обрядов и традиций ведется через признание в качестве истоков зарождения именно религиозное начало.

Собственно, структура содержания пособия предполагает последовательное знакомство студентов с проблемой праздников и обрядов в культуре. Для этого вначале представлено теоретическое осмысление таких феноменов культуры как религия и праздник.

Изучение религиозных праздников построено в соответствии со следующим планом: вначале раскрывается история и особенности религии, затем приводятся традиции и обычаи исповедания веры в культуре, и, наконец, рассматриваются наиболее важные религиозные праздники. При этом учитывается тот факт, что одна и та же религия может исповедоваться в разных страна, а, значит, и разных культурах. Каждая культура накладывает свой отпечаток на обряды, традиции и праздники, что соответствующим образом отражено в рассмотрении представленных религиозных праздников. В учебном пособии раскрываются особенности вероисповедания и исправления религиозных культов одиннадцати религий. Учитывая тот факт, что в ряде религий, например, христианстве, выделяются несколько разноплановых конфессий, что соответствующим образом отражено и в празднично-обрядовой традиции.

С методической точки зрения пособие структурировано таким образом, чтобы студенту было удобно осваивать материал самостоятельно. В начале каждой главы представлены список вопросов для рассмотрения, а после основного содержания главы приводится список вопросов для самопроверки. Для более глубокой подготовки после каждой главы приводится список рекомендуемой литературы, где можно более подробно познакомиться с изучаемым вопросом.

В конце учебного пособия приводится глоссарий наиболее употребляемых понятий. Глоссарий построен в алфавитном порядке и позволяет использовать его как дополнительный источник для самопроверки знаний.

Пособие рассчитано на подготовку студентов-гуманитариев, особенно, для студентов, обучающихся по специальности «Социально-культурный сервис и туризм». Кроме того, пособие будет полезно преподавателям для подготовки практических занятий. Учитывая расширяющиеся межкультурные связи, которые определяют структуру и специфику современной культуры, знакомство с учебным пособием позволит большой аудитории не специалистов освоить основные знания и навыки локальных культур, в которых очень сильно проявляется религиозная составляющая, что соответствующим образом предопределяет и развитие социальных ценностей и приоритетов. Даже в российской культуре, где исповедуется принцип веротерпимости, постоянно происходит взаимодействие представителей различных религиозных конфессий. Более того, для современного молодого поколения, учебное пособие может стать своего рода введением в ту религию, которую исповедуют их друзья и родственники. Большой объем материала позволит удовлетворить интерес всех желающих познакомиться с культурными нормами представителей различных религий и стран.

Работа представлена на V Общероссийскую научную конференцию «Актуальные вопросы науки и образования», г. Москва, 11–13 мая 2010 г. Поступила в редакцию 15.05.2010.

Медицинские науки

ОСОБЕННОСТИ СИМПТОМОКОМПЛЕКСА ЭКСТРАМЕДУЛЛЯРНЫХ ИНТРАДУРАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ СПИННОГО МОЗГА

Алекперов А.М., Алекберов М.М.

Азербайджанский медицинский университет, г.Баку

Исследование неврологического статуса является основным способом, позволяющим поставить первоначальный диагноз, определить последовательность дополнительных методов исследования, дать объективную оценку эффективности лечения и динамики восстановления утраченных функций. Знание комплекса симптомов поражения спинного мозга и корешков и динамики их дальнейшего развития настоятельно необходимо и остается определяющим (1–6).

