

МОСКОВСКОЕ ОБЩЕСТВО НЕВРОЛОГОВ

ФГБУ ДПО "ЦЕНТРАЛЬНАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ" УД ПРЕЗИДЕНТА РФ

ФГБОУ ВО "ПЕРВЫЙ МГМУ им. И.М.СЕЧЕНОВА" МЗ РФ

ФГБОУ ВО "РНИМУ им. Н.И.ПИРОГОВА" МЗ РФ



Материалы

VII Российской научно-практической конференции
с международным участием
«Инновационные технологии в области неврологии
и смежных специальностей»

Москва, 2 ноября 2016 г.

Москва
2016

Материалы VII Российской научно-практической конференции с международным участием «Инновационные технологии в области неврологии и смежных специальностей». Москва, 2 ноября 2016 г. – М., ФГБУ ДПО «ЦГМА» УД Президента РФ, - ____ с.

Место проведения конференции: Здание Правительства Москвы, Москва, ул. Новый Арбат 36/9

Организаторы:

Московское общество неврологов;

ФГБУ ДПО "Центральная государственная медицинская академия" УД Президента РФ

ФГБОУ ВО "Первый МГМУ им. И.М.Сеченова" МЗ РФ

ФГБОУ ВО "РНИМУ им. Н.И.Пирогова" МЗ РФ

Научные руководители:

В.И.Шмырёв, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой неврологии ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» УД Президента РФ;

Н.Н.Яхно, академик РАМН, заслуженный деятель науки РФ, д.м.н., заведующий научно-исследовательским отделом неврологии научно-исследовательского центра, профессор кафедры нервных болезней лечебного факультета, директор научно-образовательного клинического центра неврологии ФГБОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М.Сеченова» МЗ РФ;

А.Н.Бойко, д.м.н., профессор кафедры неврологии и нейрохирургии с курсом ФУВ ЛФ ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И.Пирогова» МЗ РФ

Научный секретарь: к.м.н. А.С.Васильев, доцент кафедр неврологии ФГБУ ДПО «ЦГМА» УД Президента РФ

Дополнительная информация на сайтах:

www.medq.ru

www.cgma.su

www.kremlin-neurology.ru

ПРИВЕТСТВЕННОЕ ПИСЬМО

Научного руководителя конференции
заведующего кафедрой неврологии
ФГБУ ДПО «Центральная государственная
медицинская академия»
Управления делами Президента РФ,
заслуженного врача РФ,
лауреата премии Правительства РФ
профессора В.И. Шмырева

Ежегодная Российская научно-практическая конференция «Инновационные технологии в неврологии и смежных специальностях» проводится уже в седьмой раз. Традиционно в ее работе участвуют сотни врачей разных специальностей из России и других государств.

Современное состояние международных взаимоотношений делает особенно важной возможность обмениваться знаниями через зачастую искусственно созданные границы. В этом году наряду с российскими докторами свои работы прислали армянские и украинские коллеги.

Отдельного внимания заслуживает ставшая традиционной «Школа молодых ученых» на которой наши начинающие коллеги могут представить первые результаты своей научной деятельности.

В современном постиндустриальном мире инновационные исследования и практические разработки в области медицины являются, пожалуй, одним из основных направлений современной науки. Появление новых технологий диагностики и лечения каждый год продлевает и облегчает жизнь пациентам с различной неврологической и смежной патологией, ежегодно пополняя излечимых заболеваний. Эти изменения с точки зрения практической медицины представлены появлением как в России, так и за рубежом новых высокотехнологичных методов лечения.

Основным путем достижения подобных успехов был и остается мультидисциплинарный подход к проблеме как в urgentных ситуациях, так и при организации реабилитации, первичной и вторичной профилактики.

Искренне приветствую проведение VII Российской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные инновационные технологии в области неврологии и смежных специальностей» и всех ее участников. Выражаю надежду, что эта конференция позволит врачам разных регионов России и стран обмениваться своими достижениями, получить новые знания в своих и смежных специальностях и еще больше расширить возможности оказания пациентам эффективной медицинской помощи.

Д.м.н., профессор

В.И. Шмырев

ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПРИ ПЕРВИЧНЫХ ГОЛОВНЫХ БОЛЯХ

Аветисова К.Н.^{1,2}, Шмырев В.И.¹, Соколова Л. П.²

¹ – ФГБУ «Центральная Государственная Медицинская Академия» УД Президента РФ.

² – ФГБУ «Клиническая больница №1» УД Президента РФ

Целью настоящего исследования является изучение особенностей функциональных и метаболических особенностей нервной системы у пациентов с первичными головными болями (ПГБ) для определения оптимизации лечебно-профилактических действий. В исследование включены две клинические группы пациентов: 1. Мигрень; 2. Головная боль напряжения (ГБН). На данный момент обследовано 69 пациентов (16 с мигренью и 53 с ГБН).

Методы исследования:

- Исследование жалоб, анамнеза жизни, анамнеза заболевания;
- Исследование неврологического статуса по общепринятой методике;
- Нейропсихологическое тестирование с использованием шкал Спилбергера-Ханина, Бека, пробы Бурдона;

Данные шкалы широко используются для оценки нейропсихологического статуса, достаточно просты для понимания пациента и обладают высокой валидностью. Интерпретация шкал проводилась в соответствии с общепринятыми нормами: для шкалы Спилбергера-Ханина, в которой определяется уровень личностной (ЛТ) и реактивной (ситуативной) тревожности (РТ): до 35 баллов – низкая тревога, 35-35 баллов – умеренная тревога, > 45 баллов – высокая тревожность. Шкала Бека интерпретировалась следующим образом: 0-9 – отсутствие депрессивных симптомов; 0-15 – легкая депрессия (субдепрессия); 6-19 – умеренная депрессия; 0-29 – выраженная депрессия (средней тяжести); 30-63 – тяжелая депрессия.

- Нейрофункциональное обследование: электроэнцефалография и определение медленной активности головного мозга методом регистрации уровня постоянного потенциала (УПП) с помощью нейроэнергокартирования (НЭК).

Метод нейроэнергокартирования позволяет оценить как фоновое состояние нейрометаболизма, так возможности адаптационных механизмов, реакцию мозга на физический (проба с гипервентиляцией и психоэмоциональный (тест быстрой словесности) стресс. Также фиксируется постгипервентиляционный период (ПГВ), позволяющий оценить процесс восстановления уровня метаболизма к фоновому после физической нагрузки. По характеру изменений основных показателей уровня постоянных потенциалов в сравнении с эталонными показателями можно выделять адекватную реакцию (усиление метаболизма в определенной пропорции), ригидную реакцию (отсутствие изменений УПП или его недостаточный прирост в ответ на нагрузку), обратную реакцию (снижение УПП вместо повышения), чрезмерную

реакцию (усиление метаболизма более чем в 1,5 раза для модели психоэмоционального стресса и более, чем в 1,9 раз для модели физического стресса). В постгипервентиляционном периоде оценивается темп восстановления исходных показателей метаболизма, по результатам чего также можно выделить адекватную реакцию (возвращение к исходному уровню), ригидную (отсроченное возвращение к исходному уровню), чрезмерную реакцию - в виде понижения уровня метаболизма ниже первоначального, и обратную реакцию в виде нарастания уровня метаболизма.

Метод НЭК в нашем исследовании занимает ключевое место, однако в настоящем обзоре мы не останавливаемся детально на результатах НЭК, а представляем полученные на данном этапе результаты нейропсихологического тестирования и анализа выявленной взаимосвязи нейропсихологического статуса и результатов НЭК.

Полученные результаты: Наиболее характерным является повышение уровня личностной тревожности у пациентов с головными болями напряжения – у 35 больных (66,0%) выявлен повышенный уровень личностной тревоги (против 37,5% у больных с мигренью), умеренные значения ЛТ в группе с ГБН встречаются в 26,4% (14 человек), в группе с мигренью – в 50% (8). Уровень реактивной (ситуативной) тревожности также имеет отчетливые различия в данных группах – повышенные значения – 55,7% (27) больных с головной болью напряжения против 31,25% пациентов с мигренью; умеренные значения – у 32% (17) больных с ГБН и 43,75% (7) больных с мигренью.

По шкале депрессии Бека также наиболее серьезные изменения наблюдаются в группе ГБН: пациенты без значимых нарушений настроения, набравшие по шкале Бека менее 9 баллов, составляют 41,5% от всей выборки. В остальных случаях (58,5%, 31 человек) наблюдаются нарушения настроения различной степени тяжести, при этом в 35,8% случаев – это субдепрессия, а в 22,7% - умеренная и среднетяжелая депрессия. В группе пациентов с мигренью ситуация иная: 68,5% не выявляют симптомов депрессии совершенно, в 12,5% - наблюдается субдепрессия, и только в 18,75% - умеренная и среднетяжелая депрессия.

При сопоставлении результатов нейропсихологического тестирования с результатами НЭК, на данном этапе выявлена одна заметная закономерность: среди пациентов, демонстрирующих чрезмерную реакцию именно в тесте свободных литеальных ассоциаций, подавляющее большинство составляют пациенты с повышенным уровнем личностной тревоги. Среди общей выборки пациентов с ГБН пациенты с высоким уровнем ЛТ, как уже было сказано, составляют 66,0%. Среди выборки пациентов с ГБН, которым было проведено НЭК, эта группа составляет 71% (25 из 35). А среди пациентов, продемонстрировавших по результатам ТСЛА чрезмерный тип реакции, высокая личностная тревожность встречается в 88% случаев (15 из 17).

Какой-либо иной отчетливой взаимосвязи нейропсихологических показателей и результатов реагирования на функциональные пробы при нейроэнергокартировании на данном этапе выявлено не было, однако работа в данном направлении продолжается.

Выводы: Уже на данном этапе можно отменить характерную разницу в выраженности психоэмоциональных расстройств у больных с ГБН и мигренью. На основании выявленного преобладания тревожных расстройств в группе ГБН можно говорить о ведущей роли эмоционального стресса в патогенезе и прогрессировании данного вида головных болей. Учитывая выявленную взаимосвязь уровня личностной тревоги и типа реагирования на тест быстрой словесности, можно предположить наличие механизма, приводящего к усугублению вегетативных и регуляторных нарушений на фоне имеющихся психоэмоциональных расстройств. Данные закономерности требуют дальнейшего изучения, с целью улучшения прогнозирования течения хронических головных болей и оптимизации терапевтической тактики.

ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ ВЕРТЕБРОГЕННЫХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ У БЕРЕМЕННЫХ

Бабенков Н.В., Машаева Л.Л., Машаева Р.И.

ФГБУ «ЦГМА» УД Президента РФ

При беременности значительно возрастают нагрузки на позвоночник женщины. При этом гормональные изменения вызывают размягчение соединительной ткани, что в сочетании с изменением биомеханики позвоночника, таза, суставов способствует проявлению латентных или обострению имевшихся ранее хронических вертеброгенных болевых и дегенеративно-дистрофических синдромов. На поздних сроках беременности, преимущественно в третьем триместре, может отмечаться также ухудшение условий кровоснабжения позвоночника, спинного мозга и его корешков, связочного аппарата таза вследствие механических сдавлений, туннельных факторов, растяжений.

Под нашим наблюдением было 87 женщин, у которых во время беременности появились боли в спине, области таза, конечностей, обусловленные вертеброгенным поражением периферической нервной системы. У 44 больных был остеохондроз шейного и грудного, а у 77 поясничного отделов позвоночника.

Среди неврологических проявлений остеохондроза позвоночника у беременных преобладали рефлекторные синдромы (87%). Из них люмбоишиалгия и люмбалгия у 85%, цервикобрахиалгия и цервикокраниалгия у 56%. Корешковые синдромы чаще отмечались у больных с поясничным остеохондрозом, чем у больных с поражением шейного и грудного отделов позвоночника.

В течение всей беременности женщины находились под наблюдением как гинеколога, так и невролога. При обострении болевого синдрома беременным проводили симптоматическое лечение амбулаторно или в условиях стационара, в общеневрологическом отделении или в отделении патологии беременности с включением в комплекс обезболивающих препаратов, седативных средств, витаминов группы В.

При возникновении туннельных синдромов и с целью воздействия на мышечно-тонические проявления в каналы и спазмированные мышцы вводили новокаин в виде внутримышечных инъекций или проводили курсы электрофореза.

Поскольку беременность является ограничительным фактором для назначения всего спектра медикаментозного воздействия, существенную роль играли немедикаментозные методы коррекции локальных нарушений мышечного тонуса, связочного аппарата, изменений двигательного стереотипа, перекосов таза с вторичными туннельными проявлениями, а также психо-эмоциональных нарушений.

Использовались методы точечного шиацу массажа, мануальной терапии. Во всех случаях применялись методы телесно-ориентированной психотерапии, направленной на нормализацию психо-эмоционального состояния женщины, восстановление ее внутреннего баланса, функциональных резервов и ликвидацию хронических психогенных общих и локальных напряжений мышц, связок тела и гладкой мускулатуры внутренних органов.

В результате комплексного консервативного лечения у всех 87 беременных боли значительно ослабли или прошли, отмечено уменьшение двигательных ограничений.

Таким образом, беременные с вертеброгенными болевыми синдромами должны наблюдаться совместно акушером и неврологом на протяжении всей беременности. Индивидуальный и комплексный подход, учитывающий разные звенья патогенеза болей, позволяет достичь убедительных результатов в их лечении.

Наш опыт показывает также целесообразность продолжения комплексной терапии в послеродовом периоде, ввиду возрастающих физических и эмоциональных нагрузок у женщин в этот период.

ВЕГЕТАТИВНО-СОСУДИСТАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ ПРИ ПОЯСНИЧНОМ ОСТЕОХОНДРОЗЕ

Бабенков Н.В., Резков Г.И., Шмырев В.И., Клячкова Л.Б., Овчаренко К.И.

Нейрососудистые нарушения часто отмечаются при различных синдромах поясничного остеохондроза. Они могут наблюдаться в двух вариантах. В начале заболевания, как правило, преобладают вазоспастические реакции - повышение сосудистого тонуса, кожная гипотермия, в последующем при затяжных люмбоишиалгиях отмечается снижение сосудистого тонуса с кожной гипертермией, то есть переход к вазодилатации вплоть до вазопареза.

Нами проведено обследование 56 больных в возрасте 24-72 лет с различной степенью и стадиями нейрососудистых нарушений при различных синдромах поясничного остеохондроза. Исследования проводились методами ультразвуковой доплерографии, венозно-окклюзионной плетизмографии и лазерной доплеровской флоуметрии.

Исследовался кровоток по магистральным артериям: подвздошной, бедренной, подколенной, задней большеберцовой и артерии тыла стопы. Проводился анализ частотного спектра, скоростных показателей, сегментарного систолического давления с пересчетом индексов артериального давления.

Для количественной оценки периферического кровообращения применяли метод венозно-окклюзионной плетизмографии, определяли показатели объемной скорости кровотока (ОСК), который количественно характеризует скорость прохождения крови по артериальному руслу и максимальную объемную скорость кровотока (МОСК), позволяющую выявить максимальный резерв кровотока и гемодинамически малозначимую облитерацию периферических артерий.

В основе лазерной доплеровской флоуметрии лежит изменение частоты лазерного луча при прохождении его через поток форменных элементов крови. В клинической практике большое значение имеет определение степени расстройств и уровня поражения вегетативной нервной системы. Методика определения уровня поражения вегетативной нервной системы с помощью лазерной доплеровской флоуметрии заключалась в следующем. На исследуемый участок кожных покровов с помощью специальных пластмассовых и липких колец крепился датчик со световодом лазерного флоуметра; после 15-минутного отдыха пациента в положении лежа проводились последовательно следующие тесты: тепловой, холодный, Вальсальвы, длительным нагреванием кожных покровов, работой ног на эргокванте, ортостатический.

При клиническом обследовании у 18 больных было выявлено наличие дискорадикулярного конфликта, на что указывало характерное нарушение двигательной функции и чувствительности, данные рентгенографии, КТ или МРТ. У остальных 38 отмечались различные варианты рефлекторных синдромов. У подавляющего большинства (25) больных имел место синдром грушевидной мышцы с явлениями подгрушевидной компрессии седалищного нерва и нижней ягодичной артерии, клинически проявлявшейся перемежающейся хромотой. Нейроваскулярный синдром характеризовался периодически проявлявшимися ощущениями зябкости, похолодания конечностей при длительной ходьбе, стоянии, а в ряде случаев - в покое в горизонтальном положении, что указывало на наличие в структуре синдрома венозной составляющей. Весьма характерным было наличие диффузного ощущения жжения, как правило, эмоционально окрашенного, тяжело переносившегося больными. Больные отмечали зависимость возникновения этих ощущений от перемены погоды, изменений эмоционального статуса. У 5 больных наблюдался синдром стенозолии - приступообразных крампиподобных сжимающих болей в камбаловидной мышце, возникавших, как правило, на фоне постоянного нерезко выраженного болевого синдрома в этой области, иногда с распространением в проксимальном направлении, что создавало определенные сложности в диагностике и дифференциальной диагностике с синдромом грушевидной мышцы. Нейроваскулярные проявления были аналогичны, описанным выше, в ряде случаев приходилось проводить даже дифференциальный диагноз с поражением магистральных артерий. Наиболее выраженный и продолжительный болевой

синдром, сопровождавшийся распространенными вегетативно-сосудистыми расстройствами вплоть до вегетативно-ирритативного синдрома, наблюдался при ряде нейродистрофических осложнений остеохондроза. Так, метатарзалгия Мортон в хронической развитой стадии, возникшая на фоне периартроза метатарзофалангеальных сочленений, характеризовалась распространением болевых ощущений в проксимальном направлении, охватывая всю нижнюю конечность и сопровождаясь выраженным нижнеквадрантным вегетативно-ирритативным синдромом, с преобладанием явлений вазодилатации. При нейродистрофическом поражении коленного сустава наиболее частым проявлением осложнения возникающей миоадаптивной реакции была компрессия подкожного бедренного нерва в подпортняжном канале. Возникающее при этом сдавление сосудистого пучка способствовало развитию синдрома «сосудистой люмбаишиалгии», весьма резистентной к общепринятой терапии, если не проводилось специального лечения сустава. У 8 больных отмечался синдром парестетической мералгии, обусловленный компрессией нерва под пупартовой связкой или в толще подвздошно-поясничной мышцы. Нейрососудистые нарушения характеризовались зябкостью, парестезиями, преимущественно вазоконстрикторным типом кожных сосудистых реакций по латеральной поверхности бедра. Несомненно важную роль в возникновении рефлекторных синдромов поясничного остеохондроза имела патология органов малого таза, особенно в гинекологической сфере, у мужчин со стороны предстательной железы.

Ультразвуковая доплеровазография и венозно-окклюзионная плетизмография показали отсутствие органического поражения периферических сосудов. Индексы лодыжечного давления у всех обследованных больных были более 1,1, а показатель МОСК составил $17,8 \pm 1,6$ мл/мин, что не отличалось от аналогичных показателей контрольной группы. Тем не менее показатель ОСК, характеризующий кровоток в покое, был несколько снижен и равен $1,3 \pm 0,3$ мл/мин ($p < 0,001$), в норме - $2,2 \pm 0,6$ мл/мин. В начале заболевания отмечалась склонность к вазоспастическим реакциям, при этом во время проведения теста Вальсальвы и термотеста время увеличения прироста капиллярного кровотока возрастало с 2 до 4 с, а амплитуда прироста с 4,7 В до 2,1 В, что указывало на изменение нейрососудистой реакции со склонностью к ангиоспазму. При затяжных люмбаишиалгиях время увеличения прироста капиллярного кровотока достигало 6 с, т.е. возрастало еще на 50%, максимальный капиллярный кровоток возникал более чем через 3 мин. и был значительно снижен - 1,6 В. Возврат к исходным величинам кровотока после отключения термопары был увеличен до 5-6 минут, а в некоторых случаях капиллярный кровоток не достигал исходных величин. Таким образом, при дальнейшем развитии заболевания отмечалось значительное изменение реактивности сосудов; у 5 больных неадекватная холодовая и тепловая реакция сосудов.

Проводимая во всех случаях терапия учитывала характер и направленность нейро-сосудистых реакций, патогенетический механизм их возникновения. По нашим данным, убедительный положительный эффект наступал при массивной инфильтрации новокаиново-витамино-гормональными смесями напряженных мышц,

участков компрессии сосудисто-нервных образований, что оказывало анаболический эффект на поврежденные вегетативные структуры. Применение ганглиоблокаторов способствовало разрыву патологической рефлекторной дуги. При наличии психоэмоциональных нарушений возникала необходимость в их коррекции применением антидепрессантов, анксиолитиков, психотерапии. Терапия нейроваскулярных нарушений требует настойчивости, комплексного подхода и дальнейшего изучения.

ОСОБЕННОСТИ ВЕНОЗНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Бабенков Н.В., Шмырев В.И., Резков Г.И., Клячкова Л.Б., Ионова Т.С., Васильев А.С.

Нарушения венозного фактора играет значительную роль в механизмах патогенеза острых и хронических нарушений мозгового кровообращения, знание которых имеет важное диагностическое значение и во многом определяет назначение патогенетически адекватной терапии и успех лечения. Наиболее частой формой венозной патологии головного мозга является внутричерепной венозный застой. Дистрофия мозга, развивающаяся при внутричерепном венозном застое, определяется как венозная энцефалопатия. Клиническая картина различных форм венозной энцефалопатии имеет много сходных проявлений, причем при первичной (дистонической) она обычно более мягкая, чем при вторичной (застойной циркуляторно-гипоксической), и чаще представлена астеновегетативным, псевдотуморозным, психопатологическим синдромами. Однако функциональные и морфологические перемены, возникающие в организме человека при старении, значительно усложняют клиническое течение нарушений венозного кровообращения в пожилом возрасте, что затрудняет диагностику и назначение необходимой терапии.

Под нашим наблюдением находились 86 больных пожилого и 30 больных среднего возраста с сосудистыми поражениями головного мозга, из них 66 с хронической цереброваскулярной недостаточностью в стадии компенсации, суб- и декомпенсации, 32 - с остаточными явлениями нарушений мозгового кровообращения и 18 больных - в остром периоде инсульта. Основным заболеванием у 16 больных была артериальная гипертензия, у 31 - церебральный атеросклероз, у 63 - их сочетание и у 6 - артериальная гипотензия. На основании результатов реоэнцефалографии, радиоизотопной церебральной ангиографии и сцинтиграфии была выделена группа больных с внутричерепным венозным застоем (86 человек) и без такового (30 человек). Больным обеих групп были проведены дополнительно рентгенография черепа, офтальмологическое исследование, эхоэнцефалография. Для выявления сердечно-легочной недостаточности, дифференциальной диагностики первичной и вторичной форм венозной

энцефалопатии больных было проведено радиоизотопное исследование центральной гемодинамики, рентгенография органов грудной клетки. Настоящее исследование позволило выявить некоторые особенности клинического течения и диагностики внутричерепного венозного застоя у пожилых больных с сосудистыми поражениями головного мозга.

Жалобы на тупые, распирающие головные боли в утренние часы после сна менее характерны при венозной энцефалопатии в пожилом возрасте, чем в среднем. Наиболее часто отмечаются жалобы на головокружения системного и несистемного характера, общую слабость, повышенную утомляемость, раздражительность, эмоциональную неустойчивость, снижение памяти, общий сниженный фон настроения. Весьма характерны нарушения сна: трудность засыпания с необходимостью практически постоянно пользоваться снотворными, неглубокий сон с пробуждениями ночью, неудовлетворенность ночным сном и постоянная сонливость днем, особенно к вечеру, иногда сопровождающаяся головными болями.

Объективно отмечаются отеки и пастозность лица и век, появляющиеся или усиливающиеся по утрам, реже - цианоз губ, обычно при вторичных формах венозной энцефалопатии. В неврологическом статусе - рассеянная мелкоочаговая симптоматика. Краниографические исследования при внутричерепном венозном застое у этих больных часто оказываются менее информативными, чем у лиц среднего возраста - реже выявляются усиление сосудистого рисунка с расширением вен диплоэ, костные изменения в виде «пальцевых вдавлений», возникающие как следствие внутричерепной гипертензии.

Изменения на глазном дне в виде расширения вен возникают сравнительно редко и в более поздние сроки. Расширение III желудочка, изменение формы и увеличение количества эхо-сигналов, межполушарная асимметрия при ЭхоЭГ также отмечаются реже и бывают менее выражены.

Обращала на себя внимание резистентность к традиционной сосудистой терапии у больных пожилого возраста и большее число побочных явлений в виде головных болей, головокружений.

Такого рода особенности клинического проявления внутричерепного венозного застоя и гипертензии, по нашему мнению, объясняются совокупностью ряда факторов: а) уменьшением объема мозга и соответственно увеличением внутричерепного резервного пространства с возрастом, снижением реактивности сосудодвигательных центров; в) уменьшением склонности ткани мозга к отеку в пожилом возрасте; г) весьма характерными для пожилого возраста изменениями центральной гемодинамики в виде снижения венозного давления, уменьшения общего объема крови и объема циркулирующей крови, снижения показателей сердечного выброса; д) уменьшением объемной скорости мозгового кровотока; е) выраженными сопутствующими изменениями на уровне артериального русла и микроциркуляторного звена.

Таким образом, можно выделить следующие особенности клинического течения венозной энцефалопатии в пожилом возрасте:

- ✓ увеличение числа вторичных форм венозной энцефалопатии;

- ✓ стертость клинической симптоматики, отсутствие ярко выраженного гипертензионного синдрома;
- ✓ частое протекание венозной энцефалопатии «под маской» церебрального атеросклероза, сочетания с ним и хронической цереброваскулярной недостаточности с наличием синдрома рассеянного мелкоочагового поражения мозга;
- ✓ частое преобладание в клинической картине когнитивных нарушений, вплоть до психопатологического синдрома;
- ✓ трудность диагностики венозной энцефалопатии в пожилом возрасте в связи с малой информативностью дополнительных методов исследования;
- ✓ выраженные сопутствующие изменения на уровне артериального русла и микроциркуляторного звена;
- ✓ резистентность к традиционной сосудистой терапии у больных пожилого возраста и большее число побочных явлений в виде головных болей, головокружений.

ОСОБЕННОСТИ РЕГУЛЯТОРНЫХ СИСТЕМ, КОНТРОЛИРУЮЩИХ ЛИНЕЙНЫЕ РАЗМЕРЫ МОЗЖЕЧКА, У ДЕВОЧЕК В ВОЗРАСТЕ ОТ 1 ДО 10 ЛЕТ

Байбаков С.Е., Горбов Л.В., Север И.С., Матвиенко О.Н.; Бахарева Н.С.

ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Краснодар

e-mail: hamp2@rambler.ru

Мозжечок является одной из важнейших структур головного мозга, обеспечивающей целый комплекс проявлений высшей нервной деятельности. Это не только координация тонких движений, о чем известно даже учащимся средней школы, но и участие в метаболических (Шмырев В.И., Рудас М.С., Переверзев И.В., 2009) и когнитивных процессах (Буклина С.Б., Яковлев С.Б., Бухарин Е.Ю., и др., 2009). Это не является удивительным, так как нейроны мозжечка связаны примерно с половиной всех нейронов головного мозга. В связи с этим мозжечок, его строение и развитие остаются в центре внимания исследователей до настоящего времени. Появление новых способов прижизненной визуализации и использование нестандартных методов статистической обработки результатов дает возможность вынести морфологические и морфометрические исследования на новый уровень осмысления. Это, без сомнения, может заинтересовать специалистов, занимающихся изучением функциональных особенностей мозжечка, придать новый импульс и новые акценты их исследованиям.

В данной работе сделана попытка изучить этапы постнатального развития мозжечка в первые десять лет жизни ребенка женского пола, основываясь на предположении, что изменение морфологии в целом и размеров органов,

в частности, откладывает отпечаток на его функцию, а само это изменение отражает комплекс латентных воздействий различных регуляторных механизмов.

В связи с этим изменения в строении структур мозжечка в постнатальном периоде всегда заслуживают большого внимания. Учитывая, что особенности диагностики заболеваний, их течения и лечения, разработка адекватных мер по укреплению здоровья детей требуют глубокого познания морфологических и физиологических особенностей организма на разных этапах его индивидуального развития, целью данной работы явилось описание динамики взаимосвязи линейных размеров мозжечка.

Материалы и методы. Работа проведена с использованием архива МР-томограмм головного мозга девочек без визуально выявленной патологии головного мозга в возрасте от 2 до 10 лет. Исследования проводили в 9 возрастных группах: 1 группа – 1 год ($n=8$); 2 группа – 2 года ($n=9$); 3 группа – 3 года ($n=12$); 4 группа – 4 года ($n=14$); 5 группа – 5 лет ($n=15$); 6 группа – 6 лет ($n=21$); 7 группа – 7 лет ($n=25$); 8 группа – 8 лет ($n=23$); 9 группа – 9 лет ($n=24$); 10 группа – 10 лет ($n=37$). Измеряли длину и высоту червя (ДЧ и ВЧ) мозжечка, длину правого и левого полушария (ДПП и ДЛП), высоту правого и левого полушария (ВПП и ВЛП), а также ширину мозжечка (ШМ). Применение энцефалометрических методик осуществляли в соответствии с руководством по изучению головного мозга (Курбатов В.П., 2000). Различия в системах регуляции отдельных показателей изучали в соответствии с парадигмой А.И. Генкина (2000), расценивавшего достоверное изменение коэффициентов корреляции изучаемых признаков в сравниваемых группах как отражение изменений в структуре регуляторных систем. В работе использован непараметрический коэффициент корреляции Спирмена, значение которого рассчитывали в программе Statistica 6.15 (StatSoft Inc., USA). Сравнивали одновременно коэффициенты корреляции r_1, r_2, \dots, r_m всех групп с учетом их численности n_1, n_2, \dots, n_m . В данной работе число групп (m) равно десяти. Производили расчет величины $\hat{\chi}_{\varepsilon mn}^2$, которая при нулевой гипотезе $r_1=r_2=\dots=r_{10}$ имеет распределение χ^2 со степенью свободы $df=(m-1)=9$. Расчет

производили по формуле
$$\hat{\chi}_{\varepsilon mn}^2 = \sum_{i=1}^m (n_i - 3) \times z_i^2 - \frac{\left(\sum_{i=1}^m (n_i - 3) \times z_i \right)^2}{\sum_{i=1}^m (n_i - 3)}, \quad \text{где}$$

$z_i = \frac{1}{2} \times \ln \left(\frac{1+r_i}{1-r_i} \right)$. Таким образом, для каждой возможной пары изученных

признаков было вычислено отдельное значение $\hat{\chi}_{\varepsilon mn}^2$ и, соответственно, определен уровень значимости различий всех коэффициентов корреляции этой пары. Отличия считали достоверными при уровне значимости менее пяти сотых.

Результаты. Достоверно высокое значение величины $\hat{\chi}_{\varepsilon mn}^2$, в свою очередь является свидетельством того, что в процессе онтогенеза взаимосвязь данных признаков достоверно изменяется, что может, в частности, быть маркером

гетерохронности онтогенетического развития данных морфологических признаков. В этом случае можно судить о разной скорости развития соответствующих морфологических структур в разные возрастные периоды.

На рисунке, представленном ниже, можно видеть какие корреляционные связи между морфометрическими показателями мозжечка достоверно изменяются у девочек в процессе постнатального онтогенеза.

