

Эффективность лечения больных со вторичной контрактурой мимической мускулатуры

Степень тяжести контрактур	Число больных	Количество сеансов (средние величины)	Результаты лечения, %			
			исчезновение чувствительности	регресс болей	уменьшение асимметрии	исчезновение гиперкинезов
Легкая	72	5	100	100	58,3	25
Средняя	42	8,8	95,4	95,4	13,3	0
Тяжелая	14	19	12,4	88,8	0	0

где представлены моторная и фронтальная области коры. В течение одного сеанса воздействуют на 3—4 АТ на одной ушной раковине с больной стороны, а при отсутствии изменений в состоянии — на обеих ушных раковинах. В первые один—два сеанса воздействуют на АТ 33, 55. В дальнейшем точки выбирают на основе их отношения к той части лица, где имеются наибольшая местная болезненность и выраженный гипертонус.

В таблице отражены результаты сочетанного лечения больных с контрактурой.

Таким образом, как показывает практика, постизометрическая релаксация мимических мышц при вторичной контрактуре, дополненная аурiculoарной акупунктурой, — эффективное средство лечения больных в условиях сформированной терапевтически резистентной деформации лица.

УДК 616.899—053.2—08

ДИНАМИКА ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНО-МНЕСТИЧЕСКИХ И ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

С. А. Акберова, И. А. Студенцова, Д. М. Менделевич, Р. Х. Хафизьянова

Кафедра психиатрии (зав.—проф. Д. М. Менделевич), кафедра фармакологии (зав.—проф. Р. С. Гараев) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

Одной из проблем детской психиатрии является коррекция интеллектуально-мнестических и эмоционально-волевых нарушений при интеллектуальной недостаточности. По данным Н. Л. Новинской [4], легкое интеллектуальное недоразвитие встречается у 7—10% детей школьного возраста. Для его коррекции необходимы не только ранняя диагностика, но и своевременное лечение.

Задачами настоящего исследования было лечение осложненных форм интеллектуальной недостаточности димефосфоном и ноотропилом. Психо-

ЛИТЕРАТУРА

1. Юдельсон Я. Б. // Журн. невропатол. и псих.—1982.—№ 5.—С. 764—777.
2. Lewit K. // Cas. Lec. ces.—1980.—Vol. 119.—P. 450—455.
3. Seiler P. Die Gesicht mus Keln.—Basel.—Karger, 1976.
4. Wollman H. W., Williams H. L., Lambert E. H. // Proc. Staff Meet Mayo Clin.—1956.—Vol. 26.—P. 236—240.
5. Zulch K. J. «Idiopathic» facial paresis.—Handbook of clin. Neurology.—Amsterdam, Oxford, New-York, 1970.

Поступила 12.05.93.

MANUAL THERAPY OF FACIAL MUSCLES CONTRACTURE

G. A. Ivanichev, K. Levit, D. Saimons

Summary

The present notions of pathogenesis of contracture are presented, the manual therapy methods for the given pathology are described, the utility of a combination of the therapy method with auriculoacupuncture is stressed.

патологическая симптоматика, осложняющая интеллектуальное недоразвитие, была представлена в виде гипо- и гипердинамического синдромов. По данным Р. Х. Хафизьяновой [5], димефосфон облегчает выработку условных рефлексов, обладает антимнестическим действием, улучшает различные этапы формирования памяти у подопытных животных, то есть проявляет ноотропную активность. На базе Казанской городской психоневрологической больницы имени В. М. Бехтерева амбулаторно было проведено клинко-психопатологичес-

кое и сомато-неврологическое обследование 96 детей в возрасте от 3 до 12 лет с интеллектуальной недостаточностью (46 мальчиков и 50 девочек). Степень интеллектуального дефекта и результаты лечения детей оценивали согласно комплексу методик, рекомендованных И. А. Полищуком и А. Е. Видренко [1]. О результатах терапии, направленной на коррекцию интеллектуально-мнестических функций головного мозга и эмоционально-волевых нарушений при интеллектуальной недостаточности, судили по пятибалльной системе, разработанной И. Г. Авруцкой [2] и модифицированной нами с учетом показателей кратковременной слухо-речевой и краткосрочной зрительной памяти, а также с использованием трех ступеней Соммерфельда [3] для определения уровня способности к обобщению детей с интеллектуальной недостаточностью. Пятибалльная система включала следующие оценки: —1 — ухудшение состояния, 0 — отсутствие терапевтического эффекта, 1 — слабо выраженное улучшение, 2 — умеренное, 3 — значительное. Минимальная оценка составляла —1 балл, максимальная — 3 балла.