Целью настоящего исследования являлось изучение неврологических проявлений у больных с экстрамедуллярными интрадуральными опухолями спинного мозга. В работе использованы материалы клинического обследования и оперативного лечения 62 больных с экстрамедуллярными интрадуральными опухолями спинного мозга. У 44 (70,97%) из них удалены менингиомы спинного мозга, и в 18 (29,03%) случаях — невриномы спинного мозга и корешков конского хвоста различной локализации. При анализе сроков установления правильного диагноза отмечали, что в большинстве случаев диагноз экстрамедуллярных интрадуральных опухолей спинного мозга (ЭИОСМ) ставится через 1–5 лет от момента появления первых симптомов заболевания. До этого подавляющее число больных находилось на амбулаторном и стационарном лечении у невропатологов по поводу остеохондроза позвоночника. Анализ показал, что 48 (77,4%) больных поступили в клинику в стадии частичного и полного сдавления поперечника спинного мозга ЭИОСМ, и только 14 (22,6%) — в корешковой стадии. В I стадии заболевания у больных отмечается преобладание корешкового болевого синдрома, во II и III стадиях — проводниковые боли. Особенно часто проводниковые боли отмечались при дор-

зальной и дорзолатеральной локализации опухолей. При вентральной локализации ЭИОСМ преобладали двигательные нарушения. При невриномах, исходящих из корешков спинного мозга (СМ) и конского хвоста (КХ), боли вызваны раздражением нервных волокон и это обуславливает характерный болевой синдром. При менингиомах СМ корешковые боли отмечались значительно реже, часто носили двусторонний характер. В ранней стадии заболевания корешковые боли чаще встречаются при опухолях шейного и поясничного отделов и значительно реже — при опухолях грудного отдела СМ. При опухолях средне- и нижнегрудного отделов СМ ранним признаком были люмбоишиалгии и парестезии; в более поздней стадии заболевания появлялись ослабление или утрата рефлексов и нарушение чувствительности. При опухолях корешков конского хвоста отмечались стойкие люмбоишалгии, которые сочетались с объективными неврологическими расстройствами; причем болевой синдром был особенно выражен при низкой локализации спинального патологического процесса. Одним из ранних проявлений опухолей СМ являются расстройства поверхностных видов чувствительности.