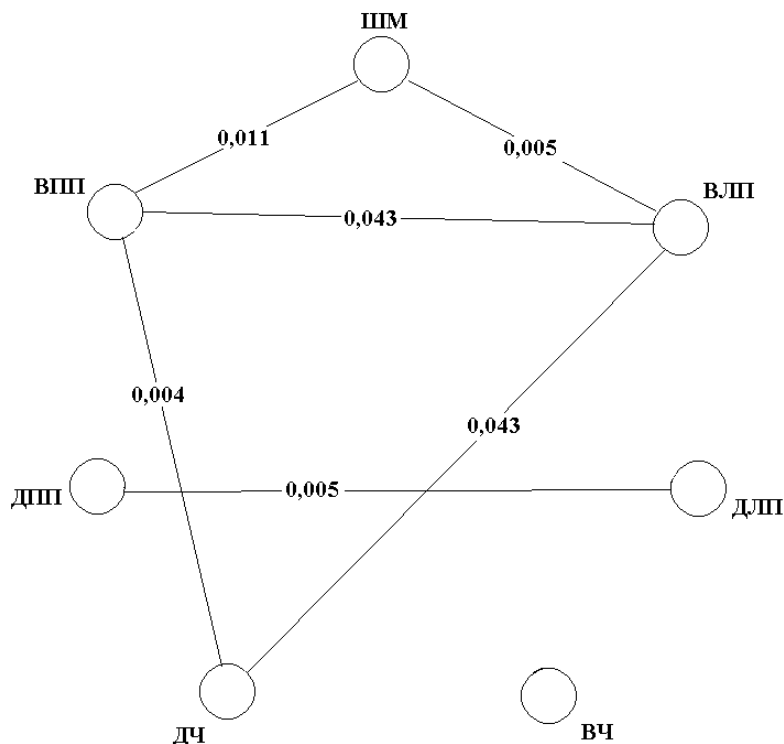


Рис. Корреляционные связи морфометрических показателей мозжечка девочек, которые достоверно изменяются в ходе постнатального онтогенеза. Числами обозначен уровень значимости изменений коэффициентов корреляции.

В ходе исследований наиболее достоверные различия в комплексе коэффициентов корреляции выявлены между ДЧ и ВПП ($p=0,004$), ДЛП и ДПП ($p=0,005$) а также ШМ и ВЛП ($p=0,005$). Вместе с тем достоверные отличия обнаружены в комплексах коэффициентов корреляции между ШМ и ВПП ($p=0,011$), ВЛП и ВПП ($p=0,043$), а также ВЛП и ДЧ ($p=0,043$). Из сказанного можно заключить, что вся совокупность морфометрических признаков разделяется на три группы. В самую большую из них входят ШМ, ДЧ и высота правого и левого полушарий мозжечка. Практически все корреляционные связи между ними изменяются в процессе постнатального онтогенеза. В другую группу показателей входят длина правого и левого полушария мозжечка, коэффициенты корреляции между которыми изменяются с высоким уровнем значимости. Вместе с тем, корреляционные связи высоты червя с другими морфометрическими показателями не меняют характера на протяжении всего анализируемого периода, являясь, тем самым, показателем с наиболее стабильной регуляцией.

Особого внимания заслуживает тот факт, что на комплексе коэффициентов корреляции между симметричными морфометрическими показателями – длиной

правого и левого полушария, а также высотой правого и левого полушария нами обнаружены достоверные различия в их величинах. Вместе с тем, не обнаружено таких различий в парах ДПП и ВПП, ДЛП и ВЛП. Это может свидетельствовать о том, что рост правого и левого полушарий мозжечка происходит некоторой степени асинхронно.

Выводы. Таким образом, полученные данные позволяют предполагать, что в процессе постнатального онтогенеза у девочек изменяются регуляторные структуры, ответственные за развитие длины червя, ширину мозжечка, а также высоты правого и левого его полушарий. Кроме того, с возрастом происходит изменение регуляторных структур, отвечающих за формирование длины правого и левого полушарий. Получены данные, позволяющие говорить об асинхронном развитии полушарий мозжечка.

Исследование выполнено в рамках НИР кафедры нормальной анатомии «Морфометрические критерии индивидуальной изменчивости головного мозга и черепа» (номер государственной регистрации 01201376870).

ВЛИЯНИЕ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ-ЗНАЧИМЫХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗВИТОСТЕЙ ПОЗВОНОЧНЫХ АРТЕРИЙ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ГОЛОВОКРУЖЕНИЙ

Бахметьев А.С.^{1,2}, Двоенко О.Г.^{1,2}, Эйстрах В.А.², Абрамова Т.П.²

1 ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава РФ, г. Саратов

2 Клиническая больница им. С.Р. Миротворцева СГМУ, г. Саратов

bakhmetev.artem@yandex.ru

Актуальность. Нарушение кровообращения в вертебро-базилярном бассейне независимо от других факторов может стать причиной головокружения. Помимо атеросклеротического поражения позвоночных артерий (ПА) не менее редко встречаются патологические извитости (ПИ) ПА, часть из которых, являясь гемодинамически-значимыми, приводят к головокружениям, как к базисному симптому вертебро-базилярной недостаточности.

Цель исследования: оценить влияние ПИ ПА на возникновение головокружений у взрослых пациентов.

Материалы и методы. В исследование включены 2150 пациентов (4300 ПА у 1455 женщин и 700 мужчин, средний возраст $50,7 \pm 12,3$ лет), проходивших плановое триплексное сканирование брахиоцефальных артерий (ТС БЦА) по стандартной методике на базе отделения ультразвуковой и функциональной диагностики Клинической больницы им. С.Р. Миротворцева СГМУ в период с июня 2012 по июль 2016 гг. Исследование проводилось на приборе экспертного класса Philips HD11 XE (производство – Голландия) линейным (3-12 МГц) и конвексным (2-5 МГц) датчиками. Транскраниальное сканирование – фазированным датчиком с частотой 2-4 МГц. Гемодинамически-значимой ПИ ПА считали при наличии в ней

турбулентного кровотока, увеличении пиковой систолической скорости (ПСК) более 150 см/сек в месте максимального перегиба артерии, а также при градиенте ПСК более 2,5 (отношение ПСК_{max} к ПСК в проксимальном отделе ПА). Все пациенты с ПИ ПА осмотрены неврологом. Из исследования исключены пациенты со стеноокклюзирующими поражениями ветвей дуги аорты (стеноз более 20% при измерении в поперечном сечении), высоким вхождением артерии в костный канал, а также с гипоплазией хотя бы одной из ПА.

Результаты. ПИ ПА были выявлены у 1477 (68,7%) пациентов (2454 ПА у 930 женщин и 547 мужчин, средний возраст – $51,3 \pm 10,5$ лет). В общей структуре преобладали (1033 пациента – 48%; 1900 артерий) гемодинамически-незначимые ПИ ПА С-образной формы на уровне V2 сегмента, связанные с экстравазальным влиянием на ПА в костном канале. С-образная извитость в V1 сегменте – у 227 (10,5%; 311 артерий – во всех случаях ПИ ПА гемодинамически-незначимы) пациентов. S-образная ПИ ПА под тупым или прямым углами – в 90 (4,2%) случаях (92 артерии) на уровне V2 сегмента и в 57 случаях (2,65% - 81 артерия) на уровне V1 сегмента. Кинкинг-извитость (S-образная извитость под острым углом) – у 19 (0,9%) пациентов (19 артерий) на уровне V2 сегмента и у 14 (0,65%) пациентов (14 артерий) на уровне V1 сегмента. Петлеобразная извитость V1 сегмента встретила в 6 (0,3%) случаях (6 артерий). ПИ ПА на уровне V3 сегмента диагностирована в 31 (1,5%) случае (31 артерия).

Суммарно гемодинамически-значимые ПИ ПА были выявлены в 82 (3,8%) случаях. У 31 (1,5%) пациента значимые извитости обнаружены в случаях с изменением анатомической конфигурации на уровне V3 сегмента (средний градиент ПСК $2,89 \pm 1,11$; средняя ПСК_{max} – $166,3 \pm 9,75$ см/сек). У 6 (0,3%) пациентов с петлеобразованием ПА была выявлена гемодинамическая значимость со средним градиентом ПСК $2,93 \pm 1,17$ и средней ПСК_{max} – $174,3 \pm 10,5$ см/сек. На долю кинкинг-извитости ПА в V2 сегменте – 11 (0,5%) случаев (средний градиент ПСК $2,64 \pm 1,92$; средняя ПСК_{max} – $159,9 \pm 12,66$ см/сек) и на уровне V1 сегмента – 7 (0,3%) пациентов (средний градиент ПСК $2,76 \pm 1,12$; средняя ПСК_{max} – $165,45 \pm 10,67$ см/сек). В 27 (1,2%) случаях гемодинамически-значимая ПИ возникла в результате S-образной извитости V1 сегмента ПА под прямым углом (средний градиент ПСК $2,57 \pm 1,08$; средняя ПСК_{max} – $154,1 \pm 6,15$ см/сек). В случаях с S-образной ПИ ПА под тупыми углами значимых с позиции гемодинамики извитостей выявлено не было. Все пациенты с гемодинамически-значимыми ПИ ПА жаловались на умеренно-выраженные головокружения. Корреляции значимых ПИ ПА с полом и возрастом не выявлено.

Выводы. Общее количество ПИ ПА в общей популяции среди взрослых пациентов встречается более чем в 68% случаев. На долю гемодинамически-значимых ПИ ПА приходится лишь 3,8%. Выраженное изменение ПСК наблюдается при изменении анатомической конфигурации на уровне V3 сегмента, а также при наличии S-образной извитости V1-V2 сегментов ПА. У всех пациентов с гемодинамически-значимыми ПИ ПА присутствуют жалобы на умеренно-выраженные головокружения.

ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИНСУЛЬТОМ В УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННОЙ НОРМАТИВНОЙ БАЗЫ

Бельская Г.Н.

Кафедра неврологии ИДПО ГБОУ ВПО ЮУГМУ, г. Челябинск, Россия

В настоящее время ни у кого не вызывает сомнений необходимость усовершенствования системы помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения. Это продиктовано высокой частотой и тяжестью течения заболевания. Общеизвестны эпидемиологические показатели, характеризующие данную патологию: ежегодно возникает 400 000 – 450 000 новых случаев инсульта, из них повторные составляют 26 – 32%. Высока летальность (в остром периоде умирает 35% больных, к концу первого года после перенесенного инсульта – 47 – 50%) и инвалидизация, занимающая 1 место среди причин инвалидности (к труду возвращается 12 – 20% больных).

Все перечисленное обусловило необходимость принятия и последовательной реализации ряда программ в России на протяжении последних лет. Они включают программу модернизации здравоохранения, организацию сосудистых центров, разработку порядков, стандартов оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций, проведение 2015 - 2016 – г.г. под девизом борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями, в соответствии с майскими указами президента. Правительством был намечен план основных мероприятий по проведению года борьбы с сердечно-сосудистой патологией, включающий три блока, охватывающие основные направления реализации программы: информирование населения по вопросам формирования здорового образа жизни и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (диспансеризация, профосмотры, эффективное лечение); повышение эффективности организации и оказания медицинской помощи больным с данной патологией (скорая медицинская помощь, телемедицина, мониторинг работы сосудистых отделений, внедрение высокотехнологичной медицинской помощи); образовательный сегмент в системе организации и оказания медицинской помощи больным (средства массовой информации, школы, др.).

Выполнение данных сложных, но необходимых программ проводится в условиях быстро изменяющейся в соответствии с необходимостью реформирования здравоохранения нормативной базы. К основным базовым документам относится, прежде всего, Федеральный закон РФ от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ", регламентирующий выполнение Порядков и стандартов оказания медицинской помощи, а также письма Минздрава РФ (от 8 июля 2013г. №21-6/10/2-4878 и от 30 апреля 2013г. №13-2/10/2-3113 «О применении стандартов и порядков оказания медицинской помощи»), разъясняющие их применение.

С 2015 г. проводится интенсивная работа по разработке клинических рекомендаций, как федерального, так и регионального уровня, для оптимизации работы медицинских организаций с учетом отраслевых и региональных

особенностей, что также регламентировано письмом МЗ РФ от 10 ноября 2015 г. N 17-6/10/1-4978.

Внедрение новых лечебно-диагностических методов упростилось, благодаря возможности своевременного их включения в разрабатываемые документы, в частности, в клинические рекомендации. Основанием для введения в них современных препаратов является проведение клинических исследований, отвечающих международным требованиям. Таким критериям соответствует двойное слепое плацебо-контролируемое рандомизированное мультицентровое клиническое исследование оценки эффективности и безопасности отечественного препарата целлекс при инсульте.

В результате проведенного исследования было убедительно показано, что в группе больных, получавших Целлекс, отмечались достоверно ($p < 0,05$) лучшие исходы с регрессом двигательных, зрительных, речевых и когнитивных расстройств, по сравнению больными, получавшими общепринятую базисную терапию в сочетании с плацебо. Более значимые результаты терапии достигнуты у пациентов со среднетяжелым и тяжелым течением заболевания, особенно при раннем назначении препарата. На основании полученных данных Целлекс рекомендован к применению при ОНМК. Проведенное исследование, наряду с другими имеющимися критериями, позволили включить целлекс в региональные клинические рекомендации ведения больных острыми нарушениями мозгового кровообращения в Челябинской области.

Таким образом, знание современной нормативной базы, регламентирующей медицинскую деятельность, позволяет своевременно оптимизировать подходы к диагностике и лечению больных, повышая уровень оказания медицинской помощи и ее доступность.

К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ И ВЕДЕНИИ РЕЗИСТЕНТНЫХ К СТАНДАРТНОЙ ТЕРАПИИ КОМПРЕССИОННЫХ НЕВРОПАТИЙ.

Васильев А.С.¹, Баркова А.М.², Шмырев В.И.^{1,2}, Кожокару А.Б.^{1,2}

¹ - ФГБУ ДПО «ЦГМА» УД Президента РФ

² - ФГБУ «ЦКБ с поликлиникой» УД Президента РФ

В клинической практике нередко встречаются ситуации, когда общепринятая фармакологическая терапия периферических невропатий (G56 или G57), проводимая в соответствии со Стандартом специализированной медицинской помощи при мононевропатиях конечностей (Приказ МЗ РФ №1744н от 29.12.2012г.) оказывается недостаточно или полностью эффективной. Эта проблема существенно снижает качество жизни пациента, а в ряде случаев способна приводить к его инвалидизации или потере профессии.

Ретроспективный анализ подобных случаев в большинстве случаев показывает, что при ведении таких пациентов в индивидуальную схему обследования и лечения

не включалась консультация мануального терапевта. При этом указанный стандарт предусматривает первичный и вторичный прием (осмотр, консультацию) врача мануальной терапии с усредненным показателем частоты предоставления 0,5 и 0,1х4, соответственно.

По нашим данным при мануальной (остеопатической) диагностике у таких пациентов в подавляющем большинстве случаев (82-96% в зависимости от локализации) выявляются множественные старые (давностью год и более) биомеханические изменения различного генеза, декомпенсированные недавним травматическим воздействием и приводящие к остро манифестирующей эшелонированной мультифокальной компрессионной невропатии. В подобных случаях эффективная дифференциальная диагностика истинной острой моновневропатии и острой травматической декомпенсации старых компрессионно-невральных изменений без наличия навыков мануальной диагностики затруднительна, что может существенно затруднять подбор адекватной терапии, т.к. патогенез этих состояний имеет ряд существенных различий, требующих дополнительных усилий при лечении пациентов второй группы. В большинстве случаев это более жесткие и множественные биомеханические блоки тканей, «преморбидное» истощение компенсаторных резервов, наличие значительного количества других изменений, оказывающих негативное влияние на основную патологию, и ряд других. Некоторые из этих изменений значительно чаще встречаются в определенных социальных группах, например, дисфункция малоберцовой кости по типу смещения книзу, сопровождающаяся невропатией малоберцового нерва, чаще наблюдается у женщин молодого возраста. У большинства пациенток это обусловлено ношением неудачно подобранной (нестабильной) обуви на высоком каблуке.

Также необходимо учитывать особенности фоновой патологии. Наличие сахарного диабета или гипотиреоза (в том числе и субклинических форм) оказывает существенное негативное влияние на подобную патологию и требует обязательной консультации эндокринолога. При этом наличие сахарного диабета особенно негативно сказывается на эффективности фармакотерапии вследствие снижения биодоступности применяемых препаратов для тканей.

В обследованной нами группе из 48 пациентов с ранее проводившейся на протяжении 3 и более недель неэффективной (недостаточно эффективной) фармакотерапией мануальная коррекция привела к полному клиническому излечению 34 (70,8%) пациентов, у 13 (27,1%) существенное улучшение с умеренными или незначительными резидуальными явлениями, у 1 (2,1%). При этом в группе пациентов с неполным излечением были лишь 2 не имели установленной фоновой патологии. У остальных 11 имели место сахарный диабет, гипотиреоз, хронические интоксикации органическими растворителями, неоднократный контакт с гептилом и хроническая лучевая болезнь. У 1 пациентки с отсутствием ответа на мануальную терапию (малоберцовая невропатия) имелся семейный анамнез по наследственной невропатии с предрасположенностью к параличам от сдавления, однако у самой пациентки такой диагноз не был установлен. От генетического консультирования и дальнейшего обследования пациентка отказалась.

Для иллюстрации эффективности мануальной коррекции предлагаем рассмотреть следующий клинический пример:

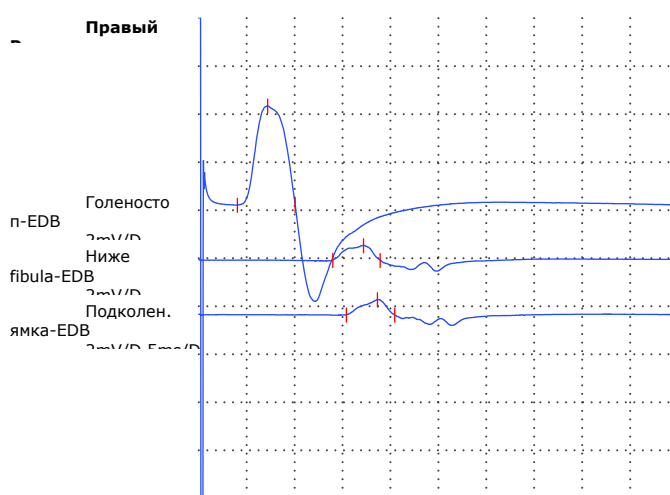
Пациент М, 46 лет, на момент первичного обследования давность заболевания 22 дня. В анамнезе: в молодости большой объем строевой подготовки, переохлаждения. Перед развитием клинической картины осуществлял перестановку мебели, толкнул боковой поверхностью фиксированной правой ноги тяжелую тумбу, после чего сразу почувствовал парестезии в ноге и затруднения в движении стопы на себя. В течение нескольких часов развилась полная плегия мышц, иннервируемых малоберцовым нервом. Фармтерапия и физиотерапия в амбулаторных условиях с незначительным эффектом (появление движений в стопе не более 1 балла). Пациент самостоятельно обратился для дообследования и лечения в ЦКБ с поликлиникой.

На момент осмотра выраженный степпаж справа, анестезия в области иннервации малоберцового нерва. Денервационных изменений визуально и пальпаторно не выявляется. По данным стимуляционной ЭНМГ правого малоберцового нерва (таблица 1, диаграмма 1) выявлен блок проведения нервного импульса при стимуляции за головкой малоберцовой кости (декремент амплитуды М-ответа – 85%).

Таблица 1. Данные электронейромиографии правого малоберцового нерва при первичном обследовании.

Правый Peroneus Motor	Lat	Amp	CV	Decr Amp	Decr S
	ms	mV	m/s	%	%
Голеностоп - EDB	4.04	4.1			
Ниже fibula-Голеностоп	14.0	0.61	40.0	-85.1	-86.8
Подколен. ямка-Ниже fibula	15.4	0.61	53.6	0	-8.1

Диаграмма 1. Данные электронейромиографии правого малоберцового нерва при первичном обследовании.



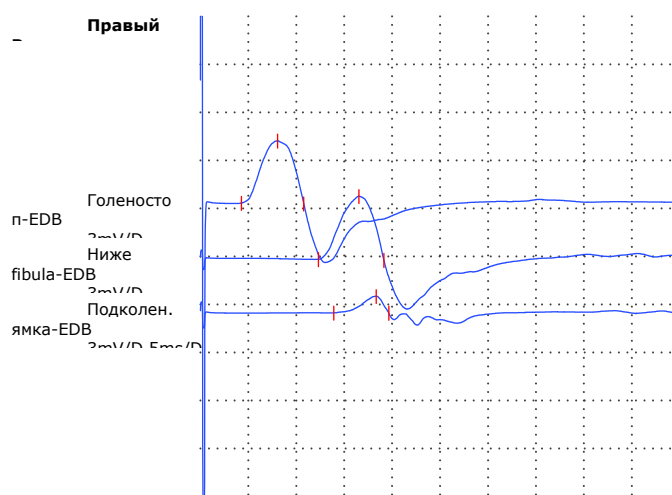
С учетом полученных данных пациент был направлен на мануальную диагностику. При осмотре выявлено наличие дисфункции малоберцовой кости по типу смещения книзу, сопровождающейся компрессией малоберцового нерва в области ее проксимальной головки, и множественные старые миофасциальные изменения на голени и бедре, формирующие эшелонированный компрессионно-невральный синдром седалищного, большеберцового (в

субкомпенсации) и малоберцового (в декомпенсации) нервов. Проведено 5 процедур мануальной терапии, скорректирована дисфункция малоберцовой кости, произведен неоперационный невролиз малоберцового нерва. После первой процедуры отмечается существенное улучшение – сила возросла до 2 баллов, после 5-й – до 4 баллов, пациент может ходить до 500 метров без степпажа. После первичной коррекции произведена повторная ЭНМГ (таблица 2, диаграмма 2).

Таблица 2. Данные электронейромиографии правого малоберцового нерва при повторном обследовании.

Правый Peroneus Motor	Lat	Amp	CV	Decr Amp	Decr S
	ms	mV	m/s	%	%
Голеностоп - EDB	4.27	3.9			
Ниже fibula-Голеностоп	12.3	3.9	45.5	0	4.1
Подколен. ямка-Ниже fibula	13.9	1.04	59.4	-73.3	-82.9

Диаграмма 2. Данные электронейромиографии правого малоберцового нерва при повторном обследовании.



По данным стимуляционной ЭНМГ правого малоберцового нерва выявлен блок проведения нервного импульса при стимуляции в подколенной ямке (декремент амплитуды М-ответа – 73%). ЭНМГ-признаки фибулярного туннельного синдрома справа. При сравнении с ЭНМГ от 05.09.16 – отмечена отчетливая положительная динамика в виде исчезновения блока проведения при стимуляции за головкой малоберцовой кости.

После дообследования пациенту дополнительно проведены 2 процедуры мануальной коррекции, сила в стопе возросла до 5 баллов, пациент может стоять на пятках, проходит до 5 км без признаков появления степпажа.

Таким образом, необходимо обеспечить более полный охват мануальной диагностикой пациентов с компрессионными невропатиями, для чего внести в Стандарт изменения – увеличить усредненный показатель частоты предоставления первичного осмотра мануальным терапевтом до 1,0, т.к. другие специалисты не обладают специальными навыками для полноценного выявления и своевременной коррекции клинически значимых биомеханических изменений. Также, в связи с появлением новой специальности «остеопатия» нужно скорректировать

наименование соответствующих первичных и повторных медицинских услуг: «Прием (осмотр, консультация) врача мануальной терапии (osteopata).

О ЗНАЧЕНИИ ТОРАКАЛГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ И БЕЗБОЛЕВЫХ ТОРАКАЛЬНЫХ БИОМЕХАНИЧЕСКИХ ДИСФУНКЦИЙ

Васильев А.С.¹, Васильева В.В., Шмырев В.И.^{1,2}, Бабенков Н.В.¹, Резков Г.И.¹, Васильева Г.А.², Лаукарт Е.Б.², Михайлова Н.В.¹, Ермакова Е.В.², Заец Т.Я.²

¹ - ФГБУ ДПО «ЦГМА» УД Президента РФ

² - ФГБУ «ЦКБ с поликлиникой» УД Президента РФ

Патогенетически обоснованное лечение является важнейшим элементом ведения пациента. При этом отсутствие или недостаточное внимание к одному из компонентов патогенеза ведет к необоснованному снижению эффективности лечения и ухудшению прогноза, поэтому необходимо учитывать не только прямые воздействия, но и опосредованное влияние через различные функциональные системы организма. В частности, недоучет биомеханических проблем может оказывать серьезное негативное влияние, которое не может быть адекватно скорректировано с применением общепринятой фармакотерапии.

В целом клиническое значение торакалгических синдромов (ТС) и безболевыми торакальными биомеханическими дисфункциями (БТД) весьма велико. Они способны оказывать влияние на течение сердечнососудистой, легочной, гастроинтестинальной и другой патологии. Например, при локализации в верхних отделах грудной клетки ТС и БТД способствуют ухудшению артериального церебрального кровообращения и ограничению венозного оттока от головы в целом и полости черепа в частности. При этом инструментальная диагностика может быть затруднена, т.к., в отличие от атеросклеротического поражения сосудов, их извитости или аномалий развития (при которых локализация и характер поражения хорошо определяются по данным ЦДС или МСКТ-ангиографии), при биомеханических нарушениях патология носит функциональный характер и может проявляться лишь при определенной нагрузке, в определенной позе и т.д. К тому же ТС и БТД часто имеют мультифокальную локализацию, а наличие отраженных феноменов триггерных точек (ТТ) существенно затрудняет диагностический поиск для врача, не имеющего специальной мануальной или остеопатической подготовки.

При этом диагностический поиск нередко ограничивается несовершенством МКБ-10. Например, изменения церебральной гемодинамики при синдроме функционального блока верхней апертуры грудной клетки обычно обусловлены в первую очередь ограничением (часто эшелонированным) магистрального венозного кровотока, что обусловлено большей, по сравнению с артериями, степенью компрессионной деформации вен при внешнем механическом воздействии. В то же время в МКБ-10 имеется лишь код I67.8, которым обычно обозначают дисциркуляторную энцефалопатию. Однако, этот код подразумевает наличие хронической ишемии мозга (что характерно для артериальной патологии),

а блок венозного оттока ведет к тканевой гипоксии на фоне венозного полнокровия, т.е. другим патологическим изменениям в тканях, требующим адекватного лечения. При этом данная патология может быть элементом патогенеза артериальной гипертензии (АГ), т.к. в условиях роста импеданса сосудистого русла гипоксия голубого пятна приводит, в числе прочего к активизации сосудодвигательного центра и увеличению системного перфузионного давления, т.е. росту АД. Влияние же соматовисцеральных рефлексов при ТС и БТД способно отягощать течение ишемической болезни сердца (ИБС). При отсутствии же клинически значимой ИБС даже локализованная в грудинной мышце, фиброзной капсуле, на лучистых связках и надкостнице грудины ТТ способна весьма клинически убедительно имитировать стенокардию. Еще один нередко применяемый код МКБ - М53.0 подразумевает наличие у пациента заднешейного симпатического синдрома, т.е. фактически лишь компрессионно-невральной патологии, что также не отражает широты патогенеза проблемы.

При любой бронхолегочной патологии ТС и БТД способствуют формированию, сохранению и нарастанию ограничения респираторной функции грудной клетки, ухудшения бронхиальной проходимости, хронического переутомления дыхательной мускулатуры, нарушению работы кашлевого механизма очищения бронхов (всех трех фаз) и увеличению, вследствие этого, энергетической стоимости дыхания, что в итоге быстро приводит к декомпенсации имеющегося заболевания и затрудняет лечение его обострений, а также является фактором риска для развития застойной пневмонии у пожилых и гипомобильных пациентов. Последнее обусловлено негативным влиянием на ряд нереспираторных функций легких. Так, снижение вентиляции в ацинусе (и сегменте в целом) ведет к автоматическому снижению кровотока через него, что сопровождается неизбежным снижением местного иммунитета. Параллельно повышается вероятность развития рестриктивных изменений на тканевом уровне. При этом частота ТС при различных бронхолегочных заболеваниях различна. Например, по данным ВАШ ТС достоверно ($p < 0,01$) чаще отмечается у пациентов с сочетанной патологией (ХОБ+БА - хронический обструктивный бронхит плюс бронхиальная астма), по сравнению с пациентами, страдающими только ХОБ).

Для кормящих матерей большую опасность представляет ТТ в большой грудной мышце (особенно в ее дистальной части и зоне мышечно-сухожильного перехода. Эта ТТ часто активируется или формируется уже в первые дни после начала грудного вскармливания, что обусловлено электролитными изменениями и послеродовой биомеханической декомпенсацией. При наличии этой ТТ снижается рефлекс на сосание и нарушается молокоотделение, что приводит к застою молока, а характерные для ТТ отраженные вегетативные феномены способствуют нарушению трофики соска, развитию на нем трещин. В итоге существенно повышается риск развития мастита. По нашему многолетнему опыту своевременная мягкотканая мануальная (остеопатическая) коррекция подобных биомеханических изменений высокоэффективна даже на стадии серозного мастита и должна в обязательном порядке проводиться в максимально ранние сроки для профилактики развития гнойного процесса. Еще одним сложным моментом являются ТС и БД,

формирующиеся в период беременности и родов вследствие обусловленного беременностью изменения осанки, формированием новых моторных паттернов, связанных с уходом за ребенком и т.д. В большинстве случаев на раннем этапе возникновения этих изменений внимание пациентки и врачей отвлечено на вопросы акушерско-гинекологического профиля, а также имеются противопоказания к проведению адекватной терапии. В дальнейшем нескорректированные биомеханические дисфункции фиксируются и требуют специальных навыков для диагностики и коррекции.

У пациентов гастроэнтерологического профиля наличие ТС и БД оказывает негативное влияние на моторику ЖКТ вследствие влияния отраженных феноменов (вторичных дискинезий) и блокирования диафрагмы (часто сопровождающегося спазмом или перерастяжением кардии). У пожилых данные изменения также могут способствовать формированию запоров.

Таким образом, ТС и БТД оказывают крайне негативное влияние на качество жизни и реабилитационный прогноз вследствие возникновения различных вторичных болевых синдромов, эпизодов головокружения, ограничения объема движений, развития и нарастания респираторного дискомфорта, диссомний, снижения работоспособности, формирования когнитивно-мнестических нарушений. В ряде случаев (в частности, при декомпенсированной легочной патологии) их влияние может представлять угрозу для жизни больного. Как при ТС, так и при БТД, ведение пациента должно быть комплексным, междисциплинарным, адекватным генезу выявленных источников боли, характеру биомеханических изменений и стадии основного заболевания. Профилактические мероприятия должны быть направлены на раннее выявление и компенсацию или коррекцию факторов риска. Обязательным элементом комплексного ведения пациентов с подобной клинической симптоматикой должна быть консультация мануального терапевта или остеопата с последующей коррекцией выявленных ТС и БТД

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ У РАБОТНИКОВ ПРОМЫШЛЕННОГО ПРЕДПРИЯТИЯ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА.

Васильева С.С., Мыкольников Е.С., Черенков А.А.

Центр профилактики и медицины труда АО ИЭМЗ «Купол», г. Ижевск

Болевой синдром характерен для многих терапевтических, хирургических, неврологических заболеваний.

В последние годы наметилась тенденция к очень широкому, а зачастую и бесконтрольному назначению препаратов группы неспецифических противовоспалительных средств (НПВС). Следует отметить, что во все стандарты лечения болевых синдромов в условиях дневного стационара входят препараты этой группы. Между тем их бесконтрольное применение чревато серьезными

осложнениями даже в плане прогноза *advitam*. В этой связи поиск альтернативных методик или модификация уже имеющихся способов лечения болевого синдрома представляется оправданным.