Ухудшение состояния (—1) констатировали при снижении показателей кратковременной слухо-речевой и краткосрочной зрительной памяти, отсутствии или частичной способности к обобщению (1 и 2 ступени [3]), обострении психопатологической симптоматики при осложненных формах интеллектуальной недостаточности. Считали, что нет эффекта (0), когда препарат не способствовал улучшению показателей кратковременной слухо-речевой и краткосрочной зрительной памяти, была частичная способность к обобщению или ее вообще не имелось (1 и 2 ступени [3]); в тех случаях, когда препарат не оказывал воздействия на психопатологическую симптоматику при осложненных формах интеллектуальной недостаточности.

Улучшение расценивали слабым (1) при незначительном восстановлении показателей кратковременной слухо-речевой и краткосрочной зрительной памяти, отсутствии или частичной способности к обобщению (1 и 2 ступени [3]), при наличии поло-

жительного действия препарата на психопатологическую симптоматику в случае осложненных форм интеллектуальной недостаточности.

Умеренно выраженное улучшение (2) констатировали при заметных положительных сдвигах кратковременной слухо-речевой и краткосрочной зрительной памяти, частичной способности к обобщению (2 ступень [3]), коррекции психопатологической симптоматики при осложненных формах интеллектуальной недостаточности и, наконец, выраженное улучшение (3) определяли при нормализации кратковременной слухо-речевой и краткосрочной зрительной памяти, полной способности к обобщению (3 ступень по [3]) и полной коррекции психопатологической симптоматики в случае осложненных форм интеллектуальной недостаточности.

Для анализа особенностей и динамики мнестических нарушений при отдельных формах и синдромальных вариантах интеллектуальной недостаточности применяли количественный метод — составляли кривые среднего объема кратковременной слухо-речевой памяти (метод заучивания 10 слов с построением «кривой запоминания» после четырехкратного воспроизведения) и фиксировали среднее число воспроизведенных изображений из 6 предъявленных при исследовании краткосрочной зрительной памяти до лечения и после каждого курса терапии.

Димефосфон назначали в виде 15% водного раствора внутрь после еды детям в возрасте от 3 до 4 лет по одной чайной ложке 3 раза в день, с 5 до 6 лет — по одной десертной ложке 2 раза в день, с 7 до 9 лет — по одной десертной ложке 3 раза в день, с 10 до 14 лет — по одной столовой ложке 3 раза в день. Ноотропил предписывали в возрасте от 3 до 7 лет 1 — 2 раза в день по 0,4, с 7 до 12 лет — 2—3 раза в день по 0,4 внутрь.

Длительность курса лечения димефосфоном составляла 2 недели, ноотропилом — 4. Интервал между курсами каждого из препаратов был равен 5 месяцам.

При первоначальном анализе результатов терапии ноотропилом было выявлено, что заметные сдвиги в психическом состоянии больных пре-

парат вызывал на протяжении первых четырех недель лечения, достигая пика к концу месяца. При определении средней длительности курса лечения димефосфоном мы ориентировались на эффект, полученный при терапии ноотропилом в течение одного месяца. Он достигался при лечении димефосфоном через 2 недели.

Интеллектуальное недоразвитие проявлялось в виде пограничной интеллектуальной недостаточности, а именно дизонтогенетическими и энцефалопатическими формами задержки психического развития, и олигофренией в легкой степени дебильности.

Все дети с осложненными формами интеллектуальной недостаточности были разделены на 2 группы: с гиподинамическим и гипердинамическим (48) синдромами. В первой группе пограничная интеллектуальная недостаточность была у 35 детей, олигофрения — у 13, во второй — соответственно у 36 и 12. Каждый из вариантов включал основную группу, леченную димефосфоном, и контрольную, леченную ноотропилом.