Доля больных с парестезиями в I и II стадиях заболевания отличается незначительно. У больных с невриномами, исходящими из корешков СМ и КХ, выявлены парестезии корешкового типа. Ни в одном из наблюдений не отмечено корешковых парестезии при менингиомах грудного отдела СМ. При ЭИОСМ шейного отдела отмечалось преобладание парестезии корешкового типа. При опухолях конского хвоста во всех случаях доминировали корешковые нарушения чувствительности. Неврологическая симптоматика в стадии частичной компрессии СМ была представлена типичным синдром Броун-Секара у 19,4 % пациентов, обратный синдром Броун-Секара у — 3,2 % , неполный синдром Броун-Секара — 16,1%. Частичная двусторонняя компрессия СМ выявлена в 9,7 % случаях. У больных с неврологической картиной типичного синдрома Броун–Секара отмечался гемипарез или монопарез конечности на стороне опухоли. Расстройств тактильной чувствительности не отмечено ни в одном из клинических наблюдений. Обратный синдром Броун-Секара, отмечена нами у больных с большими размерами ЭИОСМ, располагающимися преимущественно латерально, деформирующими и смещающими СМ, прижимая его к противоположной стенке позвоночного канала, вследствие чего противоположная опухоли сторона СМ сдавливалась непосредственно стенкой позвоночного канала. Неполный синдром Броун-Секара отмечался у больных с ЭИОСМ небольших размеров, чаще расположенных дорзолатерально. В 6 наблюдениях выявлены выраженный парез конечностей при наличии гипестезии болевой и температурной чувствительности. Частичная двустороння компрессия проявлялась пара- или тетрапарезом, двусторонними чувствительными расстройствами и расстройствами со стороны сфинктеров. Чувствительные нарушения присоединялись значительно позже и имели четкую верхнюю границу. Обращает на себя внимание ощущение ползания мурашек в нижней конечности на стороне противоположной расположению опухоли. При дорзальной локализации опухоли в начале заболевания наблюдаются перемежающиеся сильные диффузные боли иррадирующие на всю спину, в одну или обе нижние конечности без соблюдения корешковых границ. При больших размерах новообразования у пациента отмечается усугубление двигательных нарушений до вялой параплегии, могут появляться нарушения глубокой чувствительности, явления атаксии спинального типа, при этом поверхностная чувствительность сохраняется. У больных с опухолями на уровне корешков КХ клиническая картина несколько отличалась. У больных данной группы неврологическая симптоматика была представлена выраженными болями в пояснично-крестцовой области, в промежности, сопровождающимися парестезиями и ощущением жжения, а в более поздней стадии гипо или анестезией всех видов чувствительности в соответствии с радикулярной топографией. Отмечались вялые парезы в конечностях с гипотрофией отдельных групп мышц и выпадением сухожильных рефлексов соответственно уровню расположения опухоли. Также установлено, что наиболее часто у пациентов отмечалась периодическая задержка мочеиспускания. При этом сохранялись позывы к мочеиспусканию, но во время мочеиспускания больному приходилось тужиться, струя вялая, иногда моча вытекала по каплям. Время мочеиспускания удлинялось и часто оставалось ощущение неполного опорожнения. Данный вид нарушений чаще всего отмечался при поражении конуса СМ, конского хвоста или при сдавлении задних столбов спинного мозга дорзально расположенными новообразованиями. Несколько реже у больных отмечался расторможенный мочевой пузырь и императивные позывы к мочеиспусканию. При расторможенном мочевом пузыре позывы к мочеиспусканию сохранялись, но пациент не мог долго удерживать мочу, если по какой либо причине произвольного мочеиспускания не происходило, моча выделялась непроизвольно. Возникший в начале заболевания расторможенный мочевой пузырь, в более поздней стадии сменялся императивными позывами к мочеиспусканию, при которых моча выделялась не произвольно в момент возникновения позывов. Данные виды нарушений мочеиспускания отмечались при локализации процесса на уровне шейного и поясничного утолщений, верхнего шейного отдела и грудного отделов СМ и всегда сочетался с одно- или двухсторонним поражением пирамидного тракта и двусторонним нарушением глубокой чувствительности. В единичных случаях отмечались периодическое недержание и истинное недержание. При первом из них моча периодически выделялась маленькими порциями, при полном отсутствии позывов к мочеиспусканию, при втором у больных отмечалось постоянное по каплям выделение мочи в сочетании с пустым мочевым пузырем. Данные виды нарушений отмечались при поражении опухолевым процессом конуса СМ.

У пациентов в I стадии заболевания не было отмечено ни одного случая тазовых нарушений, а в III стадии нарушения мочеиспускания отмечались в 100% случаях, во II стадии в — 80%. Стадия полной компрессии поперечника СМ отмечена у 29 % больных. Клиническая картина в данной стадии была представлена параличом конечностей с соответствующим уровнем расстройств чувствительности и нарушением функции тазовых органов. Прогредиентное течение опухолей СМ представляется закономерным в спинальной онкологии. Наряду с этим возможно ремитирующее течение опухолей СМ и конского хвоста [7]. Так у 49 (79%) пациентов выявлено медленное прогредиентное течение, которое характеризовалось постепенным нарастанием неврологической симптоматики на протяжении от 1 года до 5 лет с момента появления первых симптомов заболевания до поступления пациента в нейрохирургическую клинику. У этих больных клиническое течение характеризовалось медленным нарастанием болевого синдрома, нарушением движений и чувствительности. У них можно было прослеживается стадийность развития спинального компрессионного синдрома. На фоне медленного прогредиентного течения заболевания ускорение темпов развития неврологической симптоматики отмечено у 3 больных с ЭИОСМ. В патогенезе развития неврологической симптоматики и темпов прогрессирования заболевания большое значение имеет нарушение спинальной гемодинамики. Сосудистые нарушения, развивающиеся при спинальных опухолях, приводят к гипоксии и отеку СМ, что, в свою очередь, способствует развитию блокады субарахноидального пространства. Ремитирующее течение заболевания отмечено у 13 (21%) больных. У всех больных клиническая картина характеризовалась неоднократными ремиссиями болевого синдрома, чувствительных и двигательных нарушений, причем полного регресса неврологической симптоматики не отмечалось.