Нами был проведен анализ историй болезни неврологического отделения дневного стационара за 2013-2015 г.г. Число пролеченных больных составило – 1776 человек. Из них 1272 (72%) пациенты с болевыми синдромами различного генеза:

- ✓ суставной - при поражении реберно-суставных, сакро-илеальных фасеточных, грудинно-реберных сочленений;
- ✓ компрессионный - обусловленный сдавлением в туннеле;
- ✓ мышечно-тонический и миофасциальный.

Как правило, у одного пациента наблюдалось несколько причин, формирующих болевой синдром. При проведении лечения учитывалась продолжительность болевого синдрома, эмоциональные нарушения, преморбидный фон.

При лечении болевого синдрома одной из наших задач было максимально возможное сокращение времени использования НПВС. В качестве модификации имеющихся методик, предусматривающих внутримышечное или внутривенное введение НПВС, нами были использованы лечебно-мышечные блокады (ЛМБ).

ЛМБ выполнялись по традиционным методикам в миофасциальные триггеры, в точки проекции грушевидной мышцы, в точку проекции нижней косой мышцы головы, передней лестничной мышцы, в межкостистые промежутки *et cet.* Безусловно, как любая интервенционная методика, ЛМБ может иметь осложнения, связанные как с самой техникой исполнения, так и с действием местных анестетиков. В связи с этим, учитывая амбулаторные условия проведения ЛМБ, нами выбирались наиболее безопасные и технически не сложные процедуры.

По нашему опыту включение в состав местного анестетика (0,25-0,5% р-р прокаина) для ЛМБ нестероидного противовоспалительного препарата (оригинальный препарат мелоксикам (мовалис) в дозировке 15 мг или лорноксикам (ксефокам) 8 мг) значительно повысило эффективность снятия болевого синдрома, чем их введение по традиционной схеме. В то же время удалось снизить как количество местного анестетика, так и сократить количество процедур ЛМБ. Все вместе это позволило сократить общий курс лечения НПВС на 3-5 дней.

При применении комбинированной ЛМБ наибольший эффект наблюдался нами при лечении острых болевых синдромов, хотя и при лечении хронических в сочетании с традиционными препаратами (антидепрессанты, миорелаксанты центрального действия), также удалось сократить время нетрудоспособности на 7-10 дней.

Таким образом, применение комбинированной ЛМБ показало обнадеживающие результаты и может послужить значимым дополнением к уже имеющимся методикам.

ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ КАК ПРЕДИКТОР ПРОГНОЗА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ.

Гайса Н.Н., Казанцева И.В.

ФГБУ «Клиническая больница №1» УД Президента РФ, Москва, Россия

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) — доминирующая хроническая патология в большинстве стран мира, являющаяся основной причиной смерти и инвалидности населения (World Health Organization, 2002). Целостность и физиологическая функция эндотелия сосудов являются основой здоровья сердечно-сосудистой системы. Именно эндотелиальная функция находится под влиянием сосудистых факторов риска. Дисфункция эндотелия (ДЭ) сосудов является ранним патофизиологическим признаком и независимым предиктором неблагоприятного прогноза при большинстве форм ССЗ (Perez-Vizcaino F. et al., 2006).

ДЭ является предстадией морфологических изменений при АС (Deanfield J.E. et al., 2007). Она отмечается у пациентов с традиционными факторами риска АС, включающими гиперхолестеринемию, курение, сахарный диабет (СД) и артериальную гипертензию (АГ) до того, как они клинически проявятся (Creager M.A. et al., 1990; Williams S.B. et al., 1996). ДЭ широко распространена и развивается по мере старения даже при отсутствии сосудистых заболеваний (Heffernan K.S. et al., 2008; Yavuz B.B. et al., 2008). ДЭ участвует в патогенезе многих заболеваний, таких как АГ, инсульт, эректильная дисфункция и почечная недостаточность (Brunner H. et al., 2005).

Нарушение функции эндотелия является прогностическим фактором ССЗ, а фармакологическая коррекция персистирующей ДЭ может снизить риск АС (Brunner H. et al., 2005). Вмешательства, благоприятно влияющие на эндотелиальную функцию, улучшают клинические исходы (Suessenbacher A. et al., 2006).

По мере развития ДЭ происходят изменения, характеризующиеся повышением сосудистого тонуса, протромботическим состоянием, воспалительной активацией лейкоцитов, а затем проникновением их в сосудистую стенку; гладкомышечные клетки мигрируют и пролиферируют, увеличивается сосудистая проницаемость (Loscalzo J., 2004).

Существует три основных группы методов исследования эндотелия: инвазивные (ангиография с внутриартериальным введением ацетилхолина), неинвазивные (ультразвуковая визуализация участка артерии на плече до и после пережатия) и оценка биохимических маркеров. В последнее время активно развиваются неинвазивные методы: они безопасны для здоровья пациента, точны и дешевы в применении.

В Клинической больнице №1 УД Президента РФ для определения ДЭ используется диагностический комплекс АнгиоСкан — российская разработка под научным руководством доктора медицинских наук профессора Парфенова А. С. В основе работы «Ангиоскан-01» заложена регистрация пульсовой волны объема с помощью оптического датчика, установленного на концевой фаланге пальца руки.

Первичный сигнал, который используется для дальнейшего анализа и обработки представляет собой фотоплетизмограмму. Фотоплетизмограмма (ФПГ) – неинвазивный сигнал, определяемый пульсовыми изменениями объема крови в тканях. Для оценки функции эндотелия используются два оптических датчика, установленные на концевую фалангу указательных пальцев обеих рук. Проводится окклюзионная проба, для чего на плечо правой руки устанавливается манжета тонометра и в ней создается давление превышающее величину систолического давления на 50 мм.рт.ст. Окклюзия плечевой артерии продолжается в течение 5 минут, после чего давление в манжете стравливается. Сигнал в течение трех минут продолжает регистрироваться. Далее идёт анализ полученных результатов.

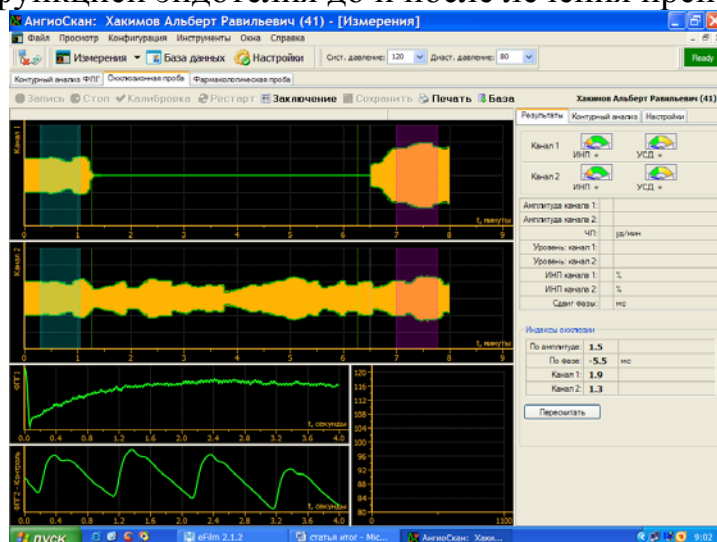
В настоящее время установлено, что нарушение функции эндотелия происходит генерализованно во всех артериях, и нет необходимости у больных ИБС проводить тест в коронарных артериях, а у больных периферическим атеросклерозом в артериях нижних конечностей, так как любой участок артериального русла репрезентативен в плане оценки эндотелия.

Данные оценки эндотелиальной функции артерий предплечья являются маркером долгосрочного прогноза ССЗ у пациентов с АГ (Perticone F. et al., 2001). Пациенты с нарушенной эндотелиальной функцией, по данным ряда исследований, имеют высокий риск развития ССЗ, в связи с чем можно предположить, что ДЭ является предиктором необходимости более агрессивной или комбинированной медикаментозной терапии для снижения риска развития ССЗ (Heitzer T. et al., 2001; Perticone F. et al., 2001). Наблюдение за эндотелиальной функцией в динамике в ответ на различные формы лечения может помочь титровать препараты и принимать решение о необходимости дополнительной терапии (Kuvin J.T., Karas R.H., 2003).

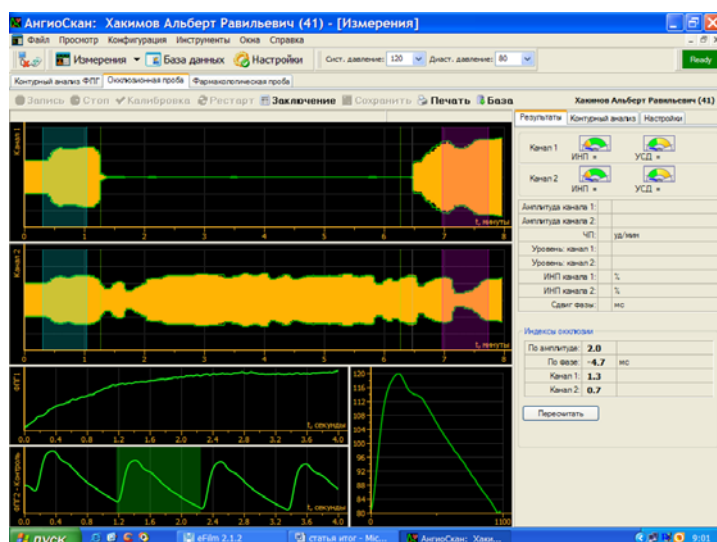
Для лечения и реабилитации пациентов с ССЗ, в клинике проводится исследование ДЭ до и после применения ангиопротективного препарата (препарат, содержащий ДНК молока лососевых в комплексе с L-аргинином и витаминами группы В (В1, В6, В12, никотиновая и фолиевая к-ты, рутин, вит. С) в форме капсул для приема внутрь). Данный препарат назначается пациентам с выявленной ДЭ на приборе «Ангиоскан01» в течение 1 мес., после чего повторно происходит анализ окклюзионной пробы. В наблюдениях участвовали 15 пациентов, средний возраст которых составлял 56+4,5 лет. Все пациенты предъявляли жалобы на головокружение, головные боли, шум в голове, нарушение памяти, снижение работоспособности. При исследовании на МРТ головного мозга не выявлено очаговой патологии, при дуплексном исследовании брахио-цефальных артерий не выявлены гемодинамически значимые сужения кровеносных сосудов. При проведении исследования на окклюзионную пробу у всех пациентов выявлялась дисфункция эндотелия. После двухнедельного курса лечения можно выделить две основные группы пациентов: 1. Тех, у кого отмечался выраженный положительный эффект ЛонгаДНК на функциональное состояние эндотелия, выразившийся в нормализации индекса окклюзии. 2. Тех, у кого не только отсутствовала положительная динамика. Исследование продолжается. Проводится дальнейший анализ историй болезни пациентов на предмет выявления

дополнительных факторов воздействия, совместного приема ЛонгаДНК и ИАПФ на функцию эндотелия.

Клинический пример: Пример протокола теста пациента, 41 лет, с начальными проявлениями недостаточности мозгового кровообращения и выявленной дисфункцией эндотелия до и после лечения препаратом.



В этом случае, после проведенной окклюзионной пробы индекс окклюзии по амплитуде составил 1,5 ($N > 2,0$), что свидетельствует о наличии выраженной дисфункции эндотелия.



В этом случае, после проведенной окклюзионной пробы индекс окклюзии по амплитуде составил 2,0 ($N > 2,0$), что свидетельствует о стабилизации функции эндотелия после лечения ангиопротективным препаратом.

При исследовании выявлено, что краткосрочное (от 2-х недель) применение L-аргинина ассоциируется с достоверным увеличением ПВ плечевой артерии, которое указывает на улучшение эндотелиальной функции.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ МИГРЕНИ У МУЖЧИН МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

Далелова И.Л. *, Хохлова Т.Ю. *, Шишкина М.В. **, Бабенков Н.В. **, Ионова Т.С. **, Хвостова Е.Ю.***

**Кафедра нервных болезней стоматологического факультета ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И.Евдокимова Минздрава России,*

***кафедра неврологии УНЦ МЦ Управления делами Президента РФ,*

****отделение восстановительной медицины Стоматологического комплекса ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И.Евдокимова Минздрава России*

E-mail: chochl@yandex.ru

Целью проведенного исследования являлась оценка особенностей клинического течения мигрени у мужчин молодого и среднего возраста.

Материалы и методы. Обследовано 9 пациентов с мигренью в возрасте от 25 до 58 лет – средний возраст группы $42,3 \pm 14,2$ г.

При постановке диагноза использовались: Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-й пересмотр (G43.0 по МКБ – 10, Женева: ВОЗ, 1995) и Международная классификация головных болей Международного общества головной боли (МКГБ МОГБ 2003 и 2013). Согласно вышепредставленным классификациям мигрень относится к первичной форме головной боли (ГБ).

Полученные результаты и их обсуждение. По возрасту обследованные пациенты распределились следующим образом: до 25 лет – 1 человек, 25 – 29 лет – 2 человека, 30 - 39 лет – 1 человек, 40 - 49 лет – 1 человек, 50 – 59 лет - 4 человека.

По национальному составу в группе было 5 кабардинцев (55,6%), трое русских и один аварец.

Возраст начала заболевания отмечался пациентами в широком возрастном диапазоне – от раннего «с детства» до позднего 39 лет и в среднем по группе составил $21,8 \pm 10,6$ г. До 15 лет ГБ появились у 2 пациентов, с 15 до 20 лет – у 3 человек, с 20 до 25 лет – у 1 человека, с 25 до 30 лет – у 1 человека и с 35 до 40 лет – у 2 человек. Периоды возникновения ГБ совпадают с периодами физиологической перестройки организма и изменением гормонального профиля.

Длительность заболевания колебалась от 5 до 37 лет и в среднем по группе составила $20,7 \pm 10,3$ г. Причину развития заболевания (по мнению больного) ни один из обследованных четко не указал. В одном случае отмечался наследственный фактор по отцовской линии (отец, его мать и бабушка).

Среди обследованных пациентов преобладала мигрень без ауры – 7 человек (77,8%). У двоих больных была диагностирована мигрень с аурой по типу гемипареза (в том числе у пациента с наследственным анамнезом).

Левосторонняя локализация ГБ отмечалась у 3 пациентов, правосторонняя – у 6 (66,6%).

Длительность приступов ГБ колебалась от 4 - 6 часов до 2 - х суток, частота приступов колебалась в широких пределах от 2 – х в неделю до 5 приступов за 17 лет, в среднем 1 - 2 раз в месяц. У всех обследованных пациентов диагноз мигрени был выставлен практически сразу после возникновения болевых приступов неврологом, четверо из них использовали для купирования приступов триптаны (имигран, зомиг), двое пациентов принимали НПВС, у остальных троих мужчин приступы купировались клоназепамом, спазмолитиками (но-шпа) и сном.

Все обследованные пациенты имеют высшее и среднее образование, работают, один больной находится на 3 группе инвалидности по общему заболеванию.

Жалобы обследованных больных с мигренью отражены в Таблице 1. В целом можно сказать, что описываемые пациентами приступы ГБ имели достаточно типичный характер и соответствовали диагностическим критериям МОГБ (2003, 2013), что подтверждало выставленный диагноз.

Таблица 1.

Жалобы больных с мигренью, n = 9

№ №	Жалобы	Количество больных, n = 9	%%
1.	Локализация ГБ		
	правосторонняя	6	66,6
	левосторонняя	3	-
	висок	7	77,8
	теменная область	5	55,6
	лобная область	5	55,6
	иррадиация в глаз	1	-
	распространение боли на всю голову	1	-
2.	Характер ГБ		
	пульсирующая	2	-
	давящая	5	55,6
	распирающая	2	-
3.	Фотофобия	7	77,8
4.	Фонофобия	7	77,8
5.	Тошнота	8	88,9
6.	Рвота	7	77,8
7.	Головокружение	6	66,6
8.	Похолодание конечностей	3	-
9.	Панические атаки с повышением АД и тахикардией	1	-
10.	Боли по ходу позвоночника	3	-
11.	Шум в ушах, голове	1	-
12.	Шаткость при ходьбе	1	-

Сопутствующие и перенесенные заболевания, выявленные у обследованных нами пациентов, отражены в приводимой ниже Таблице 2.

Помимо ГБ, послужившей причиной настоящей госпитализации, из других неврологических заболеваний у обследованных нами пациентов выявлялись: дисциркуляторная энцефалопатия – 1 человек, подтвержденный рентгенологически остеохондроз позвоночника с синдромами цервикалгии и дорсалгии – 5 человек (55,6%), межпозвоночные грыжи дисков в шейном отделе позвоночника – 2 человека; полиостеоартроз – 1 человек; черепно - мозговая травма в анамнезе – 1 человек.

Таблица 2.

Сопутствующие и перенесенные заболевания у больных с мигренью, n = 9

NN	Заболевания	N = 9	
		Количество больных	%%
1.	Заболевания щитовидной железы	3	-
2.	Гипертоническая болезнь	4	-
3.	Заболевания желудочно - кишечного тракта	6	66,7
4.	Сахарный диабет	1	-
5.	Урологические заболевания	1	-
6.	Грыжесечение	1	-

Все пациенты обследовались по стандартной схеме обследования неврологического больного.

Неврологические симптомы и синдромы, выявленные у обследованных больных, отражены в Таблице 3.

На основании данных Таблиц 1 и 3 можно сделать вывод о том что, помимо собственно головной боли, в неврологическом статусе обследованных больных выявлялась рассеянная мелкоочаговая неврологическая симптоматика в основном в виде амблиопии и вестибуло – атактического синдрома.

Оценка выраженности болевого синдрома больных с мигренью

При определении уровня боли по ВАШ (Визуально-аналоговая шкала боли, Quadruple Visual Analogue Scale по Беловой А.Н., 2002).) в целом по группе уровень боли на момент исследования определялся в среднем на $6,8 \pm 0,9$ балла; средний уровень боли – $7,0 \pm 1,1$ балла; максимальный уровень боли (в наихудшие периоды болезни) – $8,3 \pm 1,9$ балла.

При оценке выраженности болевого синдрома по шкале «Оценка боли» интенсивность приступа в среднем оценивалась на $6,2 \pm 0,4$ балла (модифицированная с учетом специфики головных и лицевых болей шкала «Оценка боли, функционального и экономического состояния при хронических болях в спине», «Assessment of Pain, Functional and Economic Status in Chronic Back Patients» R.G.Watkins et al., 1986; Белова А.Н., 2002).

Таблица 3.

Основные неврологические синдромы у больных с мигренью, n = 9

NN	Симптомы	N = 9	
		Количество больных	%%
2.	Эмоциональная лабильность	3	-
3.	Амблиопия (пресбиопия, гиперметропия)	5	55,6
4.	Нарушение функций ЧМН, из них:		
	Глазодвигательная группа (слабость реакции конвергенции, фотореакций, анизокория, асимметрия глазных щелей)	6	66,7
	Тройничный нерв (гипестезия половины лица)	2	-
	Лицевой нерв (асимметрия лица)	2	-
	Вестибуло – кохлеарный нерв (гипоакузия, головокружение)	6	66,7
5.	Мозжечковые расстройства, в том числе:	9	100
	Нистагм	1	-
	Статическая атаксия	6	66,7
	Динамическая атаксия	3	33,3
8.	Нарушения рефлексорной сферы (анизорефлексия, гиперрефлексия, арефлексия)	9	100
9.	Болезненность по ходу паравертебральных точек	5	55,6

Степень трудоспособности и бытовой активности существенно снижалась во время мигренозных приступов, однако среди обследованных нами пациентов ни один из них не брал больничный лист в период обострения (кроме данного эпизода госпитализации).

Оценка когнитивных функций у больных с мигренью

При выполнении теста MMSE (Mini - mental state examination, MMSE), все обследованные пациенты набирали свыше 24 баллов (норма), в среднем $28,4 \pm 1,7$ балла. Так же, как и в работах других исследователей (Григорьева С.Е., 2007; Фищенко О.Н., 2010), наибольшие затруднения при выполнении данного теста вызывали следующие инструкции: на внимание и счет – «вычитание из 100 по 7 пять раз»; задания на восприятие и память (непосредственное и отсроченное воспроизведение трех заученных слов); повторение сложного предложения («никаких если, но или нет») и срисовывание рисунка (два пересекающихся пятиугольника).

В процессе исследования слухо - речевой памяти с помощью теста «10 слов» А.Р.Лурия больные с мигренью, несмотря на молодой возраст, в среднем запоминали $6,4 \pm 1,4$ слова за пять предъявлений. Дефектами при выполнении данной пробы можно считать: малое количество слов, воспроизводимых за одно предъявление; медленный прирост количества слов в процессе заучивания; повторения и «лишние» слова, которые больные вставляли в серию.

При выполнении пробы на внимание и слуховую память на цифры Векслера пациенты правильно называли в прямом порядке в среднем $50,5 \pm 6,4$ цифры (при максимально возможных - 60), в обратном – $39,8 \pm 10,2$ цифры (при максимально возможных – 50).

При оценке внимания и работоспособности с помощью пробы с таблицами Шульте пациенты в среднем выполняли одну таблицу за $50,7 \pm 4,3$ сек. Типичными дефектами выполнения данной пробы считаются пропуск числа и называние одного и того же числа дважды.

Оценка психологического статуса и качества жизни у больных с мигренью

При оценки эмоционального статуса пациентов с мигренью с помощью Госпитальной Шкалы Тревоги и Депрессии («Hospital Anxiety and Depression Scale», Zigmond A.S., Snaith R.P., 1983) в целом по группе отмечались нормальные уровни показателей по обоим шкалам: $7,1 \pm 2,4$ балла по Шкале тревоги и $6,3 \pm 2,4$ балла по Шкале депрессии. В то же время при детальном анализе Шкалы тревоги у 3 больных (1/3 обследованных) выявлялась субклиническая тревога и у одного больного – клинически выраженный уровень тревоги. При анализе Шкалы депрессии у 3 пациентов (1/3 обследованных) отмечалась субклинически выраженная депрессия. У 2 пациентов отмечалось повышение обоих показателей до уровня субклинической тревоги и депрессии.

При анализе уровня депрессии по Шкале Депрессии Научно – Исследовательского Института Психоневрологии им. В.М.Бехтерева (по А.Ф.Кудряшову, 1992 и Беловой А.Н., 2002) в целом по группе было зафиксировано состояние без депрессии – $48,3 \pm 9,2$ балла. В то же время у одного пациента была выявлена легкая депрессия (52 балла) и у одного - субмаскированная депрессия (субдепрессивное состояние. 69 баллов). Учитывая, что у последнего из этих двух больных пациента также выявлялась субклинически выраженная депрессия по данным Госпитальной Шкалы, он был консультирован психиатром и в дальнейшем получал специализированную терапию.

Оценка качества жизни у больных с мигренью.

Индекс Общего Психологического Благополучия (Psychological General Well-Being Index, Dupuy H., 1984)., отражающий качество жизни обследованных больных, в целом по группе был достаточно низким – $64,4 \pm 10,3$ балла. При этом его выраженность сопадала с данными Госпитальной шкалы – максимальной низким (до 48 баллов) он был у пациентов с клинически и субклинически выраженными тревогой и депрессией.

Локус контроля в целом по группе также был низким – $23,1 \pm 4,1$ балла. (Самоопросник Восстановление локуса контроля (Recovery Locus of Control, Patridge C., Johnstone M., 1989)

Выводы. Таким образом, можно сделать вывод, что обследованные нами мужчины с мигренью в целом не имели значимых неврологических заболеваний. Нарушения эмоциональной сферы и снижение качества жизни проявлялись во время периодов обострения ГБ.

1. «Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации. Руководство для врачей и научных работников» под ред. А.Н.Беловой и О.Н.Щепетовой // М., Антидор, 2002, 440 с.

АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ТАЗОВОЙ БОЛИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ НЕВРОЛОГА

Извозчиков С.Б.

ГБУЗ «ГП №8 ДЗМ»

В настоящее время проблема тазовой боли презентруется на всех крупных неврологических и мультидисциплинарных конференциях. Прежде, чем перейти к изложению темы, хотелось бы остановиться на терминологических аспектах.

Наиболее часто встречаются два определения тазовой боли. У гинекологов: «Чувство дискомфорта в нижней части живота: выше пупка, ниже и медиальнее паховых связок, за лоном и в пояснично-крестцовой области» (Кулаков В.И. и др., 2009), и у урологов: «...боль в структурах таза, испытываемая мужчиной или женщиной» (EAU, 2012). На наш взгляд, данные термины не совсем полно отражают возможные локализации болевых ощущений у пациентов этой группы. Представляется более развернутым определение тазовой боли, предлагаемое нами: *«боль (дискомфорт), локализованная в пределах от лонного сочленения до гениталий вентрально, от крестца до промежности каудально, от гребня подвздошной кости до проксимальных отделов бедра латерально»*. Учитывая частые причины тазовой боли, обусловленные заболеваниями тазобедренного сустава, необходимо включить и патологию большого вертела бедра, связанного с суставом общей сумкой. Поэтому последняя локализация боли в нашем определении вполне обоснована.

Интерес к теме тазовой боли можно сравнить с таковым к теме головной боли. Это связано, в первую очередь, с труднокурабельностью обоих синдромов, особенно их хронических форм. Среди последних огромный вес имеет дисфункциональный болевой компонент, часто, как ведущий. В этой группе тазовых алгических симптомокомплексов можно выделить случаи, соответствующие приведенным ниже критериям предложенной нами (по аналогии патогенеза с головной болью напряжения) нозологической единице – *«хроническая тазовая боль напряжения - ХТБН»* (Извозчиков С.Б., 2008-2010, Извозчиков С.Б., Камчатнов П.Р. и соавт., 2011, Извозчиков С.Б., 2016):

1. Наличие постоянной или периодически повторяющейся тазовой боли, длящейся в течение 6 месяцев и более (заимствовано у EAU).
2. Ведущая роль в патогенезе заболевания психосоциальных факторов и дистресса (т.е. дисфункционального компонента боли).
3. Отсутствие доказанной связи боли в настоящий момент с возможной тазовой патологией. Заболевания таза в анамнезе не исключаются.
4. Исключение иррадиирующего из другой области в таз характера боли.

На сегодняшний день крайне актуальной является проблема диагностики причин тазовых болей, особенно в городском амбулаторном звене.

Цель исследования. Нозологический анализ собственных наблюдений амбулаторных пациентов с тазовой болью, направленных к неврологу врачами других специальностей в период 2011-2016 гг.

Материалы и методы. К настоящему моменту систематизировано 507 пациентов обоего пола с *главной* жалобой на боль в области таза, направленных к неврологу врачами разных специальностей. Гендерные аспекты и характер боли (острая-хроническая, ноцицептивная-невропатическая) в данной статье учитываться не будут. Также не будут учитываться причины мышечно-тонических дисфункций. Каждому пациенту были проведены неврологическое обследование, рентгенологическое и ортопедическое исследование таза, при необходимости – другие дополнительные методы диагностики. Здесь представлена оценка только доминирующей локализации болевого синдрома.

Результаты. Количественно-процентная ранжировка по принципу «пациент-причина боли» приведена ниже.

Пациенты с болью в крестце (n=174) – 34,3%. Патология пояснично-крестцового отдела позвоночника (n=89) – 51,1% и крестцово-подвздошного сочленения (n=81) – 46,6%, грушевидной мышцы (n=2) – 1,1%, гинекологическая патология (n=1) – 0,6%, причина не установлена (n=1) – 0,6%.

Пациенты с болью в ягодиче (n=143) – 28,2%. Патология грушевидной (n=51) – 35,6%, ягодичных (n=42) – 29,4%, подвздошно-поясничной (n=1) – 0,7% мышц, пояснично-крестцового отдела позвоночника (n=20) – 14%, патология крестцово-подвздошного (n=19) – 13,3% и тазобедренного (n=7) – 4,9% суставов, синдром задней группы мышц бедра (хамстринг) (n=2) – 1,4%, перелом нижней ветви лонной кости (n=1) – 0,7%.

Пациенты с болью в паховой области (n=130) – 25,6%. Тазобедренный (n=79) – 60,8% и крестцово-подвздошный (n=15) – 11,5% суставы, лонное сочленение и приводящие мышцы бедра (n=18) – 13,8%, вертеброгенный синдром подвздошно-поясничной мышцы (n=5) – 3,8%, урогенитальная патология (n=4) – 3%, невропатия бедренно-полового нерва (n=2) – 1,8%, патология толстой кишки (n=1) – 0,8%, причина не установлена (n=6, вероятная ХТБН – n=4) – 4,6%.

Пациенты с болью в анокопчиковой области (n=28) – 5,5%. Патология самого копчика (n=17) – 60,7%, другие синдромы мышц тазового дна (n=6) – 21,4%, пудендальная невропатия (n=2) – 7,1%, патология прямой кишки (n=1) – 3,55%, причина не установлена (n=2 - вероятная ХТБН) – 7,1%.

Пациенты с болью в гениталиях (n=13) – 2,6%. Синдромы мошоночной (n=3) – 23%, пенильной (n=2) – 15,4% и вульварной (n=2) – 15,4% боли, бедренно-половая (n=3) – 23% и пудендальная (n=2) – 15,4% невропатии, причина не установлена (n=1 - вероятная ХТБН) – 7,7%.

Пациенты с болью в промежности (n=11) – 2,2%. Синдром мышц тазового дна (n=4) – 36,4%, пудендальная невропатия (n=4) – 36,4%, урогенитальная патология (n=1) – 9,1%, причина не установлена (n=2 - вероятная ХТБН) – 18,2%.

Пациенты с болью в лонной области (n=8) – 1,6%. Патология лонного симфиза (n=7) – 87,5%, урогенитальной сферы (n=1) – 12,5%.

Обсуждение результатов. Резюмируя вышеизложенное, видно, что дисфункции тазовых сочленений (тазобедренного, крестцово-подвздошного, крестцово-копчикового и лонного) у пациентов, направленных к неврологу с болью в области таза, составляет 45,2% (n=229). Сюда следует добавить и процент болевых синдромов, обусловленных мышечно-тоническими проявлениями, не связанными с заболеваниями нервной системы. Кроме того, имеется определенная группа пациентов с неустановленной причиной болей в области таза (n=12) – 2,4%. Здесь критериям, как отдельного синдрома ХТБН, соответствует 9 случаев – 1,8%. В других наших наблюдениях урологических и гинекологических групп пациентов процент вероятной ХТБН выявлялся значительно чаще (Извозчиков С.Б., 2008, Извозчиков С.Б. и соавт., 2009-2011).

Таким образом, в амбулаторной практике проблема тазовой боли – это проблема в первую очередь диагноза.

Значительные сложности диагностики, в том числе и для неврологов, нередко обусловлены и тем, что тазовые алгические паттерны могут «маскироваться» под патологию нервной системы. К сожалению, сегодня в амбулаторном звене распространена тенденция зачастую при слове «боль» направлять пациентов к неврологу. Включение в программу подготовки и усовершенствования врачей клинических дисциплин образовательных семинаров по алгоритмам тестирования мышечно-суставной системы – один из главных путей решения проблемы диагностики и, соответственно, тактики ведения пациентов данной группы.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Ишинова В.А.¹, Залмина Г.В.¹, Митякова О.Н.¹, Першин А.А.¹, Тхоржевская Л.В.², Алтухов С.В.¹

¹ ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-практический центр медико-социальной экспертизы, протезирования и реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта» Минтруда России, Санкт-Петербург, Санкт-Петербург, РФ

² ЧОУВО Институт специальной педагогики и психологии им. Р. Валленберга, Санкт-Петербург, РФ

Среди неврологических нарушений в детской популяции детский церебральный паралич (ДЦП) занимает одно из ключевых мест. Поэтому поиск эффективных методов медицинской реабилитации сохраняет свою актуальность. Однако необходимо учитывать тот факт, что ее успешность зависит не только от эмоционально-личностных особенностей ребенка, но и его мотивационной готовности к лечению и уровня социально-психологической адаптации. В настоящей работе представлены результаты исследования эмоционального состояния детей разных возрастных групп и их мотивационно-коммуникативных способностей.