Интеллектуальная недостаточность характеризовалась слабо развитыми навыками аналитико-синтетической деятельности: дети не умели делать обобщений, исключений и аналогий. При гиподинамическом варианте эмоционально-волевые расстройства проявлялись вялостью, безынициативностью, психической заторможенностью, при гипердинамическом — расторможенностью, раздражительностью, слабой концентрацией внимания.

Первые признаки улучшения выявлялись при терапии димефосфоном к 5 — 6-му дню, при лечении ноотропилом — на 8 — 15-й дни в виде тенденции к более целеустремленным действиям, нормализации эмоционально-волевых расстройств. При гиподинамическом варианте оба препарата уменьшали вялость и заторможенность, однако при гипердинамическом — заметных сдвигов в этом плане не наблюдалось. Напротив, при лечении ноотропилом у 6 из 24 детей с гипердинамическим синдромом уже на 3-й день терапии отмечалось ухудшение состояния: усиливались явления психомоторной расторможенности, нарастали пре- и интрасомнические расстройства, то есть проявлялся

специфический побочный эффект ноотропов. Этим 6 детям в качестве дополнительной терапии назначали соннапакс (до 300 мг в сутки), который в дальнейшем предписывали большинству детей с гипердинамическим синдромом между курсами терапии димефосфоном и ноотропилом.

При лечении димефосфоном усиления гипердинамического синдрома не было ни у кого.

Динамика общей терапевтической эффективности и показателей кратковременной слухо-речевой и краткосрочной зрительной памяти у детей с осложненными формами интеллектуальной недостаточности при терапии обоими препаратами представлена в таблице.

После первого курса лечения при обоих вариантах интеллектуальной недостаточности наметилась тенденция к большей эффективности димефосфона, причем курс лечения димефосфоном был вдвое короче. Достоверно возросли средние показатели кратковременной слухо-речевой и краткосрочной зрительной памяти у детей с пограничной интеллектуальной недостаточностью. Однако статистически достоверной разницы показателей, характеризующих эффекты димефосфона и ноотропила, выявлено не было. У детей с олигофренией после первого курса терапии заметных сдвигов в интеллектуальной деятельности не наблюдалось, оценить показатели слуховой и зрительной памяти не удалось. После двух курсов терапии большая эффективность димефосфона подтвердилась достоверной разницей суммы баллов и показателей памяти. После 3 курсов лечения димефосфоном были достигнуты следующие результаты. Общая терапевтическая эффективность составила при гипо- и гипердинамическом синдромах соответственно $2,4 \pm 0,2$ и $2,0 \pm 0,2$ балла. Средние показатели кратковременной слухо-речевой памяти у детей с пограничной интеллектуальной недостаточностью достигли величин, близких к норме, — $5,1 \pm 0,5$ и $5,0 \pm 0,4$ воспроизведенных слов из 10 при обоих вариантах (норма — в среднем 7 воспроизведенных слов из 10). Средние показатели краткосрочной зрительной памяти у детей с пограничной интеллектуальной недостаточностью достигли нормы — $5,4 \pm 0,2$

Результаты лечения димефосфоном и ноотропилом у детей с осложненными формами интеллектуальной недостаточности

