

мечал иррадиацию боли из правого подреберья в область сердца. Интенсивность ХКС была оценена с помощью 5-балльной шкалы ВАШ: 2 (50 %) пациента описали боль как сильную, что соответствует — 4 баллам, 1 (25 %) человек оценил боль как средней интенсивности — 3 балла и 1 (25 %) пациент описал боль как очень сильная — 5 баллов.

Длительность болевого синдрома до 6 часов отмечена у 1 (25 %) пациента, 6–12 часов — у 3 (75 %) пациентов. Резистентность к приему нитратов у пациентов с ХКС для купирования болевого синдрома была выявлена у 4 (100 %) пациентов.

Из 105 обследованных пациентов повышение общего холестерина в крови (выше 5,5 ммоль/л) отмечалось у 60 (57,14 %) пациентов, ЛПНП (более 3,5 ммоль/л) — у 60 (57,14 %) пациентов, повышение ТГ (выше 1,9 ммоль/л) — у 13 (12,38 %) пациентов. При анализе липидного спектра показатель общего холестерина был повышен у пациентов с ЖКБ и ИБС и составил $5,72 \pm 1,55$ ммоль/л, у пациентов с ХКС — $5,83 \pm 1,42$ ммоль/л. Уровень ЛПНП был достоверно выше в группе пациентов с ЖКБ и ИБС $3,51 \pm 1,31$ ммоль/л, у пациентов с ХКС — $3,74 \pm 1,24$ ммоль/л. Уровень ТГ не превышал нормальные показатели и был у пациентов с ЖКБ и ИБС на уровне $1,6 \pm 0,63$ ммоль/л, при ХКС показатель составил — $1,89 \pm 0,89$ ммоль/л.

Выводы

1. Холецистокардиальный синдром клинически схож с проявлениями ИБС, поэтому следует проводить тщательную дифференциальную диагностику между этими состояниями.

2. Характерные ишемические изменения на ЭКГ, избыточная масса тела и дислипидемия в липидном профиле обнаруживаются у более половины пациентов с острым калькулезным холециститом, а холецистокардиальный синдром отмечен у 7 % пациентов с ИБС. При этом у всех пациентов ХКС протекал с нарушением ритма сердца в виде пароксизмальной формы фибрилляций предсердий и сопутствующей ишемической болезнью сердца.

3. Тактика лечения пациента должна приниматься коллегиально хирургом, терапевтом (кардиологом), анестезиологом. При необходимости проводят специальную предоперационную подготовку, включая кардиотропную терапию.

4. При выборе лечения холецистокардиального синдрома, у пациентов с полиморбидностью, необходимо применять малоинвазивные оперативные вмешательства, учитывая тяжесть их состояния.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гриднев, А. Е. Холецистокардиальный синдром / А. Е. Гриднев // Институт терапии им. Л. Т. Малой АМН Украины, г. Харьков // Вестник «Здоровье Украины». — 2015. — № 5. — С. 854.
2. Влияние патологии желчевыводящих путей на риск развития ишемической болезни сердца / А. М. Шилов [и др.] // РМЖ — 2008. — №25. — С. 1625.
3. Дадвани, С. А. Желчнокаменная болезнь / С. А. Дадвани, А. М. Шулушко, П. С. Ветшев. — М.: Видар, 2000. — С. 144.

УДК 616.74-009.11-02

БОТУЛИНОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ДИСТОНИИ

Горовая А. С.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. Н. Усова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Дистония определяется как двигательное расстройство, характеризующееся стойкими или нерегулярными мышечными сокращениями, обуславливающими появление патологических, как правило повторяющихся, движений и (или) патологических поз, нарушающих определенные действия в вовлеченных областях тела [1]. Распространенность дистонии по данным крупных эпидемиологических исследований составляет 16 случаев на 100 тыс. население.

ния [2]. Дистония классифицируется с учетом распределения пораженных областей тела, в результате чего выделяют сегментарную, фокальную, мультифокальную, генерализованную, гемидистонию [1, 2]. Терапией выбора при лечении фокальной и сегментарной дистонии является внутримышечное применение препаратов ботулотоксина (БТ), тогда как при генерализованной дистонии чаще используются системные лекарственные препараты или хирургическое лечение [1, 3].

Цель

Изучить имеющуюся современную медицинскую научную литературу на тему применения ботулотоксина в лечении цервикальной дистонии.

Материал и методы исследования

Был проведен анализ и обобщение современной медицинской научной литературы на тему использования ботулотоксина в практике лечения цервикальной дистонии.

Результаты исследования и их обсуждение

Бактерии *Clostridium botulinum* продуцируют токсины различных серотипов: А, В, С, D, E, F и G. Только токсины серотипов А и В используются для создания терапевтических препаратов. Из них БТ типа А — самый изученный и широко используемый в лечебной практике. В настоящий момент в мире получили распространение четыре препарата БТ: онаботулотоксин А, инкоботулотоксин А, аботулотоксин А, римаботулотоксин В [3]. В настоящее время разрабатываются несколько новых препаратов ботулинического токсина. Среди них даксиботулотоксин А, который, как предполагается, будет иметь более длительную продолжительность действия по сравнению с аналогами [2].