Цель исследования: определение особенностей эмоционально-личностных и коммуникативных характеристик детей с ДЦП дошкольного и школьного возраста.

Материалы и методы. В исследовании включен 41 ребенок-инвалид со спастическими формами ДЦП, из числа которых: гр. 1 – 20 человек в возрасте от 3,5 до 6,5 лет (9 девочек и 11 мальчиков). Семейный статус: все дети воспитывались в полной семье. Образовательный статус: 4 ребенка посещали специализированный детский сад (18%), 18 детей (82%) не посещали дошкольные учреждения; гр. 2 – 21 человек в возрасте от 8 до 13 лет (8 девочек и 13 мальчиков). Семейный статус: 14% детей воспитывались в неполных, а 86% детей – в полных семьях. Образовательный статус: 11 (52,4%) детей посещали специализированные коррекционные образовательные учреждения 5 вида, 10 (47,6%) детей учились в общеобразовательных школах, в том числе находились на домашнем обучении.

Проводилось психологическое обследование с применением: 1. методика «Паровозик» - особенности эмоционального состояния; 2. опросник Р. Тэмбла, М. Дорки, В. Амена - для оценки уровня социальной тревожности; 3. опросник для выявления отношения к болезни и мотивации к лечению; 4. опросник для выявления коммуникативных навыков 5. опросник Айзенка (заполняли родители детей-инвалидов) с целью исследования личностных особенностей детей-инвалидов.

Проводилась статистическая обработка полученных результатов с применением параметрических и непараметрических методов.

Результаты и их обсуждение. В процессе исследования было обнаружено, что у детей с ДЦП разного возраста есть как общие, так и специфические характеристики. С помощью методики «Паровозик» в обеих группах были выявлены средние уровни тревоги (гр.1 - $2,38 \pm 0,22$; гр.2 - $2,57 \pm 0,21$) и социальной тревожности (гр. 1 - $46,55 \pm 3,23$; гр. 2 - $47,66 \pm 2,93$), показатели которых не имели статистически значимых различий в сопоставляемых группах. При проведении диагностики с помощью опросника «Отношение к болезни и мотивация к лечению» значимые различия также не были выявлены, хотя показатели шкалы «отношение к болезни» у дошкольников соответствовали среднему уровню ($11,0 \pm 0,51$), а у школьников - высокому уровню ($12,28 \pm 0,63$). У дошкольников и у школьников с ДЦП выявлен высокий уровень «мотивационной готовности к лечению» (гр.1 - $13,14 \pm 0,84$; гр. 2 - $13,64 \pm 0,91$), который был сопоставим с показателем шкалы «мотивация к лечению» (гр. 1 - $24,14 \pm 0,87$; гр.2 - $25,93 \pm 1,26$).

Исследование личностных характеристик детей-инвалидов путем опроса их родителей с помощью методики Айзенка показало, что возрастных различий по этим показателям нет. Обнаружен средний уровень нейротизма (гр. 1 - $8,68 \pm 0,98$; гр.2 - $9,28 \pm 0,89$) при незначительном смещении в сторону интроверсии (гр.1 - $10,47 \pm 0,33$; гр.2 - $10,19 \pm 0,35$), а также склонность к социальной депривации (гр. 1 - $10,47 \pm 0,33$; гр.2 - $10,19 \pm 0,35$), показатель которой соответствовал среднему уровню в обеих группах.

Возрастная специфика проявилась в том, что более позитивное отношение детей-инвалидов с ДЦП к состоянию своего здоровья и/или болезни, к условиям в стационаре, к контакту с медицинскими сестрами и/или с другими пациентам было обнаружено у дошкольников (гр.1). А в группе школьников (гр. 2) выявлено более позитивное отношение к лечению, к врачу, к контакту с врачом. Применение непараметрического метода Мана-Уитни, при сравнении межгрупповых показателей, не выявило статистических значимых различий между изучаемыми признаками. Анализ корреляционных плеяд позволил обнаружить зависимость мотивации к лечению от наличия мотивационной готовности у дошкольников и эмоциональной лабильности от уровня тревожности у детей-инвалидов школьного возраста.

Таким образом, полученные результаты показали, что у детей с ДЦП независимо от возраста показатели тревожности, эмоциональной лабильности и склонности к социальной депривации находились на среднем уровне в обеих группах. В зависимости от возраста обнаружены специфические особенности в мотивации к контактам, к лечению. Так, для детей с ДЦП дошкольного возраста оказались более значимыми внешние условия и контакты, а не лечебный процесс, а для школьников важным оказалось отношение к самому лечению, доверие и контакт с врачом. Можно предположить, что более высокий уровень осознанности и необходимости лечения у школьников проявляется, прежде всего, в понимании роли врача. Этот факт можно объяснить тем, что при формировании мотивации к лечению родителями ребенка-инвалида, у школьников формируется собственное самосознание и критичность, влияющие на отношение к лечению.

МЕЖВИЗИТНАЯ ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Казакова А.В., Минушкина Л.О.

ФГБУ «Поликлиника №2» УД Президента РФ, Москва

*ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» УД
Президента РФ, Москва*

В последние годы активно в качестве одного из дополнительных параметров, характеризующих стабильность достижения целевых цифр артериального давления (АД), рассматривается его вариабельность (ВАД). Под межвизитной ВАД понимают

стандартное отклонение от средних значений АД, измеренных на протяжении длительного времени. По-видимому, именно этот показатель может лучше характеризовать достижение целевых значений АД при лечении, чем данные однократных измерений АД. Показано, что увеличение межвизитной ВАД коррелирует с увеличением смертности от сердечно-сосудистых заболеваний.

Целью проведенного исследования было оценить межвизитную ВАД у больных с инсультом.

Материал и методы исследования: обследовано 20 больных (7 мужчин и 13 женщин) больных с АГ, средний возраст $64,3 \pm 11,4$ года. 7 больных не имели нарушений углеводного обмена, 5 – нарушение толерантности к глюкозе и 2 – сахарный диабет 2 типа. 64% больных имели ГЛЖ.

ВАД оценивалась как стандартное отклонение (SD) систолического и диастолического АД, рассчитанного по данным не менее 3 измерений АД в течении календарного года. Также рассчитывали коэффициент вариации (CV) равный отношению SD к среднему значению АД и коэффициент вариации, независимый от средних значений (variation independent of mean — VIM). По данным амбулаторных карт анализировали межвизитную ВАД в течении года до инсульта и года после инсульта.

Результаты исследования: В течении года до инсульта средние значения АД составили $136,5 \pm 2,35$ мм рт ст. и $83,6 \pm 1,38$ мм рт ст для систолического и диастолического АД. Средняя ВАД для систолического АД составила $9,8 \pm 1,43$ мм рт ст, для диастолического АД $6,8 \pm 0,86$ мм рт ст. В первый год после инсульта среднее АД было достоверно ниже – систолическое $12,62 \pm 1,44$ мм рт ст. ($p=0,001$), диастолическое $77,6 \pm 2,46$ мм рт ст. ($p<0,01$) Межвизитная ВАД в первый год после инсульта составила $9,65 \pm 0,89$ мм рт ст для систолического АД и $6,46 \pm 1,43$ мм рт ст для диастолического АД. Вариабельность АД после инсульта достоверно не изменилась. До инсульта наиболее часто назначаемой группой антигипертензивных препаратов были бета-адреноблокаторы (60% больных), ингибиторы АПФ (45% больных) и антагонисты кальция (30% больных). После инсульта возросла частота назначения антагонистов кальция (55% больных), ингибиторов АПФ (55% больных), блокаторов рецепторов ангиотензина (30%) больных. До инсульта наиболее значимое снижение ВАД было ассоциировано с применением ингибиторов АПФ. После инсульта ни одна из групп антигипертензивных препаратов не коррелировала со снижением вариабельности АД. Следует отметить, что как до, так и после инсульта значения межвизитной вариабельности были выше тех значений, которые согласно данным литературы считаются оптимальными (4,8 мм рт ст).

Выводы: после ишемического инсульта у больных отмечался лучший контроль за АД, однако межвизитная ВАД оставалась существенно выше оптимальных значений.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ЦЕЛЛЕКС У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА С УМЕРЕННЫМИ КОГНИТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Камчатнов П.Р., Чугунов А.В.

ФГБУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава РФ, Москва

Когнитивные нарушения – распространенная причина стойкой утраты работоспособности, нарастающей зависимости в повседневном быту от посторонней помощи. Серьезной проблемой когнитивных нарушений является их, как правило, прогрессирующий и необратимый характер, в связи с чем, по прошествии ряда лет, развивается тяжелая деменция, не только ограничивающая трудоспособность пациента, но требующая повседневного ухода за ним. Частой причиной когнитивных нарушений являются цереброваскулярные заболевания, в частности, хроническая ишемия головного мозга (ХИМ). Лечение больных с тяжелой деменцией, как правило, недостаточно эффективно, основной задачей является обеспечение максимально комфортных в реальной ситуации условий проживания пациента и предупреждение тяжелых соматических осложнений. Более эффективны выявление пациентов с умеренными когнитивными расстройствами (УКР).

Для лечения пациентов с когнитивными нарушениями используются ингибиторы ацетилхолинэстеразы в центральной нервной системе, а также препараты, регулирующие уровень активации глутаматных NMDA- рецепторов. Значительный интерес вызывает возможность применения препаратов с нейротрофическим действием. К ним относится Целлекс - органоспецифический средне- и низкомолекулярный белково-пептидный комплекс с массой протеинов от 5 до 200 кДа, получаемый из эмбриональной мозговой ткани свиней. Полученные положительные результаты применения Целлекса в отношении восстановления нарушенным высших мозговых и когнитивных функций у больных с острым инсультом явились основанием для изучения возможности применения препарата у пациентов с УКР. Цель исследования – изучение возможности применения Целлекса у больных с ХИМ и УКР.

Материал и методы

Из 103 больных, получавших препарат, были отобраны 90 пациентов с ХИМ с УКР. Критерии включения: возраст от 45 до 75 лет; сосудистое поражение головного мозга в рамках ХИМ, верифицированное клинико-инструментальными методами; наличие УКР. Критерии исключения: возраст менее 45 или старше 75 лет; значения по шкале MMSE менее 24 баллов; депрессия (значения по HDS более 18 баллов); тревога (значения по HAS более 18 баллов); эпилепсия; перенесенные ранее инсульт, травма головного мозга воспалительные и другие структурные поражения головного мозга со стойкими остаточными явлениями; алкогольная или наркотическая зависимость; одновременный прием противодементных или ноотропных препаратов. Наблюдавшиеся пациенты были разделены в две

сопоставимые по размеру и основным клиническим и демографическим показателям группы. 1 группу составили 45 больных, которые получали Целлекс по 1,0 мл подкожно 1 раз в сутки на протяжении 10 дней. 2 группу составили 45 больных, которые получали Целлекс по 1,0 мл подкожно 1 раз в сутки на протяжении 10 дней, через перерыв длительностью 2 мес пациенты получали повторный курс из инъекций Целлекса по 1,0 мл 1 раз в день на протяжении 10 дней.

Обследование включало: тест MMSE, батарея тестов лобной дисфункции, тест рисования часов, проба Шульте, шкала общего впечатления (CGI), качественная оценка переносимости лечения и регистрация побочных эффектов. Результаты обработаны стандартными статистическими методами с применением пакета SPSS 13.0. Результаты, в зависимости от характера распределения, представлены в виде медианы (Me) и верхнего и нижнего квартилей или в виде средних значений (M) и стандартного отклонения (+SD). За достоверные принимались различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение.

Обе группы оказались сопоставимы по среднему возрасту, половому составу, характеру имеющихся факторов сердечно-сосудистого риска.

При тестировании по опроснику MMSE оказалось, что исходные показатели не отличались у пациентов обеих групп (табл. 1). При исследовании через 1 мес после окончания введения Целлекса также отсутствовали отличия от исходных значений и между группами. Отличия приобретали достоверный характер по сравнению с исходными при исследовании через 2 мес ($p = 0,0049$; U-критерий Манна-Уитни), при этом различия между группами отсутствовали.

Таблица 1. Результаты тестирования по опроснику MMSE (баллы)

	Исходно	1 месяц	2 месяца	1 месяц*	2 месяца*
1 группа	25 [24;26]	25 [24;26]	26 [25;27]**	-	-
2 группа	25 [24;26]	25 [24;26]	26 [25;27]**	26 [24;28]	27 [25;28]**

* - для больных 2-ой группы после повторного курса терапии

** - различия достоверны по сравнению с исходными ($p < 0,05$)

У больных 2-ой группы через 1 мес после окончания повторного курса терапии отсутствовали существенные отличия по сравнению с предыдущими результатами; результаты тестирования достоверным образом не отличались от таковых у больных 1-ой группы при исследовании через 2 мес после курса применения Целлекса. При исследовании через 2 мес после окончания повторного курса применения Целлекса у больных 2-ой группы имелось дальнейшее нарастание значений по опроснику MMSE, при этом различия носили достоверный характер по сравнению с предыдущим обследованием ($p = 0,035$; U-критерий Манна-Уитни). Значения достоверно отличались от исходных и достоверно превышали таковые у пациентов 1-ой группы после окончания курса терапии. При отдельном анализе выполнения субтестов MMSE оказалось, что наиболее значимые различия имели место по субтестам перерисовывания фигур и воспроизведения слов. Указанная особенность сохранялась на протяжении всего периода наблюдения.

Исходные показатели Батарей тестов лобной дисфункции (табл. 2) не отличались между двумя группами. Через 1 мес после начала исследования показатели не отличались от исходных. Достоверные различия по сравнению с исходными регистрировались при исследовании через 2 мес после начала терапии. У больных 2-ой группы через 1 мес после повторного курса введения Целлекса значения по указанной шкале не отличались от исходных и также не отличались от полученных при предыдущем тестировании. Максимальные отличия от исходного уровня имелись через 2 мес после окончания повторного курса применения Целлекса ($p=0,046$; U-критерий Манна-Уитни). Указанные значения оказались также более высокими, чем при начале повторного курса лечения.

Таблица 2. Результаты тестирования по Батарее тестов лобной дисфункции (баллы)

	Исходно	1 месяц	2 месяца	1 месяц*	2 месяца*
1 группа	14 [12;17]	15 [12;16]	16 [15;17]**	--	--
2 группа	15 [11;18]	15 [11;17]	16 [15;17]**	16 [15;17]**	18 [16;19]**

* - для больных 2-ой группы после повторного курса терапии

** - различия достоверны по сравнению с исходными ($p<0,05$)

Для оценки состояния зрительно-пространственных функций использовался Тест рисования часов (табл. 3). Исходные показатели существенным образом не отличались между группами. Через 1 мес в обеих группах имела место тенденция к нарастанию показателей, свидетельствующая об улучшении зрительно-пространственных функций, хотя различия не носили достоверного характера. Достоверными различия становились через 2 мес после терапии Целлексом, при этом в обеих группах соответствующие показатели достоверно отличались от исходных ($p=0,046$ и $p=0,039$; U-критерий Манна-Уитни). У больных 2-ой группы при исследовании через 1 мес после окончания повторного курса введения Целлекса отсутствовала существенная динамика показателя по сравнению с результатами, зарегистрированными через 2 мес после первого курса применения препарата. Наиболее высокие показатели, приближающиеся к нормальным значениям имели место при исследовании через 2 мес после повторного курса терапии ($p=0,041$; U-критерий Манна-Уитни). Следует отметить, что выраженность положительной динамики по Тесту рисования часов существенно превосходила таковую в отношении Батарей лобной дисфункции.

Таблица 3. Результаты выполнения Теста рисования часов (баллы)

	Исходно	1 месяц	2 месяца	1 месяц*	2 месяца*
1 группа	6 [4; 8]	7 [4; 8]	8 [7; 9]**	---	---
2 группа	6 [4; 8]	6 [4; 8]	8 [7; 9]**	8 [7; 9]**	9 [8; 10]**

* - для больных 2-ой группы после повторного курса терапии

** - различия достоверны по сравнению с исходными ($p<0,05$)

Исходные значения проба Шульте (табл. 4) существенным образом не отличались в двух группах. При исследовании через 1 и 2 мес после применения Целлекса достоверных отличия от исходных показателей зарегистрировано не было. Имела место тенденция к нарастанию скорости выполнения пробы через 2 мес, однако, различия по сравнению с исходными не носили достоверного характера. Достоверные отличия были получены только через 2 мес после повторного курса лечения ($p=0,039$; U-критерий Манна-Уитни).

Таблица 4. Результаты выполнения Пробы Шульте (сек.)

	Исходно	1 месяц	2 месяца	1 месяц*	2 месяца*
1 группа	98 \pm 9	97 \pm 10	91 \pm 9	--	--
2 группа	99 \pm 10	96 \pm 11	91 \pm 11	91 \pm 11	78 \pm 10**

* - для больных 2-ой группы после повторного курса терапии

** - различия достоверны по сравнению с исходными ($p<0,05$)

У всех больных имела место хорошая переносимость терапии. Нежелательные побочные эффекты имели место только у 3 троих больных и заключались в локальной гиперемии в месте введения препарата, ощущении зуда. Указанные явления не потребовали изменения режима дозирования препарата и регрессировали самостоятельно. Тяжелых нежелательных явлений лечения зарегистрировано не было.

Заключение

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о наличии положительного влияния Целлекса на состояние когнитивных функций у больных с ХИМ с УКР. Наиболее выраженное положительное влияние препарат оказывает на состояние зрительно-пространственного гнозиса и регуляторных функций. Эффект от применения Целлекса начинает регистрироваться не сразу, а через 1 мес после окончания курса терапии. При этом на протяжении последующего месяца положительный эффект нарастает и различия по сравнению с исходным уровнем приобретают достоверный характер. Проведение повторного курса терапии способствует нарастанию положительного эффекта. Целлекс хорошо переносится. Существенные нежелательные побочные эффекты отсутствовали, у троих пациентов имелись зуд и ощущение жжения в месте введения препарата, которые регрессировали самостоятельно и не потребовали дополнительного лечения или изменения схемы проводимой терапии.

Полученные результаты свидетельствуют об эффективности применения Целлекса у пациентов с ХИМ и УКР.

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ ПРИ ТРЕВОЖНЫХ И ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ

Князева К.В.

ГБУЗ «Кузнецкая МРБ», Пензенская область, г. Кузнецк

Расстройства тревожно-депрессивного спектра являются одной из наиболее распространенных групп психопатологических состояний. Они особенно часто встречаются в условиях первичного звена здравоохранения. Эти состояния отличаются значительным полиморфизмом клинических проявлений, динамичностью и нередко вызывают серьезные затруднения при терапии.

Актуальность изучения данной группы расстройств обусловлена также тем, что они часто наблюдаются у пациентов с различными соматическими заболеваниями, серьезно влияют на их приверженность терапии, качество жизни и их удовлетворенность медицинской помощью. Часто отмечается недостаточная диагностика указанных состояний врачами и недоучет их медицинской значимости.

Известно, что депрессивные и тревожные расстройства часто возникают на фоне когнитивного дефицита, обусловленного либо собственно аффективными нарушениями, либо наличием сопутствующего органического поражения ЦНС. Вопрос дифференциации этих состояний приобрел в последнее время особую актуальность.

Показано, что депрессивные и тревожные расстройства сопровождаются существенными когнитивными искажениями, которые играют важную роль в их генезе и клинических проявлениях. Особенно большое значение они имеют при затяжных депрессиях.

По данным опроса пациентов с установленным диагнозом депрессии, трудности концентрации и снижение умственной работоспособности ощущаются ими почти все время. И даже, несмотря на нормализацию эмоционального состояния во время ремиссии, пациенты нередко продолжают испытывать когнитивные затруднения, что мешает в повседневной жизни. Эти данные подтверждают автономность когнитивных расстройств, что необходимо учитывать при выборе тактики ведения депрессии. Таким образом, достижение удовлетворительного уровня повседневного функционирования невозможно без восстановления нормального уровня умственной работоспособности пациента, т.е. без дополнительного воздействия на когнитивную составляющую.

Развитие когнитивной дисфункции при депрессии имеет как психологические, так и биологические предпосылки. Пациент с депрессией поглощен своими переживаниями и вследствие этого недостаточно фиксирует окружающую его реальность и испытывает трудности при усвоении информации. Снижение настроения, неуверенность в собственных силах, апатия служат основанием для того, что пациенты активно отказываются от новой информации и вследствие этого уменьшают количество усваиваемого материала. Кроме того,

нейрохимический субстрат депрессии также служит субстратом и для развития когнитивных расстройств, что делает обязательным их развитие при депрессии.

Когнитивные нарушения, возникающие на фоне органического поражения мозга, заслуживают еще большего внимания. Известно, что эти нарушения при сосудистых и дегенеративных заболеваниях мозга обычно начинаются исподволь и характеризуются постепенным интеллектуальным снижением, которое выходит за рамки естественного ослабления познавательных способностей. Указанные состояния обычно обозначаются понятием умеренных (или мягких) когнитивных нарушений. Они сопровождаются жалобами пациента на ухудшение памяти или ограничение других когнитивных функций, но не достигают степени, приводящей к социальной дезадаптации и деменции.

Особая клиническая значимость легкой когнитивной дисфункции обусловлена тем, что у большой части таких пациентов со временем наблюдается прогрессирование когнитивного дефицита. При этом важно отметить, что во многих описываемых случаях когнитивные нарушения сопровождаются тревожной и депрессивной симптоматикой. Однако, поскольку эта симптоматика часто выходит на первый план, то такие пациенты длительное время расцениваются как страдающие тревожно депрессивными расстройствами и не получают специфической помощи.

Сочетание депрессии и заболевания, проявляющегося когнитивным расстройством, резко утяжеляет когнитивные симптомы. Определить выраженность когнитивных нарушений, обусловленных только повреждением головного мозга, при сочетании депрессии и деменции крайне сложно, так же как и характер органических когнитивных расстройств, - когнитивные симптомы депрессии будут как утяжелять, так и «смазывать» клиническую картину основного заболевания. В этой связи оценка выраженности деменции должна проводиться при отсутствии депрессии - при сочетании депрессии и деменции следует сначала провести лечение депрессии, а затем оценить выраженность и характер когнитивного снижения у пациента.

Когнитивные расстройства при депрессии проявляются недостаточностью внимания, замедлением психических процессов, затруднениями инициации психической деятельности, вторичными (связанными с нарушением внимания) расстройствами памяти, регуляторными зрительно-пространственными расстройствами. Речь пациента может быть аспонтанной и скупой, или, напротив, отмечается развернутое, монотонное и подробное описание своих чувств, переживаний и симптомов. Возможно общее замедление и обеднение движений. Иногда (при тяжелой депрессии) когнитивные нарушения столь выражены, что приводят к дезадаптации пациента - в таких случаях диагностируется псевдодеменция (состояние, развивающееся не вследствие органического поражения головного мозга, а вследствие психической патологии).

Особенность когнитивных нарушений при депрессии – колебание их выраженности, пациент с депрессией может крайне плохо выполнить задание и через несколько минут сделать это же задание совершенно без ошибок. Это обусловлено тем, что когнитивные расстройства реализуются вследствие

функционального, но не органического поражения головного мозга. Следствие отсутствия структурного поражения головного мозга при депрессии - полное исчезновение когнитивных симптомов при ее излечении.

Когнитивные нарушения при тревожно-депрессивных расстройствах обусловлены перераспределением внимания, пониженной самооценкой и медиаторными нарушениями. Однако, при депрессии субъективная оценка когнитивных способностей и степень социальной дезадаптации, как правило, не соответствуют объективным данным тестирования когнитивных функций. Уменьшение выраженности эмоциональных нарушений приводит к регрессу связанных с депрессией когнитивных расстройств.

В лечении депрессии следует использовать как психотерапию, так и медикаментозную коррекцию симптомов. Если депрессия развивается у пациента с когнитивным снижением или у пациента пожилого и старческого возраста, для ее лечения категорически запрещено использовать препараты с потенциально негативным действием на когнитивные функции- трициклические антидепрессанты, бензодиазепины, иные седативные средства. В таком случае предпочтение следует отдавать селективным ингибиторам обратного захвата серотонина и норадреналина). Лечение должно быть длительным, до полного купирования симптомов депрессии. Принципы лечения : начало лечения с монотерапии, использование адекватных терапевтических доз, при неэффективности выбранного лекарственного средства - применение другого антидепрессанта или назначение комбинированного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Парфенов В.А., Захаров В.В., Преображенская И.С. Когнитивные расстройства. Москва, 2014. 161-174.
2. Яхно Н.Н. Когнитивные расстройства в неврологической практике. Неврологический журнал, 2006.1. 4-12.
3. Захаров В.В., Вознесенская Т.Г. Нервно-психические нарушения: диагностические тесты. М., 2013:320.
4. Гусев Е.И., Боголепова А.Н. Когнитивные нарушения при цереброваскулярных заболеваниях. М: МЕДпресс-информ 2012;160.
5. Боголепова А.Н. Роль нейропсихологических исследований у больных, перенесших ишемический инсульт(обзор). Журнал неврологии и психиатрии 2005;13:2:72-75.
6. Гусев Е.И., Боголепова А.Н. Депрессивные расстройства у больных, перенесших инсульт. Журнал неврологии и психиатрии 2008;22:2:10-15.

ЗЕРКАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ИНСУЛЬТОМ

Максимов Р.С., Нестерин К.В., Деомидов Е.С., Максимова И. Д.

БУ «ГКБ №1», ГОУ ВПО «ЧГУ им. И.Н.Ульянова», г. Чебоксары.

Введение: Одним из направлений БОС-терапии является метод зеркальной терапии (ЗТ). Зрительный контроль движений конечностей, отраженных в зеркале проецируется и воспринимается на пораженную конечность, давая возможность головному мозгу создавать новые схемы движений.

Восприятие правильных движений в здоровой конечности головным мозгом позволяют воссоздать заново эти движения и в больной конечности. Визуальный обман головного мозга помогает перепрограммировать нейронную связь в обход поврежденных участков мозга.

При выполнении упражнений зеркальной терапии, пациенты испытывают странные и непонятные ощущения, видя движение пораженной конечности. Впоследствии, это стимулирует мозг, и он пытается дублировать такое же движение в поврежденной конечности.

Для достижения положительного эффекта, необходимо длительное проведение таких занятий с ежедневной регулярностью и продолжительностью по 10-30 минут в день.

Цель работы: Оценка эффективности зеркальной терапии у больных с инсультом в острой стадии.

Методы исследования: Проведён анализ и динамика состояния пациентов, находившихся на лечении в первичном сосудистом отделении для больных с ОНМК БУ «ГКБ №1. Больные были распределены на 2 группы: основную и контрольную, каждая в количестве 30 человек. Наряду со стандартной терапией инсульта в остром периоде, индивидуализированной для каждого больного по результатам оценки специалистов мультидисциплинарной бригады, 30 больным опытной группы была назначена зеркальная терапия. Все больные основной и контрольной групп предъявляли жалобы на боль в конечностях по гемитипу, на дискомфорт в конечностях, описанный врачами при детальном обследовании как дизестезии, гиперпатии или парестезии. Больные 1 группы: средний возраст - 67,6 лет (диапазон 62-74г), из которых мужчины составили 24 больных (80%); преимущественно правополушарное поражение имело 22 больных (73%). Среди пациентов 1 группы больные с инфарктом мозга составили 24 человека (80%), с внутримозговым кровоизлиянием – 6 больных (20%). Больные 2 группы, контрольной: средний возраст – 66 лет (диапазон 63-73г.), из них лиц мужского пола - 25 (83%); правополушарное поражение имело 23 больных (76%). Среди больных 2 группы инфаркт мозга также был у 24 больных (80%), внутримозговое кровоизлияние у 6 (20%).

Больные оценивались по валидизированным шкалам инсульта национального института здоровья США (NIHS); шкале оценки боли ВАШ, опроснику нейропатической боли DN-4, оценке когнитивного и эмоционального статуса, шкале

Москва, 02.11.2016г. Материалы VII Российской научно-практической конференции с международным участием

мобильности пациентов Ривермид, шкале способности к самообслуживанию Рэнкин.

ЗТ проводилась в течение 10-12 дней с прицелом на восстановление движений и снижения неприятных дискомфортных ощущений в руке.

Результаты: Средний балл по шкале инсульта национального института здоровья США (NIHS) в 1 группе составил 7,9 бала, во 2 группе – 7,7 балла. В динамике после лечения: в 1 группе – 7,1 балла, (-0,6 балов), во 2 группе – 7,4 балла (-0,3 балла).

По шкале способности к самообслуживанию Рэнкин отмечается уменьшение на 0,4 балла (с 2,9 до 2,5 балла) в 1 группе и на 0,2 балла (с 2,8 до 2,6 балла) во 2 группе.

Оценка состояния когнитивного статуса больных по Моса-тест и тесту MMSE не обнаружила значимых изменений. Результаты динамики в 1 и во 2 группе по Моса-тесту и по MMSE одинаковы и составили + 0,2+0,1 балла соответственно. Очевидно, что взяты слишком малые сроки для оценки эффективности ЗТ в улучшении когнитивного статуса.

Средний балл по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS) в 1 группе составил до лечения 5,7 по подшкале «тревога» и 4,9 по подшкале «депрессия»; после проведения курса ЗТ - 4,8 балла по подшкале «тревога» (-0,9 балла) и 4,6 по подшкале «депрессия» (-0,3 балла). Средний балл по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS) во 2 группе до лечения 5,5 по подшкале «тревога» и 4,7 по подшкале «депрессия». Динамические результаты в баллах во 2 группе: -0,2 по подшкале «тревога» и -0,3 по подшкале «депрессия».

Оценка боли в конечностях по шкале ВАШ в 1 группе составила 3,3 балла до лечения и 2,1 после (улучшение на 1,2 балла); во 2 группе 3,5 балла до лечения и 2,8 после (-0,7 балла).

Оценка боли по опроснику DN-4 в 1 группе до лечения 4,8 балла, после лечения 3,3 балла (уменьшение на 1,5 балла); во 2 группе 4,5 до лечения и 4,1 после (-0,4 балла).

Заключение: Отмечена эффективность ЗТ для лечения постинсультной боли, эмоциональных нарушений и восстановления способности к самообслуживанию. ЗТ- доступный, простой и неинвазивный метод, эффективный в комплексной реабилитации больных на ранних стадиях инсульта.

Литература:

Назарова М.А., Пирадов М.А., Черникова Л.А Зрительная обратная связь – зеркальная терапия в нейрореабилитации // Анналы клинической и экспериментальной неврологии. 2012. Т. 6. С. 36–41.

Сашина М.Б., Черникова Л.А., Кадыков А.С. Постинсультные болевые синдромы.//Атмосфера. Нервные болезни.-2004-№3-С.25-27.

Ramachandran V.S., Rogers-Ramachandran D., Cobb S. Touching the phantom limb // Nature. 1995. Vol. 377. P. 489–490.

ПРОФИЛЬ КАЧЕСТВА НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Маховская Т.Г., Алексеева Л.А.