Число курсов	Гиподинамический вариант			Гипердинамический вариант		
	общая терапевтическая эффективность	кратковременная слухоречевая память	краткосрочная зрительная память	общая терапевтическая эффективность	кратковременная слухоречевая память	краткосрочная зрительная память
До лечения		$2,5 \pm 0,3$ $2,6 \pm 0,3$	$3,4 \pm 0,2$ $3,4 \pm 0,3$		$2,7 \pm 0,2$ $2,5 \pm 0,2$	$3,6 \pm 0,3$ $3,3 \pm 0,2$
1	$1,1 \pm 0,2$ $0,7 \pm 0,2$	$2,9 \pm 0,3^*$ $2,8 \pm 0,3^*$	$4,0 \pm 0,3^*$ $3,9 \pm 0,2^*$	$0,5 \pm 0,1$ $0,2 \pm 0,2$	$3,5 \pm 0,5^*$ $3,0 \pm 0,3^*$	$4,3 \pm 0,2^*$ $3,8 \pm 0,2^*$
2	$2,1 \pm 0,2^{**}$ $1,4 \pm 0,2$	$4,5 \pm 0,4^{**}$ $3,3 \pm 0,3$	$4,9 \pm 0,2^{**}$ $4,0 \pm 0,2$	$1,5 \pm 0,2^{**}$ $0,9 \pm 0,1$	$4,8 \pm 0,5^{**}$ $3,3 \pm 0,3$	$5,0 \pm 0,3^{**}$ $4,3 \pm 0,2$
3	$2,4 \pm 0,2^{**}$ $1,5 \pm 0,2$	$5,1 \pm 0,5^{**}$ $3,5 \pm 0,3$	$5,4 \pm 0,2^{**}$ $4,4 \pm 0,2$	$2,0 \pm 0,2^{**}$ $1,1 \pm 0,2$	$5,0 \pm 0,4^{**}$ $3,4 \pm 0,3$	$5,4 \pm 0,3^{**}$ $4,5 \pm 0,2$
4	$2,4 \pm 0,2^{**}$ $1,7 \pm 0,2$	$5,1 \pm 0,5$ $3,9 \pm 0,3$	$5,4 \pm 0,2^{**}$ $4,5 \pm 0,2$	$2,0 \pm 0,2^{**}$ $1,3 \pm 0,2$	$5,0 \pm 0,4^{**}$ $3,7 \pm 0,3$	$5,4 \pm 0,3^{**}$ $4,6 \pm 0,2$
5	$2,4 \pm 0,2$ $1,8 \pm 0,2$	$5,1 \pm 0,5$ $4,0 \pm 0,3$	$5,4 \pm 0,2$ $4,9 \pm 0,1$	$2,0 \pm 0,2$ $1,4 \pm 0,2$	$5,0 \pm 0,4$ $4,0 \pm 0,3$	$5,4 \pm 0,3$ $4,9 \pm 0,1$
6	$2,4 \pm 0,2$ $2,1 \pm 0,3$	$5,1 \pm 0,5$ $4,7 \pm 0,5$	$5,4 \pm 0,2$ $5,2 \pm 0,2$	$2,0 \pm 0,2$ $2,1 \pm 0,2$	$5,0 \pm 0,4$ $4,3 \pm 0,4$	$5,4 \pm 0,3$ $5,2 \pm 0,2$

Примечание. В числителе — показатели при лечении димефосфоном, в знаменателе — ноотропилом.
разница достоверна по сравнению с исходным уровнем, ** разница достоверна между показателями, полученными при лечении димефосфоном и ноотропилом.

($\pm 0,25$) воспроизведенных изображений из 6 при обеих осложненных формах (норма — 5 — 6 воспроизведенных изображений из 6).

При лечении ноотропилом после 3 курсов эффект был существенно ниже, а аналогичного результата удалось достичь после 6 курсов терапии.

В группе с осложненными формами пограничной интеллектуальной недостаточности выраженное улучшение наблюдалось после 3 курсов терапии димефосфоном соответственно у 76,2% и 50% детей при гипо- и гипердинамическом вариантах, после 6 курсов ноотропилом — у 64,2% и 71,4%. Эти дети по своему интеллектуальному развитию не уступали здоровым сверстникам, показатели зрительной памяти достигали нормальных величин, а слуховой памяти были близки к ним.

Три курса лечения димефосфоном и шесть — ноотропилом мы расценили как оптимальные при осложненных формах пограничной интеллектуальной недостаточности. Общая продолжительность терапии ноотропилом составила 2 года 7 месяцев, димефосфоном — один год, то есть в 2,5 раза короче.

У больных с олигофренией после

такого количества курсов терапии димефосфоном и ноотропилом можно было зафиксировать показатели памяти, так как дети начинали понимать смысл задания.

Эффект от монотерапии не был получен после 2 курсов терапии при лечении димефосфоном в 8% и 16% случаев при гипо- и гипердинамическом синдромах; при лечении ноотропилом — соответственно в 11% и 24% случаев. Этим пациентам проводилась комбинированная терапия сочетанием димефосфона и ноотропила. Был достигнут положительный эффект. Однако каких-либо выводов мы не делаем из-за малочисленности таких случаев.