Природный БТ образует комплекс, состоящий из молекулы нейротоксина и нескольких нетоксичных белков. Введение ботулопротеина внутримышечно сопровождается двумя основными эффектами: прямое ингибирование α -мотонейронов, за счет пресинаптического блокирования транспортных белков, которые обеспечивают транспорт везикул ацетилхолина через кальциевые каналы нервной терминали периферического холинергического синапса для выброса ацетилхолина в синаптическую щель, и ингибирование γ -мотонейронного холинергического синапса на интрафузальном волокне, что приводит к снижению активности как мышечных рецепторов растяжения, так и эфферентной активности α - и γ -мотонейронов. Клинически это проявляется в выраженном расслаблении инъецированных мышц и значительном уменьшении боли в них. Антиноцицептивную активность БТ связывают с ингибированием высвобождения глутамата и медиатора воспаления — субстанции P; с подавлением нейрогенного воспаления; уменьшением сенситизации мышечных ноцицепторов, в результате снятия мышечного напряжения; с уменьшением афферентации на спинальном уровне из-за снижения активности мышечных веретен. Обсуждается центральный механизм действия ботулотоксина [4].

Ботулотоксин необратимо расщепляет транспортные белки в течение, в среднем, 30–60 минут. При локальном введении в терапевтических дозах, БТ не проникает через гематоэнцефалический барьер и не вызывает системных эффектов. Через 30–60 дней после инъекции начинается процесс отрастания новых нервных терминалей от аксонов, где был блокирован транспорт ацетилхолина, с образованием новых функционально активных нервно-мышечных синапсов, что в итоге приводит к восстановлению мышечных сокращений [4].

Цервикальная дистония наиболее распространенная форма фокальной дистонии, характеризующаяся устойчивыми насильственными и нередко болезненными мышечными сокращениями, вовлечением в гиперкинез ограниченной группы мышц шеи и затылка. Вовлечение мышц шеи приводит к развитию патологических положений головы, шеи и плеч. Могут наблюдаться движения головы в горизонтальной, фронтальной и сагиттальной плоскостях, а также боковое ее смещение. В вовлеченных мышцах развиваются миофасциальные синдромы с типичной иррадиацией, что является одной из основных причин возникновения болевого синдрома. Также боль может быть вызвана компрессией нервных стволов спазмированными мышцами, раздражением болевых рецепторов околоуставных структур [1].

В соответствии с последними клиническими рекомендациями Американской академии неврологии по лечению фокальных дистоний ботулинотерапия рекомендована при цервикальной дистонии как терапия выбора (уровень достоверности А). Из применяемых препаратов абоботулоксин типа А и римаботулоксин типа В обладают уровнем достоверности доказательств А, онаботулоксин типа А и инкоботулоксин типа А — уровнем доказательности В [5].

Контроль за инъекциями может осуществляться несколькими методами: метод анатомических ориентиров и пальпации; электромиографический контроль; электростимуляция мышц; ультразвуковой контроль; компьютерная, магнитно-резонансная и позитронно-эмиссионная томография. Все большее распространение получает метод ультразвукового контроля, что позволяет повысить точность инъекции и снизить риск осложнений [6].

Клинический эффект после проведенной инъекции БТ наступает на 7–21-й день и проявляется выраженным снижением мышечного напряжения, спазмов и боли. При планировании процедуры необходимо выявить максимальное количество мышц, участвующих в реализации фокального дистонического синдрома, и ввести в них препарат. В случае недостаточного эффекта, отмеченного в течение динамического наблюдения за пациентом, при последующих инъекциях осуществляются модификация схемы терапии и изменение дозы БТ, применяются дополнительные методы контроля инъекции, проводится консультирование с более опытным специалистом ботулинотерапии [1].

Выводы

В настоящее время ботулинотерапия доказала свою высокую эффективность и безопасность в лечении фокальных дистоний. Введение ботулотоксина в мышцы, вовлеченные в патологический процесс, является терапией выбора при лечении цервикальной дистонии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Фокальные дистонии: современные подходы к диагностике и возможности ботулинотерапии / О. Р. Орлова // *Нервные болезни*. — 2016. — № 4. — С. 3–12.
2. Dystonia: Then and now / C. Comella // *Parkinsonism & Related Disorders*. — 2018. — Vol. 46. — P. 66–69.
3. *Fraint, A.* Botulinum Toxin Treatment of Primary Dystonia / A. Fraint, C. Comella // *Botulinum Toxin Treatment in Clinical Medicine*. — 2018. — P. 13–22.
4. *Антипенко, Е. А.* Возможности и перспективы применения ботулотоксина в неврологической практике / Е. А. Антипенко, А. В. Густов // *Современные технологии в медицине*. — 2011. — № 1. — С. 102–104.
5. Practice guideline update summary: botulinum neurotoxin for the treatment of blepharospasm, cervical dystonia, adult spasticity, and headache: report of the guideline development subcommittee of the American Academy of Neurology / D. M. Simpson [et.al.] // *Neurology*. — 2016. — Vol. 86, № 19. — P. 1818–1826.
6. *Хатькова, С. Е.* Ультразвуковой контроль инъекций ботулинического токсина / С. Е. Хатькова, А. А. Бальберт // *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. — 2016. — № 2. — С. 4–9.

УДК 811.111-26:398.9

ПОСЛОВИЦЫ И ПОГОВОРКИ АНГЛИЙСКОГО ЯЗЫКА. ИХ РУССКИЕ ЭКВИВАЛЕНТЫ

Горон А. Ю., Столярова О. В

Научный руководитель: Н. М. Ильина

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель Республика Беларусь**

Введение

Английский и русский язык имеют много общего, и это объединяет наши народы. Но также есть и различия в общении, понятии некоторых высказываний. Данная работа актуальна, так как, понимая пословицы и поговорки другого народа, мы можем узнать культуру и традиции других людей.

Цель

Определить сходства и отличия английских и русских пословиц и поговорок.