях.

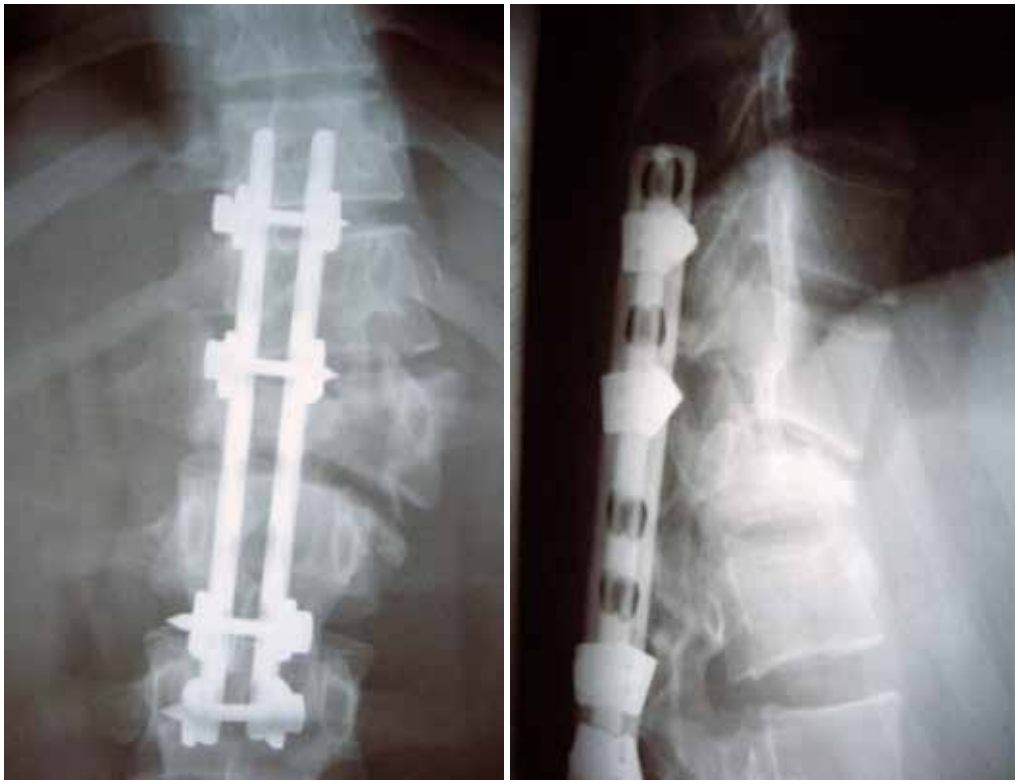

Рисунок 5а, 5б.

Спондиллограммы в прямой и боковой проекциях до операции.

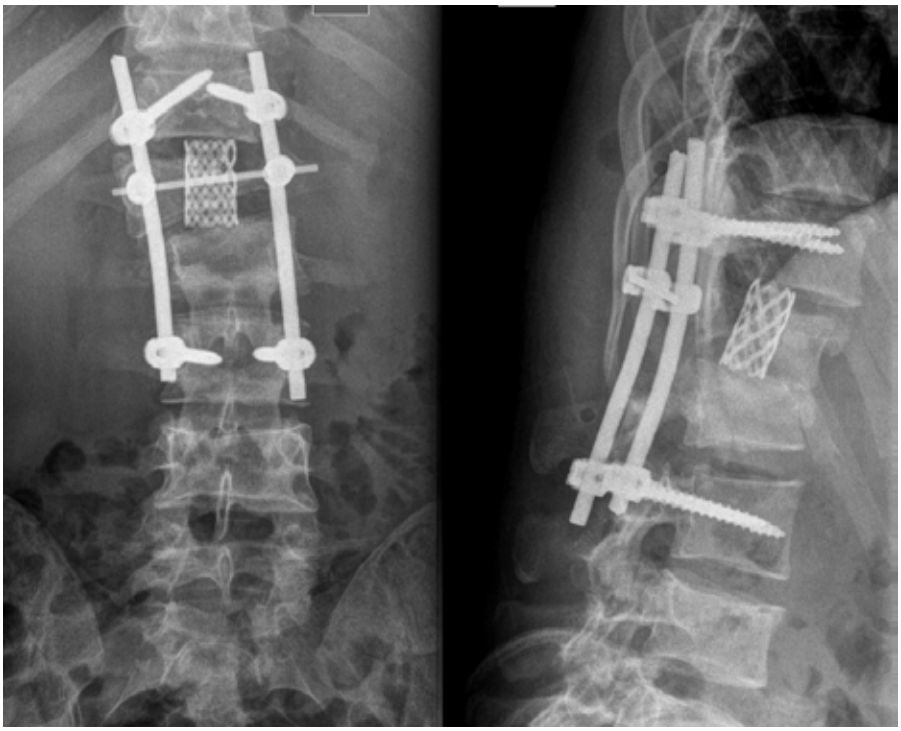

Рисунок 6а, 6б.

Спондиллограммы в прямой и боковой проекциях после операции.

ДЛЯ ЗАМЕТОК

ДЛЯ ЗАМЕТОК