Сравнение результатов влияния димефосфона и ноотропила на интеллектуально-мнестические функции головного мозга у детей при осложненных формах интеллектуальной недостаточности выявило выраженное ноотропное действие препарата димефосфона. Преимущества димефосфона перед ноотропилом выражаются не только в большей эффективности препарата, отсутствии отрицательного влияния на синдром психомоторной расторможенности, но и в сокращении сроков лечения в 2,5 раза, уменьшении длительности курсов терапии до 2 недель.

1. Атлас для экспериментального исследования отклонений в психической деятельности человека/Под ред. И. А. Полищука, А. Е. Вндренко.—Киев, 1980.

2. Авруцкая И. Г. Динамика осложненных форм интеллектуальной недостаточности у детей в процессе медикаментозной терапии: Автореф. дисс. ...канд. мед. наук.—М., 1983.

3. Брезе Б. Активизация ослабленного интеллекта при обучении во вспомогательных школах.—М., 1981.

4. Новинская Н. Л. Клинико-психологический анализ мнестических нарушений у детей с пограничной интеллектуальной недостаточностью: Автореф. дисс. ...канд. мед. наук.—М., 1985.

5. Хафизьянова Р. Х. Церебропротекторные свойства малотоксичных неантихолинэстеразных соединений: Автореф. дисс. ...докт. мед. наук.—Казань, 1991.

Поступила 30.06.93.

DYNAMICS OF INTELLECTUAL AND EMOTIONAL-VOLITIONAL DISORDERS IN THE TREATMENT OF CHILDREN WITH COMPLICATED FORMS OF INTELLECTUAL DEFICIENCY

S. A. Akberova, I. A. Studentsova,
D. M. Mendelevich, R. Kh. Khafizyanova

Summary

The comparison of results of the influence of dimethosphone and nootropile on the intellectual functions of brain in children in complicated forms of intellectual deficiency (hypo- and hyperdynamic variants) has revealed the nootropic effect of dimethosphone. The pronounced improvement in children with boundary intellectual deficiency, largely dysontogenetic and encephalopathic forms of the arrest of psychic development is revealed after 3 courses of treatment with dimethosphone and 6 courses with nootropile. The advantages of dimethosphone over nootropile are expressed not only in more efficiency of the drug, the lack of negative effect on psychomotor disinhibition syndrome but in the reduction of the treatment as well.

ОБЗОР

УДК 616.366—072.1—089.87

ПРОБЛЕМА ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА В СВЕТЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Л. Е. Славин

Кафедра хирургии (зав.—проф. В. А. Кузнецов) Казанского
института усовершенствования врачей

В настоящее время в большинстве развитых стран операцией выбора по поводу желчнокаменной болезни (ЖКБ) является лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) [2, 14, 20]. Однако у больных с осложненными формами ЖКБ его успешное проведение зависело от решения ряда вопросов, связанных с дооперационной диагностикой и тактикой лечения. Лапароскопические операции отличаются непривычной для хирурга экспозицией, невозможностью пальпации зоны вмешательства и, наконец, возникающими техническими трудностями при проведении дополнительных манипуляций в нестандартных ситуациях. В частности, холедохолитиаз представляет собой серьезную проблему при выполнении ЛХЭ и вынуждает в числе других основных причин переходить от лапароскопической операции к открытой [18]. Поэтому диагностика холедо-

холитиаза и тактика лечения при ЛХЭ требуют особого внимания.

Диагностика холедохолитиаза при ЛХЭ

Частота холедохолитиаза при ЖКБ составляет 8—18% [3, 9]. На практике диагностика холедохолитиаза осуществляется до ЛХЭ, во время и после нее. Оптимальна дооперационная диагностика этого проявления ЖКБ — она позволяет хирургу заранее определить адекватную и наименее опасную тактику лечения. Диагностика холедохолитиаза в предоперационном периоде включает следующие традиционные обязательные исследования.

1. Клиническое обследование, которое может выявить при поступлении или в анамнезе желтуху, холангит или приступ желчнокаменного панкреатита. Если клиника желтухи или