Таким образом, анализируя особенности клинического течения ЭИОСМ можно отметить, что имеющийся сиптомокомплекс позволяет с высокой степени достоверности выявить характер патологии и выработать тактику дальнейшего обследования и лечения больного.

Список литературы

1. Олешкевич Ф.В. Микрохирургическая техника в нейрохирургии // Всесоюзный съезд нейрохирургов: Тезисы докладов. — Минск, 1981. — С. 317–318.

2. Стародубцев А.И. Ранняя диагностика и хирургическое лечение опухолей спинного мозга и позвоночника // Автореф. дис.... докт. мед наук. — Курск, 1985 — 39 с.

3. Харитонова К.И., Окладников Г.И. Патогенез и диагностика опухолей спинного мозга// Новосибирск: Наука, Сиб. Отделение, 1987. — 193 с.

4. Яроцкий Р.Ю. Нарушения системной гемодинамики и их коррекция при хирургическом лечении больных с опухолями спинного мозга // Автореф. дис... канд. мед. наук. — Киев, 1991. — 24 с.

5. Gelabert Gonzalez M, Garcia Pravos A, Fernandez Villa JM. Spinal meningiomas // Neurologia. — 2000. — Vol. 15. — №2. — P. 58–62.

6. Gezen F., Kahraman S., Canakci Z., Beduk A. Review of 36 cases of spinal cord meningioma // Spine. — 2000. — Vol. 25. — №6. — P. 727–731.

7. Roux F.X., Nataf F., Pinaudeau M., e.a. Intraspinal meningiomas: review of 54 cases with discussion of poor prognosis factors and modern therapeutic management // Surg. Neurol. — 1996. — V. 46. — .№5. — P. 458–464.

Работа представлена на Международную научную конференцию «Современные проблемы экспериментальной и клинической медицины» 20–30 декабря 2009, Бангкок, Паттайа (Тайланд). Поступила в редакцию 14.11.2009.

ДИАГНОСТИКА, КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ГЕМОЛИМФОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ ВТОРИЧНЫХ ОТЕКАХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Любарский М.С., Жуков В.В., Мустафаев Н.Р., Аглиулин Р.И

НИИ Клинической и экспериментальной лимфологии СО РАМН Новосибирск, Россия

Отеки нижних конечностей могут возникать вследствие различные заболевания, от хронической венозной недостаточности, до дегенеративно-дистрофических заболеваний суставов. Одним из важнейших патогенетических факторов развития вторичных отеков нижних конечностей является нарушение гемолимфоциркуляции. Учитывая наличие изменений гемолимфоциркуляции в регионе пораженной конечности при отеке, а также ухудшение детоксикационных возможностей данной области, представляется оправданным включение в комплексное лечение пациентов лимфостимулирующих методик и методов эфферентной терапии.

Все пациенты, находившиеся под нашим наблюдением, были разделены на три группы. Первая группа, состоявшая из 39 пациентов, получала стандартную консервативную терапию по поводу отека нижних конечностей. Пациентам, вошедшим во вторую группу (30 пациентов), дополнительно проводились курс электростимулирующей терапии на аппарате «Лимфавижин» и курс лечения с применением низкочастотного ультразвука с термоконтрастной абсорбцией лекарственных препаратов на аппарате «Пролонг». Пациентам третьей группы (34 человека) дополнительно к общепринятому лечению был добавлен курс дискретного плазмафереза и лимфотропных лимфостимулирующих инъекций.

Для оценки эффективности предлагаемых методов лечения проводилось обследование пациентов, включающее реолимфовазографическое исследование, ультразвуковое исследо-