кафедра общественного здоровья и здравоохранения, восстановительной медицины с курсом клинической психологии и педагогики ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва

неврологическое отделение ФГБУ, «Поликлиника № 1» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва

Адрес автора: makhovskayat@mail.ru 89165138540

Введение. Создание единой системы мониторинга оценки качества и доступности медицинской помощи в Российской Федерации актуальная проблема в сфере здравоохранения. Стратегическим Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» качество медицинской помощи характеризуется совокупностью характеристик, отражающих своевременность, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степень достижения запланированного результата при оказании медицинской помощи. В перечне мероприятий, обеспечивающих доступность и качество медицинской помощи указано применение порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи. Медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями на основе стандартов медицинской помощи.

Порядки и стандарты медицинской помощи. В настоящее время неврологическая помощь осуществляется в соответствии с порядком оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях нервной системы, регламентированному приказом Минздрава России от 15.11.2012 N 926н и порядком оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения (приказ Минздрава России от 15.11.2012 N 928н). Стандарты первичной медико-санитарной помощи, включают болезни нервной системы (G00 - G99): болезнь Паркинсона, дистонии, эссенциальный тремор, рассеянный склероз, острый оптиконевромиелит, острый рассеянный энцефаломиелит, эпилепсия, мигрень, диабетическая полинейропатия.

Стандарты специализированной медицинской помощи: энцефалит, миелит и энцефаломиелит при вирусных болезнях, внутричерепные и внутрипозвоночные абсцессы, болезнь Паркинсона, дистонии, рассеянный склероз, острый рассеянный энцефаломиелит, эпилепсия, мигрень, диабетическая полиневропатия. Указанные нозологические формы аналогичные стандартам первичной медико-санитарной помощи и дополняются следующими нозологиями: преходящие транзиторные

церебральные ишемические приступы и родственные синдромы, мононевропатии, плексопатии, невропатия лицевого нерва, миастения, демиелинизирующая полиневропатия, субарахноидальное кровоизлияние, внутримозговые кровоизлияния, инфаркт мозга, дегенеративные заболевания позвоночника и спинного мозга.

Для первичной медико-санитарной помощи актуальны заболевания периферической нервной системы, мононевропатии черепных нервов, соответствующих стандартов нет.

Высокая частота обращений к неврологу пациентов с надсегментарными вегетативными расстройствами, в частности с соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы ограничивается приказом Минздрава России от 20.12.2012 N 1225н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройствах, генерализованном тревожном расстройстве в амбулаторных условиях психоневрологического диспансера (диспансерного отделения, кабинета)». В практической неврологии специалисты, работающие в системе ОМС пользуются кодом МКБ-10 G90.8, при этом патогенетическим кодом является F45.3.

Своевременная редакция приказов Минздрава России, регламентирующих стандарты оказания медицинской помощи при заболеваниях нервной системы скорректировала медикаментозное лечение с учетом препаратов с доказанной эффективностью (рандомизированные контролируемые исследования, фундаментальные мета-анализы) и исключила бы включение инструментального метода исследования Реоэнцефалографии (A05.23.002 - код мед. услуги) при доказательных методах исследования мозговой гемомикроциркуляции, например, в стандарте «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройствах, генерализованном тревожном расстройстве в амбулаторных условиях психоневрологического диспансера (диспансерного отделения, кабинета)», приказ Минздрава России от 20.12.2012 N 1225н и в стандарте «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при вирусном энцефалите, миелите», приказ Минздрава России от 24.12.2012 N 155н.

Профильный контроль качества медицинской помощи по отдаленным результатам. Модель инсульта позволяет в медицинской организации оценить качество оказания многопрофильной (терапевтической, кардиологической, функциональной диагностики и др.) и монопрофильной (неврологической) медицинской помощи. В группе детерминированных осложнений различных нозологических форм сердечно сосудистых заболеваний являются инфаркт миокарда и инсульт. Специалистами ФГБУ Поликлиники №1 УПД Президента РФ проведенный анализ заболеваемости среди прикрепленного контингента инфарктом миокарда и инсультом с 2000 по 2014 годы показал, что за 15 лет комплексных профилактических мероприятий и терапевтической коррекции показатель заболеваемости инфарктом миокарда снизился с 9,5 до 2,6 и инсультом с 6,0 до 2,9 на 1000 прикрепленного контингента. Персонифицированные программы

восстановительного лечения и вторичной профилактики свершившегося инсульта уменьшили частоту повторных инсультов за 15 лет с 0,24 до 0,03 на 1000.

Перспективы. Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденная Постановлением Правительства РФ от 15.04.2014 N 294 в подпрограммах:

«Совершенствование оказания специализированной, высокотехнологичной медицинской помощи, скорой, скорой специализированной медицинской помощи, медицинской эвакуации», «Экспертиза и контрольно-надзорные функции в сфере охраны здоровья», «Управление развитием отрасли» определила цели:

соответствие деятельности медицинских организаций порядкам и стандартам оказания медицинской помощи; обеспечение оказания медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи; повышение эффективности управления качеством медицинской помощи.

Выводы.

Стандарты первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи регламентированы приказами Минздрава России от 2012 г. без последующих редакций.

Соблюдение нормативных требований по предельно четкому соблюдению порядков медицинской помощи и стандартов медицинской помощи возможно при условии методологической коррекции существующих стандартов медицинской помощи, созданию недостающих.

Интегративный подход в лечении детерминированных заболеваний определяет позитивные результаты.

ТОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ЛИМБИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ (НЕЙРОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ)

Мкртчян Н.С.

Институт Традиционной Медицины, Армения

Лимбическая система включает структуры, имеющее стратегическую важность в сознательной и бессознательной деятельности человека. Вовлеченность этих структур в неврологических и соматических патологиях отмечается многими исследователями. Традиционно, в топической диагностике наряду с глубоким изучением рефлексорной сферы, движений, чувствительности раздел патологии лимбической системы представлен весьма скудно. Несмотря на широкую распространенность патологии лимбической системы (неврозы, невротические расстройства, диэнцефальные синдромы) в классической неврологии не описаны методы топического анализа и системалогии этих расстройств.

Исследование литературного материала в области экспериментальной неврологии, нейробиологии, нейроморфологии и нейрофизиологии позволили выделить и систематизировать ряд признаков, которые на наш взгляд могут служить весьма своеобразными маркерами, характеризующее отношения между разными

отделами лимбической системы и в мозговых структур в целом. Данные признаки описаны и отделенными экспериментальными исследованиями, в том числе и при наблюдениях за людьми.

Нами было проведено короткое, пилотное исследование, в котором изучалась переноса в область неврологической диагностики указанных признаков описанных в экспериментальной медицине на животных. Целью данного исследования оценка возможности выявления расстройств тех или иных структур лимбической части мозга путем сопоставления особенностей деятельности, поведения неврологических больных с экспериментальными данными. Также произведена попытка систематизации уровней патологии лимбической системы, в основу которого мы положили эволюционный аспект межструктурных взаимоотношении внутри лимбического мозга.

В результате выявлено, что, несмотря на разнообразие поведенческих и чувствительных паттернов, встречающееся у больных, существуют общие закономерности, которые согласуются с экспериментальными данными и могут указать на нарушенные межядерные отношения.

В заключении стоит подчеркнуть, что эти выявленные в эксперименте признаки и на больных могут служить как диагностическими маркерами расстройств лимбической системы, так и описать межструктурные отношения внутри лимбического мозга.

Материал, тематика, подход является весьма новым, инновационным, и по этому нуждается не только в развернутом клиническом исследовании, но и в широком обсуждении.

МЕТАТАРЗАЛГИЯ МОРТОНА: АКТУАЛЬНАЯ ПРИЧИНА БОЛЕЙ В СТОПЕ

Пельменева Е.А.¹, Карышев Ю.В.¹, Лаукарт Е.Б.¹, Васильев А.С.²

1 - ФГБУ «ЦКБ с поликлиникой УД Президента РФ»

2 – ФГБУ ДПО «ЦГМА» УД Президента РФ

Введение: Невропатия общих подошвенных нервов (метатарзалгия Мортон(ММ), болезнь Мортон)– была описана в 1876 году американским хирургом Т.Г. Мортоном. ММ характеризуется внезапно появляющимися интенсивными приступообразными болями в области головок V-III, реже II плюсневых костей, или у основания тех же пальцев. Боли возникают после длительной ходьбы, бега, но могли появиться и в покое, а усилиться при сгибании стопы. Во время приступа, который длится от 1 до 15 минут, болевая зона распространяется на всю переднюю часть стопы, реже на всю стопу и проксимально на голень.

Цель исследования: клинико-инструментальная оценка пациентов с метатарзалгией Мортон

Материал и методы: Под нашим наблюдением было 14 пациентов (все – женщины) с метатарзалгией Мортонa. Средний возраст на момент обращения составил $49,2 \pm 6,7$ лет (34 – 59 лет). Длительность заболевания $1,5 \pm 1,2$ года (от 4 месяцев до 4 лет).

При проведении исследования использовались плантоскопия, ЭНМГ, МРТ, ультразвуковое исследование, рентгенография.

Результаты и их обсуждение: У всех пациенток выявлено плоскостопие (поперечное или комбинированное), разница в длине нижних конечностей (до 1 см). Симптомы наблюдались именно на «короткой» ноге. Боль провоцировалась давлением тупым предметом на область III межпальцевого промежутка (симптом Тинеля), выявлялся участок патологической подвижности в области I метатарзального сегмента, оmozолелости под головками II и III метатарзальных костей. Гипестезия или гиперпатия выявлялась на коже III-IV пальцев. Характерно, что снятие обуви вызывало исчезновение боли, а сжатие стопы в поперечном направлении (симптом Молдера, маневр Генслена) провоцировало резкую боль.

На рентгенограммах отмечались: гипотрофия II метатарзальной кости, атрофические остеофиты основных суставов пальцев стопы, а также расхождение плюсневых костей, деформирующий артроз мелких суставов стопы.

Сопоставимую диагностическую ценность при ММ имели ультразвуковое исследование и магнитно-резонансная томография стопы. Наиболее точно оценить поперечный диаметр невромы можно при проведении МРТ в позиции лежа с пронираванными стопами.. Корреляции между размером невромы (5 мм и более) и выраженностью болевого синдрома не выявлено.

Заключение: Таким образом, метатарзалгия Мортонa – компрессионно-тракционная невропатия общих подошвенных межпальцевых нервов (чаще III), которая возникает у женщин среднего возраста, с поперечным плоскостопием, имеющих специфические поструральные нагрузки (ношение обуви на каблуках, работа «на корточках»). *Клиническими* критериями диагноза ММ являются :1)наличие характерного болевого паттерна, 2)положительные симптомы Тиннеля , Молдера, Генслена, компрессионный тест., 3)пальпируемая «псевдоневрома». Дополнительным *инструментальным* критерием является наличие невромы более 5 мм, визуализируемой при МРТ или УЗИ стопы.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЙ ПСИХОМОТОРНОГО И РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

**Полякова Т.Л.¹, Кузенкова Л.М.², Подклетнова Т.В..², Увакина Е.В..²,
Марченко В.В.¹, Серебрякова О.В.¹, Парусникова О.В.¹, Маньшина В.В.¹,
Воронкова В.С.¹.**

¹ФГБУ «ДМЦ» УДП РФ, Москва

²ФГАУ «НЦЗД» МЗ РФ (Минздрава РФ), Москва.

Актуальность. Детские неврологи и смежные специалисты, активно наблюдающие детей с задержкой речевого развития, нередко проводят гипердиагностику данной патологии, что ведет к необоснованным обследованиям и назначениям медикаментозной терапии. Отнесение ребенка к категории неврологически здоровых или больных возможно лишь при динамическом наблюдении. При оценке психомоторного и предречевого (речевого) развития, нужно помнить, что темпы и особенности развития конкретного ребенка индивидуальны. Наиболее важным является динамика темпов развития. Необходимо понимать, что в общей популяции присутствуют группы здоровых детей, имеющих асинхронию или гетерохронию развития (более быстрые или медленные темпы развития одной функции (моторики) по сравнению с другими (психоречевой). /Пальчик А.Б. Эволюционная неврология. – СПб.: Питер, 2002. – 383 с./). Задержки развития необходимо дифференцировать с гетерохронией или асинхронией развития: неравномерность развития различных функциональных систем между собой (более быстрые темпы моторного развития по сравнению с психическим развитием и т.д.). Скворцов И.А., Ермоленко Н.А., (2003), выделяют четыре варианта нормального развития: 1) гармоничный вариант развития; 2) вариант развития с задержкой формирования функции произносимой речи; 3) вариант развития с задержкой формирования функций крупной и мелкой моторики; 4) вариант опережающего развития. Скворцов И.А. и Ермоленко Н.А. считают вариантом нормального психоневрологического развития задержку формирования речевых и моторных функций, если она компенсируется к 2,5 годам и не сопровождается отставанием развития других психоневрологических функций. Актуальность рассматриваемой проблемы обусловлена существенными различиями в представлениях о диагностических критериях в России и за рубежом. Для ранней и объективной диагностики уровня психомоторного и речевого развития (ПМРР) необходима как качественная, так и его количественная оценка. Оценка психоневрологического статуса (крупной и мелкой моторики, зрительного и слухового восприятия, эмоций и коммуникаций, навыков самообслуживания, импрессивной и экспрессивной речи, интеллекта, игры и т.д.) ложится в основу большинства диагностических тестов детей младенческого и раннего возраста. В настоящее время отсутствует единый методологический подход к оценке ПМРР ребенка. Это может приводить (и часто приводит), как к гипердиагностике (что

ведет к неоправданному лечению и превращает ребенка с пограничным состоянием в больного), так и к несвоевременности оказания не только медицинской, но и психолого-педагогической помощи.

Материалы и методы. В период с 2005 по 2015 годы было оценено ПМРР 300 детей с соматической патологией и 75 соматически здоровых детей в возрасте от месяца до трех лет. Исследуемые дети с соматической патологией были разделены на четыре группы (по 75 детей в каждой). Первая группа состояла из детей с диагнозом железодефицитная анемия (D 50.9) (легкой и средней степени тяжести; диагноз поставлен при рождении), вторая группа – с аллергическими заболеваниями (L 20) (аллергическим дерматитом, атопическим дерматитом), (диагноз поставлен в первом полугодии), третья группа – с инфекцией мочевой системы (N 39.0), (диагноз поставлен в первом полугодии), четвертая – дети с отклонениями в сердечнососудистой системе (Q 21), (малыми аномалиями развития сердца (МАРС) (диагноз поставлен при рождении): аномально расположенные хорды и трабекулы, пролапсы сердечных клапанов, пролабирующие гребенчатые мышцы, открытое овальное окно, функционально узкая аорта. Критериями включения были: доношенность, отсутствие признаков повреждения ЦНС во время беременности и родов, отсутствие проявлений гипоксически-ишемических поражений ЦНС, опухолей, эндокринной патологии, нарушения обмена веществ, отсутствие генетической патологии, выявление соматической патологии при рождении или в первом полугодии жизни. Критериями исключения были: недоношенность, внутриутробная гипотрофия, наличие структурных изменений ЦНС, оценка по шкале Апгар ниже 7 баллов при рождении, наличие эпилептиформной активности на ЭЭГ. Оценивалось психомоторное развитие в динамике в возрасте одного года, двух и трех лет. Выяснялась частота встречаемости психомоторной и речевой патологии в указанные сроки. Для оценки уровня ПМР в возрасте одного года были использованы балльная шкала Л.Т.Журбы и Е.М.Мастюковой (ЖМ), тест Г.В.Пантюхиной, К.Л.Печора, Э.Л.Фрухт (ППФ) и авторская шкала психомоторного и речевого развития (ШПМРР). Учитывая, ограниченное время, выделяемое на прием невролога, взяв за основу формализованные карты исследования психоневрологических функций у детей первых семи лет жизни И.А.Скворцова и Н.А.Ермоленко, была разработана ШПМРР оценки психомоторного и речевого развития детей от года до трех лет. Карта И.А.Скворцова и Н.А.Ермоленко универсальна и может использоваться у детей от «0» до 7 лет при парциальном или тотальном типе задержки психомоторного и речевого развития, а также при любой степени выраженности задержки психомоторного развития (легкая, умеренная, выраженная). Вследствие неравномерности развития психоневрологических функций, карта составлена с учетом различий начального этапа формирования отдельных навыков и функций. В карте представлены и описаны сроки психоневрологического развития следующих функций: крупной и мелкой моторики, зрительного и слухового восприятия, импрессивной и экспрессивной речи, интеллекта, конструирования, эмоций, коммуникаций, самообслуживания и игры. Вследствие отсутствия разграничений функций на начальном этапе развития у детей, зрительное

восприятие слито с эмоциями (дифференцированное восприятие близких и знакомых), интеллектуальное развитие – со зрительно-моторной координацией (нажимает кнопки на музыкальной игрушке), импрессивная речь – со слуховым восприятием (понимает речевые команды без жестового подкрепления). Разработанная нами шкала дает возможность быстро и объективно оценить психомоторное и речевое развитие ребенка. Шкала содержит по десять пунктов для каждой возрастной категории (оценка психомоторного и речевого развития проводится в декретированные сроки в 1 год ± 1 мес., в 2 года ± 1 мес., в 3 года ± 1 мес.). В ШПМРР представлена оценка зрительного и слухового восприятия, оценка речи и конструирование, оценка мелкой моторики и координации. В каждой возрастной группе оцениваются когнитивные функции: восприятие, мышление, внимание, память, праксис и речь. При невыполнении задания ставится «0», при положительном результате ставится «1». Сумма от 8 до 10 баллов расценивается как норма; 7-5 баллов - легкая задержка психомоторного и речевого развития (ЛЗПМРР); 4-2 балла – умеренная задержка психомоторного и речевого развития (УЗПМРР); менее 2 баллов – выраженная задержка психомоторного и речевого развития (ВЗПМРР). В возрасте двух и трех лет применялись: Денверский тест развития (Denver Developmental Screening Test) (ДТ), тест Г.В.Пантюхиной, К.Л.Печора, Э.Л.Фрухт и ШПМРР для оценки психомоторных и речевых функций. Нами проводилась визуальная оценка ЭЭГ по общепринятым схемам (Жирмунская Е.А., 1991, Благосклонова Н.К и соавт., 1994). При оценке реакции на ритмический свет отмечалось наличие или отсутствие реакции усвоения ритмов световых мельканий, появление или усиление пароксизмальной реакции, эпи-знаков. При визуальной оценке определялась принадлежность ЭЭГ к одному из пяти типов по классификации Жирмунской Е.А. (1991), адаптированной к детскому возрасту (Горбачевская Н.Л., Якупова Л.П., 1999).

Полученные данные обрабатывались с использованием пакета прикладных программ Microsoft Excel/XP (2003). Для оценки качественных показателей использовались непараметрические методы исследования. При интерпретации результатов использовались стандартные методы сравнительного анализа и описательной статистики. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Из 300 обследованных детей с соматической патологией ЗПРР была «выявлена» на первом году у 86,3% детей, на втором году у 67,7% детей, на третьем году у 21,7% детей. В группе соматически здоровых детей к году было более трети здоровых (36%), к 2 годам более половины (52%), а к 3 годам подавляющее большинство (92%). В результате проведенного неврологического лечения (одновременно с коррекцией соматического статуса) в I группе ЗПРР к году «диагностировалась» у 100% детей, во II группе у 84,0% детей, в III группе у 85,3% детей, в IV группе у 76% детей. К двум годам ЗПРР в I и во II группах отмечалась у 88% детей, в III группе у 53,3% детей, в IV группе у 41,3% детей. К трехлетнему возрасту в I группе ЗПРР выявлялась у 25,3% детей, во II группе у 29,3% детей, в III группе у 24% детей, в IV группе у 8% детей. К трем

годам 8,3% детей, не получавших лечение, и 6,9% детей, получавших лечение, имели ЗПРР, в отличие от детей с железодефицитной анемией (34,8% и 9,1% соответственно) и аллергическими заболеваниями (33,3% и 21,4% соответственно). Наибольшее количество детей с ЗПРР в группах с соматической патологией отмечалось в возрасте одного года и в возрасте двух лет. К трехлетнему возрасту этот показатель значительно снижался во всех исследуемых группах. При анализе отдельных характеристик ЭЭГ был установлен ряд признаков, свидетельствующих о существовании некоторой задержки формирования биоэлектрической активности головного мозга у детей с «нарушением» психоречевого развития. Так, средняя частота альфа-ритма на ЭЭГ детей с железодефицитной анемией и аллергическими заболеваниями, с задержкой психоречевого развития, начиная с возраста двух-трех лет, была на 0,5 – 2 Гц ниже, чем в группе соматически здоровых детей. Уровень медленноволновой активности был увеличен; не наблюдалось уменьшения количества медленных колебаний с возрастом, в связи с чем, общий вид ЭЭГ у этих детей соответствовал более младшему возрасту. Показано, что проводимое лечение влияет на биоэлектрическую активность головного мозга в виде уменьшения медленноволновой активности и учащения альфа-ритма во всех исследуемых группах.

Выводы:

1. В ходе проведенного сравнительного анализа между всей выборкой детей с соматической патологией и группой соматически здоровых детей, достоверно установлено ($p < 0,05$), что **соматические заболевания оказывают влияние на психомоторное и речевое развитие (ПМРР) во всех возрастных группах**. В отличие от детей с соматическими заболеваниями, в возрасте от года до трех лет, в группе сравнения не встречались дети с умеренной и выраженной задержкой психомоторного и речевого развития, а доля детей с нормальным психомоторным и речевым развитием была достоверно больше.

2. Сравнительный анализ ПМРР между группами с соматической патологией достоверно ($p < 0,05$) показал, что наилучшие показатели ПМРР были в группе детей с патологией сердечнососудистой системы (МАРС), наиболее низкие показатели уровня ПМРР имели дети с железодефицитной анемией. Таким образом, результаты проведенного нами исследования показали, что железодефицитная анемия может иметь долгосрочное отрицательное влияние на развитие ПМРР, в отличие от малых аномалий развития сердца, которые существенно не оказывают влияния на ПМРР (результаты данной группы сопоставимы с результатами соматически здоровых детей).

3. При оценке ПМРР в возрасте **двух лет** с помощью таблиц ППФ и ШПМРР, в отличие от других групп, в группе с аллергическими заболеваниями были выявлены дети с выраженной задержкой психомоторного и речевого развития. Все эти дети наблюдались с атопическим дерматитом, которым проводились частые болезненные медицинские манипуляции, в том числе в условиях стационара. При этом им не проводилась медикаментозная терапия для коррекции задержки ПМРР из-за основного заболевания. Атопический дерматит, являясь хроническим, часто прогрессирующим заболеванием, требующим регулярного обследования и

длительного лечения, приводит к невротизации пациентов, развитию астенических проявлений, повышенного эмоционального напряжения, нарушению когнитивных функций и, как следствие, задержке развития. Таким образом, наше исследование показывает, что причиной задержки ПМРР скорее является не само заболевание, а его лечение (болезненные манипуляции и процедуры, частые госпитализации).

4. Результаты ДТ и ШПМРР, а также ЖМ и ШПМРР в группе детей с соматической патологией достоверно отличаются ($p<0,05$). Аналогичные отличия наблюдаются и по результатам исследования по шкале ППФ. В группе соматически здоровых детей подобных достоверных различий нет, однако имеется похожая направленность. Шкалы ЖМ и ДТ имеют качественные отличия по сравнению с ППФ и ШПМРР. В шкале ЖМ делается акцент на моторное развитие. В ДТ по сравнению с тестами ППФ и ШПМРР имеются расхождения в возрастных нормативах развития (тесты ППФ и ШПМРР имеют более жесткие (высокие) показатели).

5. По своим результатам шкалы ППФ и ШПМРР сопоставимы во всех возрастных периодах, как в группе детей с соматической патологией, так и у соматически здоровых детей. При этом при тестировании с помощью ШПМРР требуется значительно меньше времени, что актуально на амбулаторном приеме.

6. В результате проведенного статистического анализа, получено, что с возрастом процент детей, имеющих нормальное развитие, увеличивается, а количество детей с задержкой ПМРР уменьшается. Это прослеживается как в выборке детей с соматической патологией, так и в группе соматически здоровых детей. Это говорит об адекватности тестов, в том числе и ШПМРР.

7. На основании статистической обработки показателей каждого теста было установлено, что отклонений в моторном развитии не отмечалось во всех возрастных группах, как в группе соматически здоровых детей, так и в выборке детей с соматической патологией. **Ретроспективно, можно делать вывод, что дети, которые наблюдались с задержкой ПМРР, часто имели вариант нормального развития с задержкой формирования функции произносимой речи.**

8. В группе соматически здоровых детей по сравнению с детьми с соматической патологией в возрасте одного года более трети были с нормальным психомоторным и речевым развитием, в два года их было более половины, к трем годам — подавляющее большинство. **Присутствие детей с легкой задержкой психомоторного и речевого развития в группе соматически здоровых детей объясняется асинхронией (гетерохронией) развития (более быстрые темпы моторного развития по сравнению с психоречевым).** Таким образом, можно говорить о **варианте нормального развития, с задержкой формирования функции произносимой речи.**

9. Уровень ПМРР зависел от сопутствующего соматического заболевания и от возрастного периода: наибольшая статистически значимая доля ($p<0,05$) неврологически здоровых детей в выборке с соматической патологией приходилась на группу детей с МАРС, наименьшая на группу с железодефицитной анемией ($p<0,05$); наибольшая доля детей ($p<0,05$) с задержкой ПМРР во всех четырех

группах с соматической патологией отмечалась в возрасте одного года и в возрасте двух лет. К трехлетнему возрасту этот показатель значительно снижался во всех исследуемых группах ($p < 0,05$).

Заключение. Анализ проведенной нами работы, показал, что при оценке психомоторного и речевого развития необходимо учитывать асинхрония развития: более быстрые темпы моторного развития по сравнению с развитием речи, навыками общения и ухода за собой (вариант нормального развития с задержкой формирования функции произносимой речи) /Скворцов И.А., Ермоленко Н.А. (2003)/. Таким образом, в возрасте до 2,5 лет (ретроспективно) **в нашем исследовании речь скорее шла не о задержке развития, а о диспропорциональном развитии.** Необходимо помнить, что первые три года жизни являются важным и ответственным этапом развития ребенка. В этот возрастной период незамеченные или показавшиеся незначительными отклонения от нормального развития могут привести к последствиям в старшем возрасте: нарушению формирования высших психических функций, задержке когнитивного развития, значительным проблемам в процессе школьного обучения и, как следствие, нарушению социальной адаптации в обществе.

КОРРЕКЦИЯ РЕЧЕВЫХ И КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ В ПРОГРАММАХ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ

Романов А.И., Каллистов Д.Ю., Федина Н.В., Тихонова Е.О.

*ФГБУ «Центр реабилитации» Управления делами Президента РФ,
Московская область*

Совершенствование программ реабилитации в неврологии является актуальной медико-социальной задачей. Высокий уровень инвалидизации пациентов, перенесших церебральный инсульт, обуславливает большие экономические затраты системы здравоохранения и домохозяйств. Опыт работы неврологической службы ФГБУ «Центр реабилитации» свидетельствует о высокой эффективности комплексных индивидуальных реабилитационных программ, направленных на коррекцию основных синдромов, связанных с церебральным инсультом. Существенное место в структуре этих симптомокомплексов занимают речевые и когнитивные нарушения. Выбор оптимальной стратегии коррекции этих расстройств в рамках этапной системы реабилитации остается важной теоретической и практической задачей.

Цель настоящего исследования заключалась в проведении анализа распространенности речевых и нейрокогнитивных нарушений у пациентов с цереброваскулярными заболеваниями, проходивших реабилитацию в различные сроки от начала заболевания и оценке эффективности методик их коррекции.

Пациенты и методы. Отбор пациентов, перенесших ОНМК и поступивших на реабилитацию в различные сроки после начала заболевания осуществлялся логопедом и/или нейропсихологом на заседании реабилитационной комиссии.

Пациенты или их законные представители заполняли стандартную форму информированного согласия. Были сформированы 2 подгруппы пациентов с учетом величины временного интервала, прошедшего после начала заболевания. В первую подгруппу были включены пациенты проходившие реабилитацию в ранние сроки (от 2 до 6 недель) после возникновения первого инсульта. Вторую подгруппу составили лица, проходившие реабилитацию в поздние сроки (более 1 года) после ОНМК. Оценка выраженности неврологического дефекта проводилось с использованием шкалы инсульта НИЗ. Выполнено логопедическое и экспериментальное психологическое исследование методом клинического обследования и анкетного опроса, включающее в себя выполнение ряда тестов. В течение программы реабилитации с каждым из пациентов проведено от 10 до 15 индивидуальных занятий с логопедом и нейропсихологом.

Результаты и обсуждение. Первую группу составили 54 пациента (32 мужчин и 22 женщины, средний возраст $58,3 \pm 10,2$ года; во вторую группу были включены 56 пациентов (33 мужчины и 23 женщины, средний возраст $60,1 \pm 8,6$ лет). Ишемический инсульт был диагностирован у 73% больных первой группы и 75% второй группы.

Результаты нейропсихологических и логопедических исследований перед началом реабилитационных мероприятий свидетельствуют о том, что нарушения импрессивной речи были выявлены у 19 (35%) первой группы и 18 (32%) второй группы, в том числе нарушения понимания логико-грамматических оборотов у 11 (20%) и 10 (18%) пациентов, снижение речевой активности у 8 (15%) и 10 (18%), нарушения праксиса у 17 (31%) и 21 (38%) больного, нарушения памяти у 27 (50%) и 31 (55%) больного, расстройства интеллектуальной деятельности – у 21 (39%) и 25 (45%) больных. Контрольное исследование, проведенное по завершении программ реабилитации, показало улучшение речи у 34 (63%) пациентов 1 группы и 27 (48%) 2-й группы. Выраженность расстройств интеллектуальной деятельности уменьшилась у 43 (80%) больных 1 группы и 37 (66%) пациентов второй группы.

Таким образом, речевые нарушения и когнитивные расстройства широко распространены в подгруппах пациентов, проходящих реабилитацию в ранний и отсроченный период после перенесенного ОНМК. Комплекс логопедических и нейропсихологических методик дает наилучшие результаты при применении в ранние сроки после начала заболевания.

ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА ПРИ ПРОБЛЕМНО-ОРИЕНТИРОВАННОМ ПОДХОДЕ В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА.

Саркисян А.М., Камаева О.В.

СПб ГБУЗ «ГМПБ №2», Санкт-Петербург, Россия.

Необходимость ортопедической поддержки в реабилитационном ведении пациентов, перенесших инсульт, диктуется всеми тремя доменами концепции Международной классификации функционирования (МКФ). Показаниями могут быть проблемы, связанные с нарушением структуры и/или функции организма, активности и участия, т.е. деятельности, а также с важными факторами окружающей среды.

Типичными нарушениями структуры, требующие назначения ортопедической поддержки являются сублюксация плеча, гонартроз или повреждения связок голеностопного сустава. Нарушения функций, требующие ортопедической поддержки: боль; нарушение проприоцептивной чувствительности, приводящей к сенсорному парезу и нестабильности сустава; истинный парез с невозможностью принятия веса конечностью или сопротивления силе гравитации, нарушение мышечного тонуса.

При нарушении ходьбы страдают все виды деятельности, с нею связанные. Необходимо вовремя рассмотреть варианты применения ортопедической поддержки суставов нижних конечностей, чтобы не допустить травматизации, и поддержать более правильный паттерн ходьбы. Важно иметь в виду, что при выраженной боли в плече, вызванной сублюксацией плеча нарушаются не только движения в руке и различная бытовая активность, например, умывание, стоя у раковины, одевание и т.п., но и такие виды деятельности, как переход в положение сидя, пересаживание, вставание, ходьба.

Важными факторами окружающей среды, влияющими на подбор и применение ортезов являются необходимость ходьбы на длительные расстояния, неровность поверхности, вид обуви, социальная и финансовая ситуация пациента.

Таким образом, назначение ортопедической поддержки – многофакторное решение. Следует избегать стандартного подхода, основанного на диагнозе, а не на анализе списка проблем конкретного пациента в концепции МКФ и знании многообразия предлагаемых производителями качественных ортопедических изделий.

Например, 2-м пациентам, имеющим недостаточное тыльное сгибание стопы, может быть применена различная ортопедическая поддержка. Для пациента, с преимущественной проблемой отсутствия активности в мышцах тыльного сгибания стопы из-за нарушенной проприоцептивной чувствительности, совершающего недолгие выходы из дома, оптимальным решением может быть пластмассовый стоподержатель на 2/3 стопы (например, Dyna Ankle), сохраняющий перекал с пятки на носок и стимулирующий таким образом чувствительность. А для пациента со стопой, находящейся в излишнем подошвенном сгибании вследствие

Москва, 02.11.2016г. Материалы VII Российской научно-практической конференции с международным участием

повышенного при нагрузке тонуса разгибателей стопы, ежедневно перемещающегося на работу в общественном транспорте, следует рассмотреть возможность назначения карбонового стоподержателя на всю стопу (например, WalkOn® Flex), т.к. он не будет стимулировать дополнительное подошвенное сгибание, позволит носить модельную обувь, компенсирует слабый подошвенный толчок, содействуя, тем самым, длительной и более симметричной ходьбе.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Сипко Г.В., Каллистов Д.Ю., Романов А.И.

ФГБУ «Центр реабилитации», Московская область

Анализ статистических данных свидетельствует о сохраняющейся тенденции к росту распространенности онкологических заболеваний головного и спинного мозга среди населения развитых стран. Так, частота возникновения новых случаев глиомы мозга составляет 8 на 100 тыс. населения ежегодно (International Agency for Research on Cancer, 2007) [1]. Внедрение инновационных методик хирургического лечения опухолей мозга, лучевой и химиотерапии, других методик, относящихся к высокотехнологичной медицинской помощи, требует и повышения эффективности программ реабилитации данной категории пациентов.

Нормативная база медицинской реабилитации в РФ за последние 5 лет получила определенное развитие. Вышел ряд законов и приказов, существенно расширяющих возможности проведения реабилитационных мероприятий, в том числе и у онкологических больных. Так, в Федеральном законе от 21 ноября 2011 г. "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" в определение реабилитации, кроме медицинской, введена и психологическая составляющая, что требует совершенно по-новому осуществлять такой мультидисциплинарный подход [2]. На основе нового закона был издан основополагающий приказ Минздрава России от 29 декабря 2012 г. № 1705н «О порядке организации медицинской реабилитации» [3].

Опыт ФГБУ «Центр реабилитации» позволяет выделить ряд приоритетных направлений деятельности при организации реабилитационной помощи больным с онкологическими заболеваниями ЦНС.

Научно-методические основы. Включение в программы реабилитации эффективных с позиций доказательной медицины и безопасных методик ЛФК, кинезиотерапии, физиотерапии, психотерапевтических и нейропсихологических методик, методов коррекции расстройств сна позволяет улучшить функциональные исходы реабилитации у курабельных больных и качество жизни у пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи. За последние годы были получены данные, свидетельствующие об отсутствии негативного влияния ряда методик ФТЛ

(магнитотерапия, лазеротерапия, электростимуляция и пр.) на прогрессирование опухолевого процесса. Продолжение исследований, направленных на изучение долговременных эффектов применяемых методик ФТЛ, остается актуальной задачей.

Организационные принципы. Организация реабилитационной помощи предусматривает создание команд специалистов по основным реабилитационным направлениям (реабилитационных комиссий), которые коллегиально определяют реабилитационный диагноз и реабилитационный прогноз пациента, набор лечебно-реабилитационных процедур, контролируют эффективность проведенных мероприятий. Формулируемый комиссией реабилитационный прогноз, понимаемый как медицински обоснованная вероятность достижения намеченных целей реабилитации в намеченный отрезок времени с учетом характера заболевания, его течения, индивидуальных ресурсов и компенсаторных возможностей позволяет конкретизировать сроки и объем мероприятий в рамках стандарта реабилитационной помощи. Соответствие медицинской помощи установленным стандартам в настоящее время является обязательным условием ее предоставления. Отсутствие к настоящему времени утвержденных федеральных стандартов медицинской реабилитации в онко-неврологии обуславливает необходимость разработки на уровне учреждений локальных клинических стандартов (протоколов), имеющих статус стандарта учреждения. Учитывая комплексный характер медицинской услуги, стандарт учреждения по оказанию реабилитационной помощи, по нашему мнению, должен включать в себя медицинскую, сервисную и информационную составляющие.

Роль психотерапевтических методик в реабилитации нейро-онкологических больных. Астено-невротические, аффективные, личностные расстройства, нарушения сна с высокой частотой выявляются у пациентов с онко-неврологическими заболеваниями [4]. Так, клинически значимая депрессия выявляется у 20% пациентов с выявленной глиомой мозга (Trask PS, 2004) [5]. Наличие депрессии ассоциировано с худшим прогнозом выживаемости больных (Satin JR, 2009) [6,7]. Комплексный психотерапевтический подход, включающий индивидуализированный подбор медикаментозной терапии, позволяет не только улучшить качество жизни больных, но и обеспечить лучший прогноз для жизни (Walker AJ, 2012) [8].

Литература

1. International Agency for Research on Cancer. Cancer incidence in five continents. Vol IX. IARC Scientific Publications No. 160. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2007
2. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"
3. Приказ МЗ РФ от 29 декабря 2012 г. N 1705н «О порядке организации медицинской реабилитации»

4. Rooney AG, McNamara S, MacKinnon M, et al. Frequency, clinical associations, and longitudinal course of major depressive disorder in adults with cerebral glioma. J Clin Oncol 2011;29:4307–12.
5. Trask PC. Assessment of depression in cancer patients. J Natl Cancer Inst Monogr 2004;32:80–92.
6. Satin JR, Linden W, Phillips MJ. Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients. Cancer 2009;115:5349–61.
7. Mainio A, Hakko H, Timonen M, et al. Depression in relation to survival among neurosurgical patients with a primary brain tumor: a 5-year follow-up study. Neurosurgery 2005;56:1234–42.
8. Walker AJ, Card T, Bates TE, et al. Tricyclic antidepressants and the incidence of certain cancers: a study using the GPRD. Br J Cancer 2011;104:193–7.

ВЛИЯНИЕ НЕЙРОПЕПТИДНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ГИСТО- МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ НЕЙРОНОВ КОРЫ В УСЛОВИЯХ ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Соколик Е.П.¹, Беленичев И.Ф.²

1 – Кафедра общей и клинической фармакологии Одесского национального медицинского университета, г. Одесса, Украина;

2 – Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры Запорожского государственного медицинского университета, г. Запорожье, Украина.

Ключевые слова: нейрон, гиппокамп, глия, алкоголизация, цереброкурин, нейропротекция.

Введение. Интоксикация алкоголем, длящаяся годами, вызывает стойкие морфологические изменения в различных органах [1, 2]. Больным с хронической интоксикацией алкоголем свойственны диффузные изменения, распространенные по всей нервной системе и очаговые поражения (местный паренхиматозный распад, глиозные рубцы, кровоизлияния, преимущественно расположенные в определенных местах, главным образом под эпендимой на дне III желудочка, в сильвиевом водопроводе); отмечаются также изменения в периферических нервах [3-5]. При хронической алкогольной интоксикации в связи с изменениями в синапсах наблюдается частичное разобщение межнейрональных ансамблей и, как следствие этого, появляется морфофункциональная основа развития алкогольной болезни и асоциального поведения индивидуума [6-8]. Поиск новых путей фармакокоррекции морфофункциональных изменений нейро-глиальных структур головного мозга и восстановление межнейронных взаимодействий является актуальным и необходимым вопросом современной медицины [9-11]. В этом плане мы считаем целесообразным назначение препаратов пептидной структуры (цереброкурин, кортексин, церебролизин), которые продемонстрировали хорошие результаты при моделировании нами хронической алкогольной интоксикации у крыс.

Цель исследования: установить особенности и степень выраженности действия цереброкурина, кортексина и церебролизина на гисто-морфологические изменения нейронов коры в условиях хронической алкогольной интоксикации.

Материалы и методы. В опытах использовали 50 белых беспородных крыс-самцов с массой тела 180-220 грамм и возрастом 4,5 месяцев, которые содержались в виварии при свободном доступе к пище (стандартный гранулированный корм) и воды, при естественной смене дня и ночи.

Хроническую алкогольную интоксикацию вызывали ежедневным внутрижелудочным введением первые 10 дней – 15% раствора этанола в дозе 4 г/кг, следующие 10 дней – 15% раствора этанола в дозе 6 г/кг и последующие 10 дней крысам вводили 25% раствор этанола в дозе 4 г/кг. С 30 суток прекращали акоголизацию и проводили экспериментальную терапию изучаемыми препаратами и продолжали наблюдение в течение 14 дней. Все крысы были разделены на 5 групп: 1-я группа получала в течение 30 дней этанол и с 31 по 44 сутки цереброкурин в дозе 0,06 мг/кг; 2-я группа получала в течение 30 дней этанол и с 31 по 44 сутки церебролизин в дозе 4 мг/кг; 3-я группа получала в течение 30 дней этанол и с 31 по 44 сутки – кортексин в дозе 0,5 мг/кг; 4-я группа получала в течение 30 дней этанол (контроль); 5-я группа – интакт (вместо этанола – физиологический раствор).

Для проведения морфологических исследований ткань головного мозга экспериментальных животных помещали на сутки в фиксатор Буэна и после стандартной гистологической проводки ткань заключали в парафин. Для изучения морфологии нейронов на ротационном микротоме изготавливали срезы СА1-зоны гиппокампа толщиной 5 микрон. Срезы гиппокампа депарафинировали и окрашивали для определения нуклеиновых кислот галлоцианин-хромовыми квасцами по Эйнарсону. Морфометрические исследования проводили на микроскопе Axioskop (Zeiss, Германия). Изображение нейронов в области зоны СА1 гиппокампа, получаемые на микроскопе, с помощью высокочувствительной видеокамеры COHU-4922 (COCHU Inc., США) вводили в компьютерную программно-аппаратную систему цифрового анализа изображения VIDAS. Анализ изображений проводили в полуавтоматическом режиме.

Сравнение групп проводили при помощи критерия t-Стьюдента. Результаты исследования обработаны с применением статистического пакета лицензионной программы «STATISTICA for Windows 6.1» (StatSoft Inc., № AXX R712D833214SAN5), а также «SPSS 16.0», «Microsoft Excel 2003».

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. При проведении морфологических исследований нейронов IV–V слоев коры головного мозга крыс, установлено, что при хронической алкогольной интоксикации, на фоне интенсификации процессов свободно-радикального окисления, развития энергодефицита в тканях головного мозга, изменяется морфофункциональное состояние нейронов коры. Данные изменения выражаются в достоверном снижении плотности нейронов в группе контроля до $977,2 \pm 160,57$ нейрон/ мм^2 по сравнению с интактными животными, у которых данный показатель составлял $1399 \pm 194,28$ нейронов/ мм^2 . Экспериментальная терапия животных введением церебролизина, кортексина и цереброкурина демонстрировала эффект нейропротективного действия увеличением

плотности нейронов на 11,72%, 21,72% и 36,63% соответственно, по отношению к контрольной группе животных (табл. 1).

Таблица 1

Характеристика нейронов IV–V слоев коры головного мозга крыс с хронической алкогольной интоксикацией

Исследуемые показатели	Плотность нейронов (нейрон/мм ²)	Площадь нейронов (мкм ²)	Содержание РНК, (Е _{оп})
Контроль, N=10	977,2±160,57	60,6±9,68	5,1±0,84
Интакт, N=10	1399±194,28	80,8±12,83	10,4±2,02
Церебролизин, N=10	1091,7±217,49*	67,2±8,64*	7,2±1,08*
Кортексин, N=10	1189,4±207,69*	71,7±9,47*	8±1,42*
Цереброкурин, N=10	1335,1±174,19*	79,2±12,98*	9±1,55*

*- $p \leq 0,05$ относительно контроля;

Также нейропептидные препараты (церебролизин, кортексин и цереброкурин) увеличивали площадь нейронов коры на 10,89%, 18,32% и 30,69% соответственно по отношению к контролю и содержание РНК на 41,18%, 56,86% и 76,47% соответственно по отношению к контролю. При изучении глиальных клеток нами было отмечено уменьшения плотности глиальных клеток в группе контроля до 400,5±84,97 нейронов на мм², в то время как этот же показатель у группы интакта составил 523,7±81,57 нейронов на мм². После проведения курса нейропротективной терапии изучаемыми нейропептидами обнаружен положительный эффект – церебролизин, кортексин и цереброкурин увеличивали плотности глиальных клеток на 8,11%, 15,23% и 25,57% соответственно по отношению к контрольной группе (таблица 2).

Таблица 2

Характеристика глиальных клеток IV–V слоев коры головного мозга крыс с хронической алкогольной интоксикацией

Исследуемые показатели	Плотность глиальных клеток, (нейрон/мм ²)	Площадь глиальных клеток, (мкм ²)	Содержание РНК, (Е _{оп})
Контроль, N=10	400,5±84,97	20±3,8	3,01±0,58
Интакт, N=10	523,7±81,57	24,9±4,84	4,45±0,77
Церебролизин, N=10	433±101,82*	20,8±4,16*	3,38±0,67*
Кортексин, N=10	461,5±82,98*	22,5±4,75*	3,69±0,83*
Цереброкурин, N=10	502,9±116,13*	24,2±4,91*	4,01±0,9*

*- $p \leq 0,05$ относительно контроля;

Отмечено также уменьшение площади глиальных клеток в контрольной группе до 20±3,8 мкм², в то время как в группе интакта этот показатель составил 24,9±4,84 мкм². Церебролизин, кортексин и цереброкурин увеличили данный показатель на 4,0%, 12,5% и 21,0% соответственно по отношению к контролю. Также данные препараты оказали положительное влияние на содержание РНК в глиальных клетках, повысив данный показатель на 12,58% - церебролизин, 22,7% - кортексин и на 33,41% - цереброкурин по отношению к контролю. Плотность апоптотических клеток контрольной группы достигла показателя 202,1±39,94 на 1 мм², в то время как в группе интакта плотность апоптотических клеток составила 101,3±18,4

на 1 мм². В группе церебролизина плотность апоптотических клеток уменьшилась на 16,08%, в группе кортексина – на 24,69%, в группе цереброкурина – на 44,68% по отношению к контролю. Соответственно нейропептидные препараты уменьшали долю апоптотических клеток на 27,81% - церебролизин, на 39,74% - кортексин и на 59,72 % цереброкурин по отношению к группе контроля.

Выводы: 1. При формировании хронической алкогольной интоксикации у крыс в течение 30 дней в группе контроля отмечено уменьшение плотности, площади и содержания РНК в нейронах и глиальных клетках IV–V слоев коры головного мозга, а также увеличение плотности и доли апоптотически измененных клеток.

2. Проведенная 14-дневная терапия нейропептидными церебропротекторами (церебролизин, кортексин и цереброкурин) оказала положительное влияние на площадь, плотность и содержание РНК как нейронов, так и глиальных клеток, значительно уменьшила процессы апоптоза.

3. Определен наиболее эффективный препарат – цереброкурин, который значительно превосходил вышеуказанные препараты по всем изучаемым показателям и рекомендуется для включения в традиционную схему лечения алкоголизма.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Вовк Е.И., Зайратьянц О.В., Колобов С.В., Верткин А.Л. Алкогольная поливисцеропатия как базис заболевания внутренних органов у населения России // Терапевт. – 2006. – № 11–12. – С. 14-26.
2. Евсеев В.А., Давыдова Т.В., Ветрилэ Л.А. Общность нейроиммунологических механизмов наркомании, алкоголизма, эпилепсии, неврогенных болевых синдромов // Вестник Российской АМН. – 2006. – № 7. – С. 38-42.
3. Окнин В.Ю. Синдромы алкогольного поражения нервной системы // Терапевт. – 2007. – № 1–2. – С. 61-67.
4. Шорманов С.В. Структурные изменения головного мозга больных хроническим алкоголизмом // Неврологический журнал. – 2006. – № 1. – С. 19-22.
5. Adachi J., Asano M., Veno Y. Alcoholic muscle disease and biomembrane perturbation (review) // J. Nutr. Biochem. – 2003. – Vol. 14, № 11. – P. 616-625.
6. Behze F., Buchthal F. Alcoholic neuropathy: clinical, electrophysiological and biopsy findings // Ann. Neurol. – 1977. – Vol. 2. – P. 95-110.
7. Ikonomidon C., Bittigou P., Ishimaru M.I. Ethanol-induced apoptotic neurodegeneration and fetal alcohol syndrome // Science. – 2000. – Vol. 287, № 5455. – P. 947-948.
8. Koike H., Jiyima M., Sugiura M. Alcoholic neuropathy is clinicopathologically distinct from thiamine-deficiency neuropathy // Ann. Neurol. – 2003. – Vol. 56, № 12. – P. 1727-1732.
9. Olney J.W., Ishimaru M.I., Bittigau P. Ethanol-induced apoptotic neurodegeneration in the developing brain // Apoptosis. – 2000. – Vol. 5, № 6. – P. 515-521.
10. Preedy V.R., Adachi J., Veno G. Alcoholic skeletal muscle myopathy: definitions, features, contribution of neuropathy, impact and diagnosis // Eur. J. Neurol. – 2001. – Vol. 8, № 6. – P. 677-687.

11.Vittadini G., Buonocore M., Colli G. Alcoholic polyneuropathy: Alcoholism. – 2001. – Vol. 36, № 5. – P. 393-400.

НАРУШЕНИЯ РЕЧИ И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ У ДЕТЕЙ С ДЦП

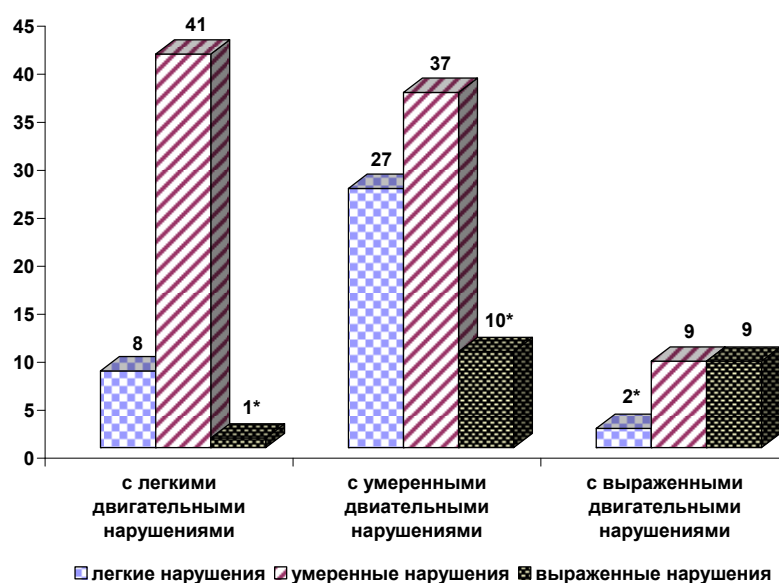
Стародубцев А.И., Стародубцев А.А., Колесникова Е.В., Минаева О.А.

ФГБОУ ВО СтГМУ МЗ РФ, г. Ставрополь, Россия

Актуальность. Когнитивные нарушения отмечаются у 80-95% детей, страдающих детским церебральным параличом (ДЦП). Клиническая картина когнитивных нарушений при ДЦП сложна и многообразна. В основе нарушения формирования когнитивных нарушений лежит не только сенсорная патология, но и патология движения. Нарушение речи у детей с ДЦП — одна из важнейших форм когнитивных нарушений. Речь — особая и наиболее совершенная форма общения, присущая только человеку. В процессе речевого общения люди обмениваются мыслями и воздействуют друг на друга. Речь — одна из основных высших психических функций, она организует все эти функции, входит в их структуру, регулирует деятельность и поведение, т.е. речь выполняет и функции опосредования высших психических функций, их связывания и организации

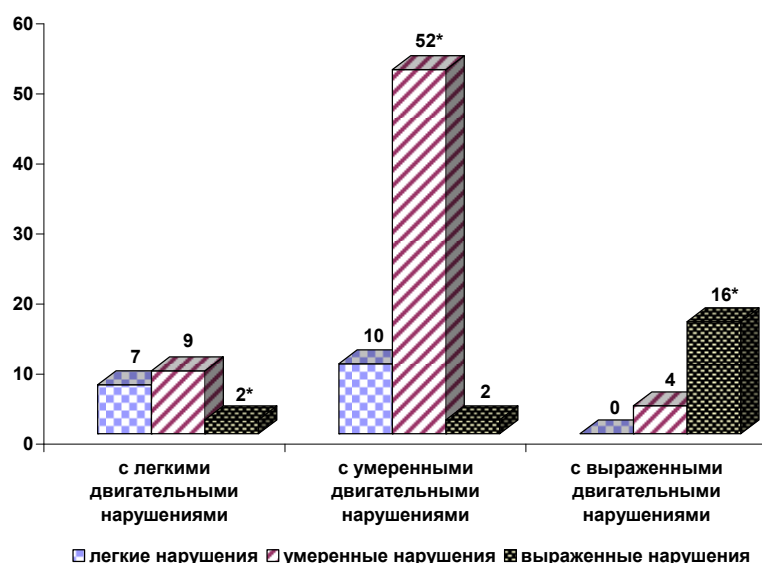
Речевые нарушения отмечаются у 32-85% детей, страдающих ДЦП, причем экспрессивные речевые расстройства выявляются у 85% больных, импрессивные — у 13-48%. Речь, как основное средство общения, развивается через движение и при социальных контактах, и ее фундамент закладывается на первом году жизни ребенка, поэтому, когда ребенок страдает нарушением сенсомоторной сферы при ДЦП, прежде всего изменяются процессы артикуляции, звукопроизношения, управление мимикой лица и жестами, кинестетическое восприятие, контроль за дыханием и передвижением, исчезает возможность детей самостоятельно реализовать себя в окружающем мире, что оказывает непосредственное влияние на ограничение речевой деятельности и психическое развитие в целом. Различные нарушения двигательной сферы обуславливают разнообразие речевых расстройств, отмечается также взаимосвязь между речевыми и двигательными нарушениями у детей с ДЦП. Нарушения речи не только оказывают тормозящее влияние на развитие познавательной деятельности ребенка с церебральным параличом, но и выступают в качестве самостоятельного дефекта, который препятствует адекватному общению с окружающими, отрицательно сказывается на психическом развитии. **Цель исследования.** Установление степени выраженности речевых нарушений и их взаимосвязь с двигательными расстройствами у детей дошкольного возраста, страдающих ДЦП. **Материал и методы.** Обследовано 112 детей дошкольного возраста, страдающих ДЦП, у которых были диагностированы диплегическая и гемипаретическая формы ДЦП. Диагностический комплекс включал в себя клинико-неврологические, нейрофизиологические,

нейровизуализационные, нейропсихологического тестирования. Результаты и обсуждение. Среди 112 обследованных детей дошкольного возраста, страдающих ДЦП. По степени выраженности двигательных нарушений больные распределялись следующим образом: легкие двигательные нарушения (4 балла) установлены у 18 (16,0%) детей, умеренные (3 балла) – у 74 (66,1%), выраженные (2 и < балла) – у 20 (17,9%). Нами исследовалась импрессивная и экспрессивная речь. У больных с легкими двигательными нарушениями легкие нарушения импрессивной речи отмечены у 8 (16,0%) человек, умеренные нарушения импрессивной речи – у 41 (82,0%), выраженные нарушения импрессивной речи – у 1 (2,0%) пациента; у больных с умеренными двигательными нарушениями легкие нарушения импрессивной речи отмечены у 27 (36,5%) человек, умеренные нарушения импрессивной речи – у 37 (50,0%), выраженные нарушения импрессивной речи – у 10 (13,5%) пациентов; у больных с выраженными двигательными нарушениями легкие нарушения импрессивной речи отмечены у 2 (10,0%) пациентов, умеренные нарушения импрессивной речи – у 9 (45,0%), выраженные нарушения импрессивной речи – у 9 (45,0%) пациентов.



* $p < 0,05$

Рис.1. Нарушение импрессивной речи с различными двигательными нарушениями



* $p < 0,05$

Рис. 2. Нарушение экспрессивной речи при различных двигательных нарушениях

Результаты исследования нарушений экспрессивной речи, в связи с тяжестью двигательных нарушений, были следующими: у больных с легкими двигательными нарушениями легкие нарушения экспрессивной речи отмечены у 7 (38,9%) человек, умеренные нарушения экспрессивной речи – у 9 (50,0%), выраженные нарушения экспрессивной речи – у 2 (11,1%) пациентов; у больных с умеренными двигательными нарушениями легкие нарушения экспрессивной речи отмечены у 10 (15,6%) человек, умеренные нарушения экспрессивной речи – у 52 (81,3%) выраженные нарушения экспрессивной речи – у 2 (3,1%) пациентов; у больных с выраженными двигательными нарушениями легких нарушений экспрессивной речи не было выявлено, умеренные нарушения экспрессивной речи отмечены у 4 (20,0%), выраженные нарушения экспрессивной речи – у 16 (80,0%) пациентов.

Таким образом, легкие нарушения экспрессивной речи наиболее часто отмечались у больных с умеренными двигательными нарушениями, а умеренные нарушения экспрессивной речи – у больных с легкими и умеренными двигательными нарушениями. Выраженные нарушения экспрессивной речи одинаково часто отмечались у пациентов с умеренными и выраженными двигательными нарушениями. Количество больных с умеренными нарушениями экспрессивной речи статистически достоверно преобладало ($p < 0,05$) у больных с умеренными двигательными нарушениями, а у больных с выраженными двигательными нарушениями – выраженные нарушения экспрессивной речи.

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СИМПАТИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКЕ РАССТРОЙСТВ КРОВООБРАЩЕНИЯ В ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОМ БАССЕЙНЕ

Тян В.Н., Гойденко В.С, Александров В.И.

Кафедра рефлексологии и мануальной терапии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования», г. Москва, Россия
e-mail: vmt33@mail.ru

Симпатическая регуляция сосудистого тонуса является частью невrogenного механизма ауторегуляции мозгового кровообращения. Зависимость церебральной перфузии от нарушений механизмов симпатической регуляции сосудистого тонуса, обусловленных вертеброгенными факторами подтверждена в ряде фундаментальных работ (Цырлин В.А., 2003, Рождественский А.С., 2005, Филимонов В.А., 2009). Предлагаемый способ динамической сегментарной диагностики (ДСД) позволяет проводить оценку функционального состояния сегментарных отделов симпатической нервной системы посредством регистрации интенсивности кожных симпатических реакций в ответ на стимуляцию постоянным электрическим током нервных рецепторов в зоне тестирования (Бойцов И.В., 1999-2014 и др.). Методология способа ДСД специфична, безопасна, легковоспроизводима. Кроме того, оценка функционального состояния сегментарной симпатической иннервации в составе комплексной диагностики позволит осуществить динамическое наблюдение за больными и своевременно оценить эффективность проводимых лечебных мероприятий.

Цель работы: клиническое обоснование и разработка методологии применения ДСД как способа оценки функционального состояния симпатической нервной системы на сегментарном уровне посредством тестирования интенсивности кожных симпатических реакций. В задачи исследования входило: определение закономерностей изменения функционального состояния сегментарного отдела симпатической нервной системы у больных с различным характером расстройств кровообращения в вертебробазилярной системе.

Материалы и методы исследования. В основу работы положен анализ данных, полученных при обследовании 273 больных с хроническими и острыми расстройствами кровообращения в вертебробазилярной системе (188 женщин и 85 мужчин), средний возраст больных составил $45,2 \pm 9,5$ лет. Все больные находились на стационарном лечении в 44 неврологическом отделении ГКБ им. С.П. Боткина г. Москвы. Средняя длительность заболевания составила 9,2 года. Всем больным было проведено клинико-неврологическое обследование с использованием шкалы Hofferberth (1990), оценка болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале боли, мануальная диагностика по К. Левиту (1993), рентгенография шейного отдела позвоночника с функциональными пробами, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография шейного отдела позвоночника (КТ, МРТ ШОП),

ультразвуковое дуплексное сканирование брахиоцефальных сосудов и транскраниальная доплерография с функциональными пробами (УЗДС БЦС и ТКДГ). При необходимости дополнительного подтверждения вертеброгенного характера поражений позвоночных артерий (ПА) проводили магнитно-резонансную ангиографию магистральных артерий головы. В исследование не включали больных со стенозирующими процессами брахиоцефальных артерий более 40% диаметра сосуда согласно критериям диагностики стенооокклюзирующих поражений (Лелюк С.Э. и др., 2003). Тестирование интенсивности кожных симпатических реакций проводилось методом динамической сегментарной диагностики («Способ динамической сегментарной диагностики» /Разрешение на применение новой медицинской технологии № ФС 2011/336. – Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития Российской Федерации)

У всех больных диагностировали неврологическую симптоматику, характерную для расстройств кровообращения в вертебробазилярной системе и вертеброневрологические синдромы, обусловленные дегенеративно-дистрофическими процессами в шейном отделе позвоночника. В зависимости от характера сосудистых расстройств все больные были разделены на две группы: 1 группа - 75 больных с дисциркуляторной энцефалопатией I-II стадии и задним шейным симпатическим синдромом и 2 группа - 198 больных с транзиторными ишемическими атаками в вертебробазилярной системе.

Полученные данные были проанализированы в совокупности с результатами комплексного ультразвукового исследования. Средние значения линейной (V_{ps}) и объемной (V_{vol}) скоростей кровотока по ПА в 1 группе больных находились в пределах референсных значений. Асимметрия V_{ps} была не более 15 %, а асимметрия V_{vol} не более 20%. При этом регистрировали повышение значений периферического сопротивления (PI) в 1 группе больных, что было обусловлено ангиодистоническими изменениями с явлениями вазоспазма вследствие раздражения ПА. Достоверное снижение V_{ps} до 32,3 см/сек и V_{vol} до 57,9 см/сек по ПА при УЗДС БЦС наблюдали у больных 2 группы. Асимметрия V_{ps} в этой группе достигала 40%, а асимметрия V_{vol} не превышала 50%. Повышение средних величин PI было обусловлено вертеброгенными причинами и выраженностью стенооокклюзирующих процессов в БЦА. Наиболее часто признаки вертеброгенного влияния регистрировали на уровне V2 сегмента ПА. Данные ТКДГ с функциональными пробами (фотостимуляционной пробы и пробы с поворотами головы) указывали на умеренное снижение цереброваскулярной реактивности у больных 1 группы и значительное снижение цереброваскулярного резерва у пациентов 2 группы.

Данные клинико-инструментального обследования указывали на преобладание рефлекторных вертеброневрологических синдромов у больных 1 группы и преимущественно компрессионный характер вертеброневрологических синдромов у пациентов 2 группы.

Динамическая сегментарная диагностика относится к методам сегментарной нейрофункциональной диагностики и заключается в оценке интенсивности кожных

симпатических реакций в ответ на стимуляцию постоянным электрическим током нервных рецепторов в зоне тестирования. Тестирующий ток имеет следующие параметры: напряжение от 6 до 21 В; сила тока от 150 до 250 мкА. Кожная симпатическая реакция (КСР) развивается в три стадии : 1) стадия повышения вегетативного обеспечения кожи (ВОК); 2) стадия стабилизации ВОК или стадия «плато»; 3) стадия угнетения ВОК.

Интенсивность кожной симпатической реакции оценивали по трем основным показателям: 1) показатель вегетативного обеспечения деятельности (ВОД) – максимальное значение силы тока, зафиксированное прибором на стадии «плато» (измеряется в мкА); 2) показатель вегетативной реактивности (ВР) – динамическая амплитудно-временная характеристика КСР (соотношение максимальной силы тока на стадии «плато» ко времени начала этой стадии, единицы измерения - мкА/сек); 3) показатель длительности стадии «плато» (ДП, измеряется в секундах) (Бойцов И.В., 1999-2014 и др.).

В исследовании было проведено тестирование до максимальных значений силы тока, фиксируемых прибором на стадии «плато». Активный электрод устанавливался паравертебрально в проекции наружного края трапецевидной мышцы последовательно слева и справа на уровне остистых отростков II-VII шейных позвонков. Физиологические границы нормальных показателей КСР были установлены в группе здоровых испытуемых.

Статистическую обработку материала исследования проводили с помощью пакета программ «Statistica 9.1».

Результаты исследования и их обсуждение.

Анализ результатов клинической и инструментальной диагностики подтвердил влияние вертеброгенных факторов на развитие сосудистых расстройств в вертебробазилярной системе у больных в настоящем исследовании. Нарушения сегментарной симпатической регуляции, возникающие при этом, проявлялись нарушениями вегетативного обеспечения позвоночно-двигательных сегментов и изменением интенсивности КСР, регистрируемой посредством ДСД.

Обследование пациентов в начале курса терапии, показало характерное повышение средних значений показателей ВОД до $159,22 \pm 8,13$ мкА у больных 1 группы, что сопровождалось снижением метаболической регуляции по задним мозговым артериям и свидетельствовало о развитии рефлекторного ангиоспастического варианта цереброваскулярной недостаточности. Наряду с этим, средние значения показателей ВОД у больных 2 группы составили $91,66 \pm 6,81$ мкА. Значительное снижение V_{ps} и V_{vol} по ПА, а также резкое снижение или отсутствие метаболической регуляции по задним мозговым артериям в этой группе больных свидетельствовали о влиянии факторов вертеброгенной компрессии позвоночных артерий на развитие острых цереброваскулярных расстройств.

Таким образом, повышение интенсивности КСР в паравертебральных кожных зонах при проведении динамической сегментарной диагностики, обусловлено раздражением невралных структур соответствующих позвоночно-двигательных сегментов и характерно для рефлекторного типа вертеброневрологических поражений шейного отдела позвоночника. В то время, как снижение

интенсивности КСР при ДСД-тестировании паравертебральных зон обусловлено снижением нервно-трофического обеспечения в заинтересованном ПДС на фоне угнетения или частичной дегенерации невралных структур при преобладании компрессионного типа вертебрoneврологических поражений шейного отдела позвоночника.

Выводы: 1) преобладание рефлекторного типа вертебрoneврологических поражений шейного отдела позвоночника приводит к повышению общего уровня интенсивности кожных симпатических реакций, что способствует развитию рефлекторного ангиоспастического варианта цереброваскулярной недостаточности; 2) преобладание компрессионного типа вертебрoneврологических поражений шейного отдела позвоночника приводит к снижению общего уровня интенсивности кожных симпатических реакций заинтересованного уровня позвоночника, что способствует развитию сосудистой недостаточности в вертебробазиллярной системе и свидетельствует о значении факторов вертеброгенной компрессии в их развитии.

Заключение. Опыт собственных исследований позволяет рекомендовать включение динамической сегментарной диагностики, как способа оценки функционального состояния симпатической нервной системы на сегментарном уровне в комплексную диагностику расстройств кровообращения в вертебробазиллярном бассейне. Предлагаемая методика может применяться для контроля эффективности проводимой терапии в динамике у больных с хроническими и острыми расстройствами кровообращения в вертебробазиллярной системе.

ЭЭГ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА.

Устинская С.А.¹, Шмырев В.И.^{1,2}, Кожокару А.Б.^{1,2}, Хярккенен П.О.²

¹ – Федеральное государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования «Центральная Государственная Медицинская Академия» Управления делами Президента РФ, Москва.

² – Федеральное государственное бюджетное учреждение Центральная клиническая больница с поликлиникой Управления делами Президента РФ, Москва.

Введение. Острые поражения головного мозга вызываются различными этиологическими и патогенетическими механизмами, приводят к широкому спектру патологических состояний, диагностика и мониторингирование которых имеет большое значение как для их своевременной и адекватной терапии, так и прогнозирования исхода неврологических нарушений.

Острые нарушения головного мозга сопровождаются различными нарушениями сознания и претерпевают в своем развитии различные стадии, оценка которых должна проводиться не только в морфологическом аспекте (с помощью

современных нейрорадиологических и визуализационных методик МРТ, КТ, УЗДГ и пр.), но и функциональном, позволяющем оценить такие параметры деятельности мозга, как степень сохранности сознания, уровень бодрствования, степень вовлеченности восходящих активирующих стволовых влияний. Указанные параметры определяют не только понимание уровня функционирования мозга в целом, но и позволяют оценить динамику патологического процесса, прогноз и степень восстановления утраченных функций.

Метод. В качестве критериев прогноза неврологических нарушений и восстановления утраченных функций может быть использован длительный видео ЭЭГ мониторинг. Современная клиническая электроэнцефалография (ЭЭГ), основанная на цифровых технологиях и программном обеспечении позволяет расширить возможности диагностики и мониторингирования различных заболеваний центральной нервной системы. Преимуществом ЭЭГ в клиническом применении являются такие особенности, как возможность непрерывного, либо частого динамического наблюдения за меняющимися параметрами функций мозга, неинвазивность и техническая доступность. Большие диагностические возможности ЭЭГ связаны с доступностью регистрировать различные параметры в бодрствовании и во время сна, что резко повышает диагностический спектр и позволяет дифференцировать целый ряд патологических состояний (например: судорожный и бессудорожный эпилептический статус, субклинические эпилептические приступы, дистонии), и возможностью мониторировать состояние пациентов при острых поражениях головного мозга в условиях палаты интенсивной терапии.

Заключение. С целью получения объективных данных для оценки степени тяжести при острых поражениях головного мозга, наряду с нейровизуализационными и нейрорадиологическими методами, может быть использован длительный ЭЭГ мониторинг, который, как известно, может являться прогностическим критерием в плане исхода восстановления неврологических нарушений. В нашей стране ограничено число публикаций по данному вопросу, системного и методологического подхода нет, поэтому проведение работы в данном направлении позволит: 1) обеспечить раннюю дифференциальную диагностику различного спектра патологических состояний у пациентов с острыми повреждениями головного мозга; 2) вовремя назначить соответствующее правильное лечение, что способствует ранней реабилитации пациентов, 3) проанализировать стадии и динамику восстановления неврологических нарушений, 4) выявить прогностические критерии исходов неврологических нарушений при острых поражениях головного мозга.

ДЕФИЦИТАРНОСТЬ РАЗВИТИЯ РЕЧЕВОЙ И КОГНИТИВНОЙ СФЕРЫ У ДЕТЕЙ

**Чайковская М.В.¹, Семенова Н.Ю.², Иванова С.В.³, Прыгунова Т.Г.³,
Чайковская И.И.², Коновалов А.И.^{3,4,5}**

¹ – ФГБОУ ВО ТюмГМУ Минздрава России, г. Тюмень

² – Центр развития речи ТО «Областная психиатрическая больница»

³ – ГБУЗ ТО «Тюменский специализированный дом ребенка»,

⁴ – Бюро судебно- медицинской экспертизы ТО

⁵ – ГБУЗ ТО Психиатрическая больница

Актуальность проблемы обусловлена тем, что организация комплексной реабилитации и ранней дефектологической помощи детям- сиротам, воспитывающимся в условиях дома ребенка, является приоритетной в социальной сфере РФ, т. к. отмечается рост частоты перинатального поражения центральной нервной системы с дефицитным развитием когнитивной сферы и соматического статуса ребенка.

Когнитивные процессы, обусловленные нервно- психическим развитием ребенка, определяют его дальнейшее физическое, психологическое и социальное благополучие, интеграцию в сообщество, обучение и воспитание. В то время как повреждение мозга приводит к появлению признаков психической депривации больного ребенка, грозит в будущем, прежде всего, отставанием его речевого развития, познавательной функции и неизбежными для него сложностями социальной адаптации.

Не вызывает сомнения тот факт, что именно родители определяют состояние здоровья ребенка, воспитывающегося в семье. Они способны привести к возможному минимуму влияние повреждающих факторов, выявить наиболее значимые закономерности формирования благоприятных условий для психического и физического здоровья детей. В случае заболевания ребенка именно родители обязаны реализовать процесс комплексной его реабилитации и наметить пути совершенствования профилактической работы в семье.

Но в ситуации воспитания детей-сирот в условиях специализированных медицинских и социальных учреждений, вся ответственность ложится на персонал, в компетенции которого входит забота, воспитание, коррекция и комплексная реабилитация подопечных, основанная на междисциплинарных принципах и интегративных подходах в деятельности врачей (педиатров, психиатров, неврологов), педагогов, дефектологов, логопедов, спецпсихологов.

Предмет исследования- процесс организации дефектологической помощи в комплексной реабилитации детей- сирот с дефицитным развитием когнитивной сферы в условиях специализированного учреждения.

Объект- технологии, позволяющие обеспечить развитие речевой компетенции и коммуникативной культуры у детей- сирот с задержкой психического развития в процессе комплексной их реабилитации.

Цель данной работы: создание целостной системы медико- социальной и педагогической реабилитации детей раннего возраста с задержкой психического и речевого развития путем внедрения коррекционно- развивающей программы «Умка», формирование оптимальной речевой функции, а также купирование признаков их психической и социальной депривации в условиях ГБУЗ ТО Тюменский специализированный дом ребенка.

Задачи исследования: разработка профессиональных компетенций дефектолога ГБУЗ ТО «Тюменский специализированный дом ребенка», разработка и реализация коррекционно- развивающей программы «Умка», интеграция ее в систему комплексной реабилитации детей- сирот раннего возраста с дефицитарным развитием когнитивной сферы в условиях специализированного учреждения.

Анализ медицинской документации ГБУЗ ТО «Тюменский специализированный дом ребенка» позволил выявить следующее: наиболее частыми неврологическими нарушениями являлись состояния, сопровождавшиеся минимальной мозговой дисфункцией (ММД), синдромами гипо- и гипервозбудимости, гипертензионно- гидроцефальным и церебрастеническим, синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) и т.д. При гиповозбудимости у детей прослеживались малая двигательная и психическая активность, вялость, пассивность, низкая мотивация; при гипервозбудимости- дефицит произвольного внимания, двигательная расторможенность и эмоциональная лабильность; при гипертензионно-гидроцефальном синдроме – задержка психомоторного развития, двигательной расторможенности, эмоциональная лабильность. Детям свойственно снижение психической активности, внимания, памяти, недостаточность целенаправленной деятельности. У всех детей выявлена задержка сенсорно- моторного и речевого развития.

При отсутствии коррекции в дальнейшем у таких детей наблюдаются усугубление отставания в психо- физическом и речевом развитии. Общая соматическая ослабленность, замедленное развитие локомоторных функций, задержка речевого развития, слабое развитие анализаторной деятельности и межанализаторных ассоциаций способны привести к трудностям формирования целостных представлений об окружающем и тормозить потребности ребенка в общении.

В связи с полученной клинико- педагогической характеристикой детей- сирот раннего возраста с перинатальной патологией ЦНС и дефицитарным развитием когнитивной сферы, обоснована комплексность реабилитационного процесса в условиях специализированного дома ребенка, включавшая проведение медицинских мероприятий (медикаментозная терапия, физиотерапевтическое лечение, диетотерапия, ЛФК, массаж, гимнастика и т.д.), педагогических и дефектологических аспектов (путем разработки и внедрения коррекционно- развивающей программы «Умка»), социально-психологической адаптации.

В связи с этим в учреждении специально создана медико- психолого- педагогическая комиссия, которая профессионально организует процесс комплексной реабилитации, начиная с комплектования коррекционных групп, обосновывая перевод детей в другую возрастную группу.

Москва, 02.11.2016г. Материалы VII Российской научно-практической конференции с международным участием

Всем сотрудникам, участвующим в процесс комплексной реабилитации, в том числе и дефектологам, работающим с сиротами, необходимо иметь соответствующие компетенции по основным направлениям своей деятельности, чтобы успешно интегрировать в оздоровлении ребенка с дефицитным развитием когнитивной сферы и речевого развития ребенка.

Нами разработаны профессиональные компетенции дефектолога ГБУЗ ТО «Тюменский специализированный дом ребенка».

К ним относятся: - знание и умение использовать основы законодательства Российской Федерации «О здравоохранении», «Об образовании», нормативно-правовые документы, регламентирующие деятельность учреждений здравоохранения;

- соблюдение Конвенции ООН о правах ребенка;
- обеспечение и соблюдение правил и норм охраны труда, техники безопасности и противопожарной защиты;
- умение сохранять жизнь и здоровье детей;
- основы первой помощи;
- умение использовать в работе основ коррекционной педагогики, возрастной психологии, анатомио-физиологические и клинические основы дефектологии, физиологии и гигиены;
- современные методы и приемы по оказанию различных видов дефектологической помощи;
- образовательные программы, используемые при работе с детьми раннего возраста, с отклонениями в развитии;
- культуру труда и служебную этику.

На основании этих компетенций разработана и реализована коррекционно-развивающая программа «Умка» для детей- сирот младшего возраста с отставанием нервно-психического развития.

Интегрированная коррекционно-развивающая программа «Умка» построена с учетом следующих дидактических принципов:

- ✓ комплексности (воздействие на весь комплекс речевых и неречевых нарушений, выявленных при медико- педагогическом и психологическом обследовании ребенка);
- ✓ максимальной опоры на различные анализаторы,
- ✓ поэтапного формирования умственных действий - (по П.Л. Гальперину) работа над каждым типом заданий в определенной последовательности;
- ✓ учета зоны ближайшего развития (по Л.С. Выготскому);
- ✓ усложнение материала (принцип постепенности переход от простого к сложному),
- ✓ принцип системного подхода;
- ✓ принцип наглядности;
- ✓ принцип систематичности и последовательности.

Вывод. Комплексная реабилитация детей- сирот раннего возраста с дефицитным развитием когнитивной сферы на фоне перинатального поражения

центральной нервной системы, воспитывающихся в условиях специализированного дома ребенка, позволяет максимально стимулировать как мыслительную, познавательную, так и коммуникативную активность ребенка. Такая интеграция является обоснованной, перспективной и требует дальнейшего совершенствования.

К ВОПРОСУ О РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Чайковская М.В., Чайковская И.И.

- ГБОУ ВПО ТюмГМУ Минздрава России, г. Тюмень, ММАУ ТО «Областная психиатрическая больница», г. Тюмень

Актуальность исследования определена тем, что задачей восстановительной медицины является поиск и разработка современных технологий по мобилизации внутренних механизмов защиты человека и обеспечение сопротивляемости организма к действию повреждающих факторов окружающей среды, а также увеличение функциональных резервов организма, сниженных в результате болезни или неблагоприятного воздействия среды.

Методы восстановительной медицины, применяемые в неврологической практике, многообразны и включают: массаж и лечебную физкультуру, мануальную терапию, рефлексотерапию, многочисленные методы воздействия, водо- и грязелечения и др. Особое место в системе реабилитации больных неврологического профиля занимает санаторно-курортное лечение, использующее природные физические факторы и климатотерапию.

Лечебная физкультура (лечебная гимнастика, механотерапия, гидрокинезитерапия и др.) и массаж играют определяющую роль в программах медицинской реабилитации в неврологии. Они назначаются, подавляющему большинству больных с заболеваниями нервной системы, проходящих курс медицинской реабилитации.

Важным компонентом последней является также мануальная терапия – система диагностических и лечебных приёмов, направленных на восстановление двигательного аппарата и нормализацию деятельности внутренних органов и систем человека.

Методологически в восстановительной медицине выделяют два основных направления: а) восстановление и укрепление здоровья здоровых или практически здоровых людей, а также лиц, имеющих обратимые функциональные нарушения или преболезненные расстройства, б) медицинская реабилитация больных людей и инвалидов, имеющих необратимые морфологические изменения в органах и тканях. Восстановительное лечение в данном случае направлено на увеличение функциональных резервов, компенсацию нарушенных функций, восстановление сниженных трудовых функций.

Современная трактовка двигательной активности больного неврологического профиля должна рассматриваться в контексте с международной системой

постурального менеджмента (ПМ). ПМ реализуется в процессе использования мультидисциплинарного подхода при работе с пациентом.

Таким образом, отмечается неуклонный рост потребности больных неврологического профиля в восстановительном лечении, поиска оптимальных методов и совершенствования процесса реабилитации с учетом имеющихся ресурсов лечебно- профилактической организации.

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Чайковская М.В.¹, Чайковская И.И.², Коновалов А.И.³

¹ – ФГБОУ ВО ТюмГМУ Минздрава России, г. Тюмень, ММАУ «Городская поликлиника №1» г. Тюмени

² – ГБУЗ ТО Психиатрическая больница

³ – Бюро судебно- медицинской экспертизы ТО

Актуальность проблемы обусловлена тем, что организация медицинской помощи детям раннего возраста во всем мире, в том числе и в России, является приоритетной и направлена на профилактику в условиях первичной медико-санитарной помощи детскому населению. Сокращение детской смертности— одна из целей развития тысячелетия ООН. По оценкам, более 11 миллионов детских смертей можно предотвратить, увеличивая доступность вакцинации, улучшая здравоохранение, обеспечивая просвещение женщин по вопросам планирования семьи и репродуктивного здоровья. Большую значимость для медицинской общественности имеют показатели здоровья детей, в том числе перинатальной заболеваемости. Во всем мире отмечается рост общей заболеваемости новорожденных, имеют тенденцию к увеличению показатели распространенности врожденных пороков развития, заболеваний, сопровождающихся нарушениями физического и нервно-психического статуса новорожденных. Частота таких грозных, инвалидизирующих состояний, как церебральный паралич, умственная отсталость и других неврологических расстройств остается достаточно высокой - 1,5-2,5 на 1000 родившихся живыми. Перинатальное поражение ЦНС имеют тенденцию к нарастанию степени тяжести: врожденные отклонения со стороны нервной системы в виде гемипареза, гипертензионно- гидроцефального синдрома, ишемии головного мозга, кровоизлияния и др. Среди них только у 20,4% детей отмечаются легкие функциональные нарушения ЦНС. Однако, статистические данные не отражают всей трагедии, которая постигает семью больного ребенка. При этом ответственность за качество медицинской помощи ложится на персонал лечебно- профилактических организаций, и в первую очередь, первичное звено-детскую поликлинику, в компетенции которой входит полнота диагностики, коррекция патологических состояний в рамках комплексной абилитации и

реабилитации подопечных. Эта деятельность основана на междисциплинарных принципах и интегративных подходах в деятельности врачей различного профиля (педиатров, хирургов, окулистов, психиатров, неврологов и т.д.), социальных работников.

Актуальные проблемы профилактики заболеваний в системе охраны здоровья детей раннего возраста должны решаться по следующим направлениям:

1.Разработка методов и форм ведения профилактических работ в современных условиях;

2.Совершенствование системы пропаганды и формирования здорового образа жизни;

3.Разработка методов и форм медико-социальной профилактики социально-значимых и опасных заболеваний.

Предмет исследования- процесс организации медицинской помощи детям возрасте в до 1 месяца в ММАУ «ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА №1» г. Тюмени.

Объект- технологии, позволяющие обеспечить комплекс мероприятий по первичной диагностике врожденных пороков развития и заболеваний у детей в неонатальном периоде на базе ММАУ «ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА №1» г. Тюмени.

Цель данной работы: создание целостной системы медико- социального сопровождения детей неонатального возраста, направленной на профилактику и снижение младенческой смертности в условиях первичной медико-санитарной помощи детскому населению путем реализации практикоориентированной скрининговой платформы- "День малютки" на базе ММАУ «ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА №1» г. Тюмени.

Задачи исследования: изучить динамику показателей здоровья приписного детского населения ММАУ «ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА №1» г. Тюмени и выявить особенности состояния здоровья детей неонатального возраста.

3. Апробировать современные технологии по улучшению качества и доступности амбулаторной медицинской помощи детскому населению: организация работы практикоориентированной скрининговой платформы- "День малютки" на базе ММАУ «ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА №1» г. Тюмени оценить эффективность ее работы.

Определение стратегических приоритетов в области профилактики заболеваний, ранней диагностики заболеваний и укрепления здоровья, в частности детского населения, начиная с антенатального и неонатального периодов, имеет первостепенное значение. Необходимо научное обоснование экономической выгоды от профилактической деятельности, сокращения затрат на лечение, предупреждения инвалидизации и т.д. Требуется разработка системы контроля качества профилактики, пересмотр структуры и качества подготовки кадров по вопросам профилактики.

Главной задачей участкового врача-педиатра и медицинской сестры является проведение профилактических мероприятий, направленных на обеспечение гармоничного физического и нервно-психического развития детей, проживающих на территории участка, на снижение заболеваемости и смертности путем проведения

ранней диагностики отклонений в развитии ребенка, оказания своевременной и высококвалифицированной медицинской помощи.

Значение ранней диагностики и коррекции нарушений у детей, особенно грудного возраста, трудно переоценить. Когнитивные процессы, обусловленные нервно- психическим развитием ребенка, определяют его дальнейшее физическое, психологическое и социальное благополучие, интеграцию в сообщество, обучение и воспитание. В то время как повреждение мозга приводит к появлению признаков психической депривации больного ребенка, грозит в будущем, прежде всего, отставанием его когнитивной сферы, познавательных функций, речевого развития и, как следствие, неизбежными для него сложностями социальной адаптации. Врач педиатр проводит наблюдение детей до 1 года жизни согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации № 1346н от 21 декабря 2012 года «О Порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них».

Анализ динамики приписного населения ММАУ «ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА №1» г. Тюмени выявил, что численность детей увеличилась с 2013 по 2015 г.г. на 1310 человек, в том числе в возрастной группе в возрасте от 0 до 3 лет за счет повышения рождаемости, переселения во вновь строящиеся микрорайоны. Соответственно растет и число детей в ДДУ. Уменьшение количества детей школьного возраста связано с низкой рождаемостью в 90-х гг. Выделение среди новорожденных детей, относящихся к группе риска, определяет усиление внимания к этому контингенту детей, что позволяет своевременно провести необходимые диагностические и реабилитационные мероприятия, начиная с периода новорожденности. Выполнение этой задачи полностью согласуется с принципом профилактического направления в педиатрии и является существенным резервом снижения детской смертности.

Организация работы и анализ эффективности обследования детей проведен на впервые созданной практикоориентированной скрининговой платформе "День Малютки" ММАУ ГП №1, функционирующей с 2015 г.

За последние три года выявлен рост количества новорожденных, поступивших на участки с 870 в 2013г. До 1201 в 2015г. Хорошим прогностическим признаком является уменьшение процента недоношенных детей с 4,9% до 3,4%, что обусловлено улучшением качества профилактической работы с беременными. Повысился процент охвата дородовыми патронажами с 82,9% до 91,3%.

Общая заболеваемость новорожденных достаточно высокой остается высокой за счет рождения детей с ППЦНС (494 на 1000 детей в 2013 г. , 502 новорожденных в 2015г.), и внутриутробной инфекцией от матерей с отягощенным акушерским анамнезом, наличием экстрагенитальной патологии, ВИЧ-инфицированных. Вместе с тем отмечается тенденция к снижению заболеваемости новорожденных в 2015 г. в сравнении с 2013 и 2014гг. за счет своевременного и качественного проведения первичного патронажа к новорожденным, проведением санитарно-просветительной работы (уход за новорожденным) при первичном патронаже. Отмечается

значительное уменьшение числа гнойно-септических заболеваний, что непосредственно связано с профилактической работой участковой службы.

С целью поиска методов раннего выявления врожденной патологии у новорожденных и прогнозирования дальнейшего развития детей применена современная технологическая методика практикоориентированной скрининговой платформы "День Малютки" в нашей поликлинике.

Основным методологическим приемом скрининговой платформы «Дня малютки» являлось проведение осмотра всеми специалистами в течение одного дня, что позволило оптимально использовать ресурсы ЛПО и временной ресурс родителей ребенка. Данная технология позволила в более короткие сроки дифференцировать врожденные и приобретенные нарушения с учетом локализации и тяжести поражения уже в перинатальном периоде. Такая тактика ведения скрининговой диагностики позволила сократить сроки и ускорить направление детей на осмотры в специализированные центры, для оказания высокотехнологичной помощи. Объективная информация об уровне и структуре перинатальной патологии и ее динамике - основа для сравнительного анализа состояния здоровья новорожденных, а также планирования материальных и кадровых ресурсов ЛПО.

ВЫВОД: апробирована инновационная модель технологии амбулаторной медицинской помощи детскому населению: практикоориентированная скрининговая платформа - "День малютки" на базе ММАУ «Городская поликлиника №1» г. Тюмени и доказана эффективность ее работы. Результаты, полученные при проведении «Дня Малютки» в 2014-2015 году на базе педиатрического отделения ММАУ "Городская поликлиника №1"г. Тюмени позволяют рекомендовать внедрение современной диагностической модели с целью оптимизации и повышения качества обслуживания детского населения и снижения детской смертности. Выявлена положительная динамика показателей ранней диагностики пороков развития и заболеваний у детей в раннем возрасте. Ранняя комплексная диагностика по выявлению поврежденного развития младенца, обусловленного врожденной патологией или наличием перинатального поражения центральной нервной системы ребенка, и коррекции этих нарушений в процессе реабилитации детей, начиная с неонатального возрастного периода, имеет первостепенное значение. Модель организации качественной медицинской помощи новорожденным должна предусматривать преемственность и четкую координацию этапов и уровней оказания помощи, ее непрерывность. Предложенная модель работы с детьми до года является обоснованной, перспективной и требует дальнейшего совершенствования.

РОЛЬ И МЕСТО ЛЮМБАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО МЕНИНГИТА, ОСЛОЖНЕННОГО ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ.

Черенков А.А.¹, Васильева С.С.², Кадров С.Н.³

¹ - Филиал «Туберкулезная больница» ФКУЗ МСЧ 18 ФСИН России, г. Ижевск

² - Центр профилактики и медицины труда ОАО ИЭМЗ «Купол», г. Ижевск

³ - БУЗ I Республиканская клиническая больница Минздрава Удмуртской Республики

В современных условиях несколько снизилась значимость люмбальной пункции (LP) в практике неврологии. Причиной этого является улучшение нейровизуализации при помощи МРТ и КТ, в связи с чем необходимость LP не столь очевидна.

В то же время существуют заболевания для которых LP является основополагающей манипуляцией. К таковым заболеваниям относятся воспалительные заболевания мозговых оболочек - менингиты.

Особое место занимает туберкулезный менингит (ТМ). По многолетним данным (Е.Е. Полушкина 2001; В.С. Коровкин 1979, 2012; С.А. Лихачев 2008; А.С. Ракишева и соавт. 2015) частота ТМ составляет от 0,2 до 5% среди больных туберкулезом, летальность при котором, колеблется от 18 до 77%. По данным литературы и собственным наблюдениям большая часть больных с ТМ являются еще и ВИЧ-инфицированными. Таким образом, актуальность изучения всех нюансов, связанных с диагностикой и интенсивной терапией туберкулезного менингита не вызывает сомнений.

Всего в туберкулезной больнице ФКУЗ МСЧ 18 ФСИН России за пятилетний период зарегистрировано 27 больных ТМ. Нами не наблюдалось ни одного случая изолированного ТМ. У всех наших пациентов ТМ явился вторичным. ВИЧ-инфекция различных стадий наблюдалась у 23 больных (85,19%). Летальность составила 14,81% (4 из 27).

С диагностической целью всем больным была выполнена LP. Процедура выполнялась в асептических условиях чаще всего на уровне L_{III} –IV. Также в большинстве случаев процедура проводилась в положении лежа на боку. Хотя у нескольких больных, у которых ВИЧ инфекция проявлялась в виде лимфоаденопатии пришлось пунктировать в положении сидя.

При получении ликвора, в большинстве случаев визуально наблюдалось его изменение (некоторая мутность, легкая ксантохромия) хотя при лабораторном и бактериологическом его исследовании он не всегда соответствовал визуальной картине. Так, «паутинка» образовалась лишь у 11 (40,74%) пациентов. В то же время в 2 случаях при абсолютно «идеальном» как визуально, так и по общему анализу ликворе при посеве удалось получить рост микобактерии.

Важнейшим аспектом осуществления диагностической LP при подозрении на воспалительный процесс мозговых оболочек является проведение ликвородинамические проб. Недооценка их значимости может привести к фатальным последствиям.

В качестве примера значимости проведения ликвординамических проб приводим клиническое наблюдение:

Больной П-в, 37 лет находился на стационарном лечении в туберкулезной больнице ФКУЗ МСЧ 18 ФСИН России в период с 18. 08. 2011 г. по 21.10. 2011 г. с диагнозом: Инфильтративный туберкулез S₁₋₂ обоих легких в фазе распада и обсеменения справа, ГДУ I А, БК (+). Из сопутствующей патологии следует отметить хронический алкоголизм, последствия черепно – мозговой травмы 5-ти летней давности в виде легкого левостороннего гемипареза и периодических эпилептиформных припадков. 16.10.2011 г. обратился к дежурному врачу с жалобами на слабость тошноту, рвоту. Отмечал иктеричность кожных покровов. Ухудшение самочувствия связывал с приемом этиотропных препаратов. Этиотропные препараты были отменены. Назначена дезинтоксикационная терапия. 18.10.2011 г. имел место судорожный припадок. 19.10. 2011 г. в асептических условиях была выполнена LP на уровне L_{III-IV}. Учитывая тяжесть состояния больного, пункция была выполнена «под мандреном». При этом получен прозрачный ликвор со средней скоростью истечения каплеь. В анализе ликвора имел место цитоз 1-2 клетки в п/з, белок 350 мг/л, уровень глюкозы 2,2 г/л. При анализе биохимических параметров крови выявлен высокий уровень билирубина (156 мкмоль/л), АЛТ (1,3 Ед) и АСТ (1,8 Ед). Состояние больного прогрессивно ухудшалось и в 2-⁴⁵ 21.10.2011 г. констатирован летальный исход. Патологоанатомический диагноз: Инфильтративный туберкулез S₁₋₂ обоих легких в фазе распада и обсеменения справа, ГДУ I А, БК (+). Токсический гепатит в фазе обострения. Полиорганный недостаточность. При прозекторском исследовании выявлен туберкулезный менингоэнцефалит, с выраженной гидроцефалией и спайками на уровне продолговатого мозга. Инфильтративный туберкулез верхней доли справа в фазе распада и обсеменения. Цирротические изменения в печеночной ткани. Выставлено расхождение диагноза I ст. Данный случай был разобран на патологоанатомической конференции с участием зав. кафедрой фтизиатрии Ижевской медицинской академии.

Данный клинический пример демонстрирует с одной стороны сложность диагностического процесса при наличии у больного серьезной сопутствующей патологии, а с другой стороны служит показательным примером необходимости 100% выполнения ликвординамических проб, которые могли способствовать правильной и своевременной постановке диагноза, и, как следствие, выработке верной тактики при интенсивной терапии данного больного. Особо следует отметить, что данный летальный исход был единственным у больных без ВИЧ- инфекции, у остальных умерших больные имела место терминальная фаза ВИЧ- инфекции.

В комплексе интенсивной терапии больных ТМ широко применялись лечебные LP. Данные пункции производили для выведения жидкости из субарахноидального пространства или для введения в него лекарственных веществ. Сколь – либо серьезных осложнений от манипуляции нами не зафиксировано. Общее число лечебных пункций составило 187.

Еще 12 больным производились диагностические LP. Показаниями были острые нарушения мозгового кровообращения на фоне различных форм легочного туберкулеза

Москва, 02.11.2016г. Материалы VII Российской научно-практической конференции с международным участием

(10 случаев), черепно – мозговая травма (1 пациент) и диагностика нейролюеса (1 пациент).

Таким образом, ЛР является составной частью интенсивной терапии довольно многих патологических состояний, прежде всего ТМ и должна занимать достойное место среди интервенционных методик в практике фтизиатра.

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ.

Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю., Рожкова А.В.

Институт мозга человека имени Н.П.Бехтеревой РАН (Санкт-Петербург).

Проблемы со здоровьем, возникающие на фоне профессионального стресса у лиц, чья работа связана с интенсивным взаимодействием с людьми, привлекают к себе внимание, как врачей, так и психологов. В 1974 году американский психиатр Н.Ж.Фреуденбергер для характеристики психологического состояния здоровых людей, находящихся в интенсивном и тесном общении с клиентами или пациентами в эмоционально насыщенной атмосфере при оказании профессиональной помощи, ввел термин «эмоциональное выгорание (burnout)». Согласно определению Всемирной организации здравоохранения "синдром эмоционального выгорания" - это физическое, эмоциональное или мотивационное истощение, характеризующееся нарушением продуктивности в работе и усталостью, бессонницей, повышенной подверженностью соматическим заболеваниям. В настоящее время проблемы производственного стресса, рассматриваемого в рамках синдрома эмоционального выгорания (СЭВ) выделены в 10 пересмотре Международной классификации болезней синдром выгорания под рубрикой Z.73.0 (проблемы, связанные с трудностями управления своей жизнью).

В 1986 г. американские ученые С. Maslach и S. Jackson выделили три основные группы проявлений данного состояния: эмоциональную истощенность, деперсонализацию и редукцию профессиональных достижений. Под эмоциональным истощением понимают чувство эмоциональной опустошенности и усталости, обусловленное профессиональной деятельностью. Под деперсонализацией, в данном случае, понимается не классическое психиатрическое понимание данного термина, а скорее понижение личностного компонента - дегуманизация отношений к объектам своей деятельности (пациентам клиентам): холодности, формализации контактов, черствости, цинизма. Возникающие негативные установки могут поначалу иметь скрытый характер и проявляться во внутренне сдерживаемом раздражении, которое со временем прорывается наружу и приводит к конфликтам. Редукция личных профессиональных достижений - занижение профессиональных успехов, возникновение чувства собственной некомпетентности в своей профессиональной сфере. Данному состоянию наиболее подвержены представители «помогающих»

профессий и управленческий персонал: медицинские работники, менеджеры, педагоги, психологи, продавцы, адвокаты, сотрудники правоохранительных органов.

Под нашим наблюдением находилось 43 пациента с проявлениями СЭВ в возрасте от 25 до 45 лет. Ведущими жалобами пациентов были: утомляемость, раздражительность, снижение работоспособности. В соответствии критериями МКБ-10 состояние пациента можно было расценить как неврастению (F.48.0). В 24 случаях (60%) отмечался гипостенический вариант заболевания, в 16 случаях (40%) – гиперстенический вариант. Оценка проявлений СЭВ проводилась с помощью опросника В.В.Бойко (1997). Для объективизации степени выраженности астенических расстройств и их динамики в процессе лечения использовалась Субъективная Шкала Оценки Астении (MFI-20) с пятью подшкалами и Визуальной Аналоговой Шкала Астении (10-бальный вариант).

У 34 пациентов (79,1%) отмечались сопутствующие головные боли, которые носили монотонный, тупой, сдавливающий характер. Цефалгии не имели четкой локализации, чаще были диффузными, двусторонними с максимальной выраженностью в затылочной или теменной областях. В соответствии с классификацией международного общества по изучению головной боли (IHS - 2003) такие боли можно было оценить как головные боли напряжения (ГБН). Средняя интенсивность головной боли, оцениваемая с помощью Визуальной аналоговой шкалы (10-бальный вариант), составила 5,82,8 баллов.

Традиционный подход к лечению неврастении предусматривает применение как фармакотерапии, так и немедикаментозных методов. Комплексность лечения предполагает большую роль психотерапевтических методик (рациональной психотерапии, личностно-ориентированной психотерапии, аутогенной тренировки и т.д.).

АНАЛИЗ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ЭКСТРАПИРАМИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Шиндряева Н.Н.

ГБУЗ «Городская поликлиника № 2 ДЗМ», г. Москва

Экстрапирамидные расстройства (ЭР) – нарушения движения, вызванные поражением базальных ганглиев и их связей, среди которых, преобладают нейродегенеративные заболевания. Наиболее распространённые ЭР – эссенциальный тремор, болезнь Паркинсона, идиопатические мышечные дистонии. С возрастом частота ЭР повышается, особенно болезнь Паркинсона (БП), дрожательных гиперкинезов. В настоящее время при своевременной диагностике, лечении пациентов с ЭР можно продлить активную жизнедеятельность и бытовую независимость, а иногда и выживаемость. Клиническая картина экстрапирамидных заболеваний полиморфна, этим обусловлены ошибки при диагностике, которые могут достигать 50%. Наиболее частые: гипердиагностика сосудистого паркинсонизма, недостаточная диагностика БП и эссенциального тремора,

дистонических гиперкинезов, а также необоснованное назначение вазоактивных и ноотропных средств, госпитализации.

ЦЕЛЬ настоящего исследования – анализ оказания помощи больным с экстрапирамидной патологией в амбулаторных условиях.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период с 16.01.2006 г. по 11.01.2015 г. обратились 1037 пациентов, из которых мужчин 428 (41,3%), женщин 609 (58,7%). Средний возраст больных составил $64,7 \pm 7,8$ года, возраст начала заболевания $56,5 \pm 12,3$ года, длительность заболевания $9,2 \pm 11,8$ лет. Основными диагнозами при направлении были: БП 434 (41,9%), сосудистый паркинсонизм 162 (15,6%), ЦВЗ 208 (20,1%). После консультации в специализированном кабинете установлены диагнозы: БП 511 (51%), эссенциальный тремор (ЭТ) 410 (39,5%), идиопатическая мышечная дистония 51 (9,6%), сосудистый паркинсонизм 34 (6,7%), деменция телец Леви (ДТЛ) 11 (2,1%), мультисистемная атрофия (МСА) 14 (2,6%), гепатолентикулярная дегенерация 6 (1,1%). Больные направлялись на консультацию неврологами и врачами других специальностей 881 (85%), самостоятельно обратились за специализированной медицинской помощью 156 (15%) пациентов. Оценка диагностики и лечения при оказании амбулаторно-поликлинической помощи проводилась с помощью шкалы, которая состоит из 2-х частей: I часть – оценка качества диагностики, II часть – оценка качества лечения. Анализ качества амбулаторно-поликлинической помощи складывался из оценки правильности диагностики заболевания, постановки синдромального и нозологического диагнозов, назначения адекватного лечения, компенсации двигательного дефицита, своевременного выявления немоторных проявлений и их коррекции.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ.

После консультации неврологом специализированного кабинета диагноз подтвержден у 387 (37,3 %) больных из 1037 пациентов, а у 650 (62,7 %) изменен. Следовательно, у 1 из 3 пациентов был установлен неправильный диагноз, коррекция лечения требовалась 605 (58,3%) больным. Болезнь Паркинсона выявлена у 511 обратившихся, лишь 245 (46,3%) пациентов наблюдались с БП в территориальных поликлиниках. В 186 (35,2%) случаях больные были направлены в специализированный кабинет с диагнозами: сосудистый паркинсонизм 59 (31,7%), ЦВЗ — 127 (68,3%), после консультации диагностирована БП. Таким образом, неправильно установлен нозологический и синдромальный диагноз у 243 (45,9%) пациентов с БП. Средний балл качества диагностики составил $1,0 \pm 0,6$, качества лечения – $1,0 \pm 0,5$, что является неудовлетворительным. Основные терапевтические ошибки у больных с БП: 1) позднее назначение леводопы 288 (54,4%); 2) завышение её суточной дозы у 102 (19,3%) больных, занижение – у 87 (8,3%) пациентов; 3) неадекватное распределение суточной дозы леводопы – 270 (51%) больных; 4) частое назначение холинолитиков в 256 (48,4%) случаях; 5) «лекарственные каникулы» у 176 (33,3%) пациентов; 6) отсутствие коррекции немоторных проявлений при БП; 7) необоснованное назначение вазоактивных и ноотропных препаратов 529 (100%), из-за ошибочных убеждений врачей и

пациентов в приоритетной роли сосудистого фактора в развитии и прогрессировании БП; 8) госпитализации у 468 (88,5%) пациентов, что также связано с «верой» в эффективность лечения БП вазоактивными средствами и требованиями бюро МСЭ.

На консультацию с диагнозом сосудистый паркинсонизм направлено 162 пациента, и только у 34 (21%) диагноз подтвержден. Диагноз ДТЛ, МСА установлен 25 (2,4%) больным после консультации в специализированном кабинете. В территориальных поликлиниках наблюдались с диагнозами: БП 13 (22%), сосудистый паркинсонизм 12 (20,3%), ЦВБ 34 (57,7%). Среди 6 (12,8%) пациентов с гепатолентикулярной дегенерацией, у 2 (33,3%) имел место неверно установленный нозологический диагноз. При проведении оценки качества диагностики неверно установлен синдромальный и нозологический диагноз у 36 (61%) пациентов. Качество диагностики и лечения расценено как «неудовлетворительно». Основные диагностические ошибки: 1) позднее установление диагноза через $4,2 \pm 1,3$ года после начала заболевания; 2) гипердиагностика сосудистого паркинсонизм; 3) в территориальных МО нейродегенеративные заболевания не были установлены. При анализе лечения выявлены следующие ошибки: 1) позднее назначение препаратов леводопы 17 (28,8%); 3) нерациональное назначение холинолитиков, что связано с низкой стоимостью препарата, длительным присутствием на фармацевтическом рынке РФ; 4) самостоятельная отмена противопаркинсонических средств пациентами. Основная причина – плохая переносимость, наличие побочных действий от препаратов, отсутствие «яркого» эффекта лечения; 5) необоснованное назначение вазоактивных и ноотропных препаратов 59 (100%); 6) госпитализации – 59 (100%) пациентов.

Эссенциальный тремор становлен 410 больным, после консультации в специализированном неврологическом кабинете, лишь 122 (29,8%) наблюдались с диагнозом ЭТ в территориальных поликлиниках. Из 288 (70,2%) пациентов направлены на консультацию с диагнозами: сосудистый паркинсонизм – 7 (1,7%), 64 (15,6%) – ЦВБ, 178 (43,4%) с диагнозом БП, дистонические гиперкинезы у 3 (0,7%) пациентов. При проведении оценки качества диагностики и лечения – неверно установлен синдромальный и нозологический диагноз, а также неадекватно назначенная терапия у 280 (68,3%) больных. Средний балл качества диагностики составил 1,0, качества лечения – 0,9 расценен как «неудовлетворительный». Основные ошибки диагностики: гипердиагностика БП и сосудистого паркинсонизма 185 (45,1%) связана с атипичным дебютом заболевания, наличием тремора в покое, положительного семейного анамнеза, отсутствие эффекта леводопотерапии, убеждением неврологов, что тремор головы – патогномоничный признак БП, что привело к неправильному установлению синдромального диагноза. Анализ лечения больных с ЭТ выявил ошибки: 1) необоснованное назначение противопаркинсонических средств – 403 (98,3%) пациентов; 2) отсутствие показаний к назначению вазоактивных и ноотропных препаратов 410 (100%).

Наименьшее количество ошибок выявлено при диагностике идиопатической мышечной дистонии. Заболевание установлено у 51 пациента, после консультации,

37 (72,5 %) из них наблюдались с диагнозом дистония в территориальных поликлиниках. Из 14 (27,5%) больных направлены на консультацию с диагнозами: ЭТ 3 (5,9%) пациентов, 9 (17,7%) – ЦВБ, 2 (3,9%) с диагнозом БП. При проведении оценки качества диагностики и лечения у 12 (23,6%) больных неверно установлен синдромальный и нозологический диагноз, в связи с чем, не было своевременно назначена адекватная современная терапия. Средний балл качества диагностики составил $2,0 \pm 0,3$, качества лечения – $2 \pm 0,1$ расценен как «удовлетворительный». Основные диагностические ошибки: наличие тремора головы отнесено к проявлению БП. Анализ лечения больных с дистонией выявил: необоснованное назначение вазоактивных и ноотропных препаратов 19 (37,3%). Редкое назначение ботулинического токсина типа А 5 (9,8%), что связано с высокой стоимостью препарата, отсутствием групп инвалидности у больных.

Трудности диагностики экстрапирамидных расстройств связаны, как с субъективными факторами – многообразием клинической картины заболеваний, так и объективными – организационными. Недостаточность знаний экстрапирамидной патологии, ведёт к неудовлетворительной диагностике и лечению. Преувеличение роли сосудистого фактора в генезе заболеваний предопределяет: пожилой возраст больных, наличие сопутствующей соматической патологии. Ошибки в диагностике экстрапирамидной патологии приводят к несоблюдению утверждённых медико-экономических стандартов, что снижает качество жизни больных, увеличивает финансовые издержки. Результаты исследования указывают на необходимость проведения образовательных программ среди врачей первичного звена, неврологов по экстрапирамидной патологии.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Шмырев В.И., Бабенков Н.В., Клячкова Л.Б., Хохлова Т.Ю., Шишкина М.В.

Лечение острой церебральной ишемии и последующая реабилитация больных ишемическим инсультом остается важнейшей проблемой ангионеврологии. При прогрессивно растущем количестве разнообразных медикаментозных средств, провоцирующих полипрагмазию, одним из наиболее перспективных направлений является разработка минимальных по количеству препаратов, но оптимальных по спектру возможностей медикаментозных комплексов, сочетающих в себе различные фармакотерапевтические эффекты, т.е. действующих на основные звенья патогенеза при ишемическом повреждении мозга.

Применение комплекса танакан-эйконол является одним из возможных путей решения этой проблемы.

Показано, что танакан обладает следующими основными свойствами: сосудистыми, реологическими, мембранопротекторными, метаболическими. Танакан оказывает регулирующее воздействие на всю сосудистую систему: препятствует артериальному спазму, оказывает сосудорасширяющее действие

на мелкие артерии и сосудосуживающее - на вены, уменьшает патологическую проницаемость капилляров и повышает их тонус, обладает сильным противоотечным эффектом, который проявляется как на уровне головного мозга, так и на периферии. Подавляет активность тромбоцитов и нейтрофилов, восстанавливает вискоэластичные свойства эритроцитов и значительно увеличивает мозговой кровоток. Танакан является мощным антагонистом свободных радикалов и препятствует перекисному окислению липидов клеточных мембран. Улучшает клеточный метаболизм: выявлено действие танакана на процессы обмена веществ в клетках, в том числе и в нейронах мозга и в нейросенсорных клетках.

Эйконол, в свою очередь, обладает противоатеросклеротическим, гиполипидемическим, гипотензивным и антисвертывающим действием. В основе его гиполипидемического эффекта лежит нормализация структуры липопротеидов низкой и очень низкой плотности. Он стабилизирует клеточные мембраны, в том числе и мембраны тромбоцитов, что приводит к улучшению реологических свойств крови. Гипотензивный эффект осуществляется за счет воздействия на синтез вазоактивных простагландинов.

Таким образом, комплекс танакан-эйконол оказывает воздействие на основные звенья патогенеза ишемического инсульта.

Исходя из вышеизложенного, нами было обследовано 28 больных ишемическим инсультом со средним и легким неврологическим дефицитом и гиперлипидемией (6 женщин и 22 мужчины) в возрасте 50-75 лет. Лечение данных больных в острой фазе проводилось традиционно, включая вазоактивные, метаболические, антиагрегантные, антиоксидантные препараты. Далее, со 2-й недели от острого сосудистого эпизода, применялся только комплекс танакан+эйконол: танакан по 80 мг 3 раза в день в течение двух недель, затем доза уменьшалась до 40 мг 3 раза в день, эйконол по 4-6 г/сут в течение 1 месяца, затем по 2-3 г/сут). Курс лечения составлял от 3 до 6 месяцев в зависимости от исходной тяжести состояния больных и выраженности клинического эффекта.

Всем больным было проведено комплексное обследование, включавшее общий анализ крови и мочи, биохимию крови, исследование липидного спектра крови, системы гемостаза, ЭКГ, ЭЭГ, ЭхоЭГ, УЗДГ, ТКДГ, КТ, МРТ головного мозга и МРТ в ангио-режиме, исследование микроциркуляции методом конъюнктивальной биомикроскопии с микрофотографированием, нейропсихологическое тестирование. Контрольные исследования в динамике проводились на 30, 90 и 180-й день и показали высокую эффективность применения комплекса танакан+эйконол: на фоне проводимой терапии отмечалась положительная динамика в виде регресса неврологического дефицита, улучшения церебральной гемодинамики, микроциркуляции, реологических свойств крови, нормализации показателей липидного спектра.

ВЛИЯНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С НОРМОТЕНЗИВНОЙ ГИДРОЦЕФАЛИЕЙ.

Шмырев В.И.^{1,2}, Васильев А.С.¹, Шевченко Н.С.², Пономарева В.И.¹.

¹-ФГБУ «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента РФ, кафедра неврологии.

²-ФГБУ «Центральная клиническая больница» УД Президента РФ.

Введение.

Синдром Хакима-Адамса (нормотензивная гидроцефалия) - состояние, о котором часто говорят, но который с трудом диагностируют. Нормотензивная гидроцефалия - это синдром с характерными клиническими и патофизиологическими признаками, а также типичными изменениями при КТ или МРТ. Классическая триада - нарушение походки в результате атаксии или апраксии (Сочетание нарушений ходьбы по типу лобной дисбазии (апраксия ходьбы) с деменцией и недержанием мочи). КТ или МРТ выявляют расширение боковых желудочков при отсутствии или незначительной выраженности атрофии коры головного мозга. Гидроцефалия - сообщающаяся, сильвиев водопровод проходим. Давление СМЖ при люмбальной пункции соответствует верхней границе нормы. Содержание белка и глюкозы в СМЖ не изменено. Полагают, что нормотензивная гидроцефалия развивается вследствие нарушения тока СМЖ по верхнелатеральной поверхности полушарий и всасывания СМЖ в венозную систему. Поскольку заболевание развивается медленно, боковые желудочки расширяются, но давление СМЖ повышается незначительно. Нормотензивная гидроцефалия встречается у 0,4–6% пациентов с деменцией. Распространенность: 2,5–5 на 100 тысяч человек. В 50% случаев сочетается с аномалиями развития желудочковой системы. Хирургическое лечение в настоящее время, позволяет достичь положительных результатов, в виде регресса неврологической симптоматики, лишь в 50-70% случаев.

Цель настоящего исследования: оптимизация отбора пациентов с нормотензивной гидроцефалией для хирургической коррекции.

Материалы и методы: Дизайн работы - ретроспективно-проспективное исследование. В исследование включены 20 случаев изученных по архивным данным и 2 собственных клинических наблюдения (набор группы продолжается).

Методы исследования:

- Полное клиническое обследование, включающее неврологический и офтальмологический осмотр, проведение нейропсихологического обследования.
- Проведение МРТ головного мозга с исследованием ликвородинамики (фазово-контрастная МРТ с кардиосинхронизацией, Time SLIP) до операции, скрининговой МРТ после операции. При наличии противопоказаний или отсутствии доступа к МРТ возможно проведение КТ головного мозга.
- Исследование когнитивных функций и походки пациентам с НТГ с использованием бальной оценки на этапе планирования оперативного лечения и по результатам его.

- Выполнение люмбальной пункции всем пациентам с подозрением на НТГ с измерением ВЧД, проведением ликвородинамических проб, выполнением "tap-test" с оценкой нейропсихологического обследования и походки после выполнения "tap-test".

Результат исследования: Согласно ретроспективным данным достоверно чаще ($p < 0,05$) наблюдался положительный результат у пациентов получавших оперативное лечение. В дальнейшем необходимо уточнить влияние на результат хирургического лечения особенности клинического состояния, картина гидроцефалии, результатов люмбальной пункции и др методов.

Выводы: Наиболее вероятен положительный эффект шунтирования в тех случаях, когда клиническая картина НТГ развивается в течение первых месяцев после субарахноидального кровоизлияния, менингита или черепно-мозговой травмы, имеется улучшение после выведения большого количества ЦСЖ при люмбальной пункции, а по данным нейрорадиологического исследования, выявляется выраженный вентрикулярный ликвороток.

Литература.

1. Виноградова И.Н. Нормотензивная гидроцефалия и её лечение (Обзор) //Ж. Вопр. нейрохирургии. – 1986. - №4. - С. 46-49
2. Дамулин И.В., Орышич Н.А., Иванова Е.А. Нормотензивная гидроцефалия // Неврологический журнал. – 1999. - №6. – С.51-56
3. Кравчук А.Д., Лихтерман Л.Б., Шухрай В.А. Моносимптомное клиническое течение посттравматической нормотензивной гидроцефалии. // Ж. Вопр. Нейрохирургии. – 2011. – т. 75, №1. – С.42-46.
4. Яхно Н. Н. Болезни нервной системы: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 2005.
5. Яхно Н.Н., Захаров В.В., Локшина А.Б., Коберская Н.Н., Мхитарян Э.А. Деменции. Руководство для врачей. –М.: МЕДпресс. – 2011. – 272 с.
6. Adams R.D., Fisher C.M., Hakim S., Ojemann R.G., Sweet W.H. Symptomatic occult hydrocephalus with "normal" cerebrospinal-fluid pressure. A treatable syndrome.//N. Engl. J. Med. –1965. – Vol.273, №7. –P.117-126.
7. AWMF Guidelines Normal Pressure Hydrocephalus. <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/030-063.html>.

ТЕХНОЛОГИЯ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ В ПРОЦЕССЕ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕВЫМ МИОФАСЦИАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

Яковлев А.А.^{1,2}, Яковлева М.В.¹

¹ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России, кафедра неврологии и мануальной медицины, ²ФГБОУ ВО «Северо-Западный Государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» МЗ РФ, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Технология экстракорпоральной ударно-волновой терапии (ЭУВТ) основана на применении акустических (ударных) волн. Ударная волна распространяется в тканях, действуя на костную и хрящевую ткани, кальцификаты, оссификаты и иные акустически плотные образования. Ударная волна обладает противоотечным, обезболивающим, трофикостимулирующим действием, что существенно повышает терапевтические возможности ЭУВТ как метода, в том числе при ряде неврологических заболеваний сопровождающихся болевыми синдромами.

Цель. Оценить эффективность ЭУВТ при нейрореабилитационном лечении пациентов со спондилогенными заболеваниями, осложненными развитием стойкого хронического болевого миофасциального синдрома.

Методы и материалы. В наблюдение было включено 82 пациента (56 женщин, 26 мужчин) в возрасте от 26 до 82 лет, как с изолированным спондилогенным мышечно-тоническим синдромом, так и с сочетанным миофасциальным и дискогенным корешковым синдромом. Показанием к проведению ЭУВТ являлось наличие стойкого болевого миофасциального синдрома, устойчивого к консервативной медикаментозной обезболивающей и противовоспалительной терапии. При осмотре пациентов пальпаторно выявлялись точки локального мышечного спазмирования (триггерные болевые зоны), участки отека мягких тканей с их гиперемией, признаками венозного застоя в виде усиление венозного рисунка. Технология ЭУВТ применялась посредством использования аппарата «Piezo Wave». На этапе отбора для курса ЭУВТ были исключены пациенты, имеющие противопоказания: возраст до 18 лет, беременность, наличие кардиостимулятора, онкология в области планируемого применения ударной волны. Протокол проведения ЭУВТ был следующим: курс составил 5 процедур с интервалом между процедурами 3 дня, количество импульсов в одну процедуру 4000, частота импульсов 8 в 1 сек., глубина проникновения ударной волны от 15 до 35 мм. Воздействие производилось преимущественно паравертебрально, в надлопаточных областях и по триггерным точкам. От процедуры к процедуре постепенно и последовательно увеличивались максимально достигаемая в течение одного сеанса интенсивность и глубина воздействия. На время проведения курса ЭУВТ всем пациентам было предложено отменить прием нестероидных противовоспалительных препаратов, анальгетиков и миорелаксантов. Проводились анализ ощущений пациентов, данных неврологического осмотра и оценка по визуальной аналоговой шкале (ВАШ).

Результаты. Средняя интенсивность миофасциального болевого синдрома до курса проведения ЭУВТ составила среди пациентов наблюдаемой группы 7,5 балла по ВАШ. После проведения первой процедуры ЭУВТ 48 пациентов (58,5%) отметили некоторое уменьшение болевого синдрома. Средний балл по ВАШ в первый день после процедуры ЭУВТ составил 5,5 балла. Однако к моменту проведения второй процедуры ЭУВТ среди пациентов, ранее указывавших на уменьшение болевого синдрома, 17 пациентов отметили нарастание болей до прежнего уровня, что подтверждалось данными оценки по ВАШ. После

проведения второй процедуры ЭУВТ средний балл по ВАШ составил, среди пациентов наблюдаемой группы, 5 баллов. При проведении каждой последующей процедуры ЭУВТ вновь применялась оценка по ВАШ. Средний балл составил после 3, 4 и 5 процедур 4,5, 3,5, 3,0 балла соответственно. Таким образом, средний балл по ВАШ в наблюдаемой группе пациентов с миофасциальным болевым синдромом после 5 процедур ЭУВТ снизился на 4,5 балла. Средняя интенсивность воздействия ударной волны, применявшаяся в течение курса из пяти процедур, составила 15 единиц, средняя глубина проникновения ударной волны при проведении первой процедуры составила 15 мм, при проведении пятой процедуры 30 мм. Общее количество импульсов, полученное каждым пациентом в течение курса ЭУВТ, составило 20000 импульсов. При осмотре после окончания курса ЭУВТ пациенты обращали внимание на уменьшение интенсивности болевого синдрома, уменьшение количества болевых зон (триггерных точек), увеличение толерантности к статическим нагрузкам, а также регресс цервикогенной головной боли. Каких-либо побочных эффектов при проведении процедур ЭУВТ отмечено не было. Все пациенты отмечали хорошую переносимость процедур ЭУВТ.

Заключение. Максимальную терапевтическую эффективность при миофасциальном болевом синдроме ЭУВТ демонстрирует при проведении курса из 5 процедур производимых с интервалом в три дня между каждой последующей процедурой, с суммарным количеством импульсов 20000 импульсов ударной волны за курс при глубине проникновения ударной волны от 15 до 35 мм. ЭУВТ высокоэффективна в лечении стойких болевых миофасциальных синдромов, имеет мало противопоказаний, демонстрируя высокую безопасность, с учетом отсутствия побочных эффектов.

НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С МОТОРНО-СЕНСОРНОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИЕЙ АССОЦИИРОВАННОЙ С MGUS

Яковлев А.А.^{1,2}, Яковлева М.В.¹, Смочилин А.Г.¹

¹ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России, кафедра неврологии и мануальной медицины,

²ФГБОУ ВО «Северо-Западный Государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» МЗ РФ, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Моноклональная гаммапатия неустановленной этиологии (MGUS: monoclonal gammopathy of undetermined significance) - спектр патологий, в основе патогенеза которых нарушение функционирования В-лимфоцитов, приводящее 3,2% людей, старше 50 лет. У пожилых, старше 70 лет частота его обнаружения возрастает до 5,3%. Одним из первых и в некоторых случаях ведущим клиническим проявлением MGUS является периферическая нейропатия.

Цель. Оценить эффективность комплексного применения немедикаментозных методов лечения при явлениях моторно-сенсорной полинейропатии ассоциированной с MGUS.

Методы и материалы. В процессе клинического наблюдения было обследовано 18 пациентов с достоверно установленным диагнозом MGUS в возрасте от 56 до 85 лет, из них 10 женщин (55,6%) и 8 мужчин (44,4%). Медиана возраста пациентов составила 63 года. Медиана срока после установления диагноза до включения пациента в наблюдение составила 10 месяцев (от 1 мес. до 48 мес.). У всех пациентов, включенных в исследование, были клинические признаки моторно-сенсорной периферической нейропатии, что подтверждалось данными неврологического осмотра, исследования вибрационной чувствительности камертоном градуированным (C128) по Rydel-Seiffer, данными электронейромиографии (ЭНМГ), а также результатами анализов в рамках лабораторной диагностики (исследование ликвора и сыворотки крови). Общий курс нейрореабилитационной помощи на этапе стационарного наблюдения для каждого пациента составил 20 дней. С 1 по 20 день – пациент получал курс реабилитационной помощи в виде: стабилотренировки на аппарате с биологической обратной связью «ST-150» ежедневно 20 минут, занятий кинезиотерапии с использованием нейроортопедического костюма «Фаэтон» 20 минут ежедневно, механотерапии в активно-пассивном режиме циклической тренировки на нижние конечности на аппарате «АПТ-5» 15 минут ежедневно, процедур локальной криотерапии на голени и стопы при диапазоне температур от -10 до -38С продолжительностью 10 минут на аппарате «Criojet mini», а также процедур лечебного массажа верхних и нижних конечностей по 4 массажные единицы ежедневно. Кроме того, пациентам проводилась эфферентная терапия в виде сеансов плазмафереза на 1, 3, 5, 8, 10 дни лечения и с 11 по 15 день – внутривенная инфузия человеческого иммуноглобулина в дозе 0,4 грамм на килограмм веса ежедневно. Контроль эффективности проведенного курса реабилитационного лечения проводился с использованием шкалы неврологических расстройств (NDS: neuropathy disability score), показателей стабилотрии, данных неврологического статуса, данных ЭНМГ, выполняемой на аппаратах “VikingIV” и “Viking Select”. За нормальные электронейромиографические показатели принимали величины, приведенные в "Laboratory reference for clinical neurophysiology". Оценка проводилась до начала лечения, на одиннадцатые и двадцатые сутки терапии.

Результаты. Средний балл на момент включения пациента в наблюдение по шкале NDS составлял 13 баллов, что свидетельствовало о выраженной степени периферической нейропатии. Отклонение коэффициента равновесия (КР), получаемого при выполнении стандартных стабилотрических проб, от нормы до начала терапии составляло у пациентов наблюдаемой группы в среднем 620%. По данным оценки неврологического статуса до начала курса лечения вибрационная чувствительность с медиальной лодыжки составляла в данной группе $3,80 \pm 0,23$ ($p < 0,001$). При исследовании методом ЭНМГ до начала лечения у всех пациентов фиксировались признаки диффузного страдания периферических нервов (сенсо-

моторная полинейропатия) преимущественно выраженного в нижних конечностях со снижением амплитуды М-ответов с икроножного нерва до $3,26 \pm 0,30$ ($p < 0,05$). При оценке на одиннадцатые сутки средний балл по шкале NDS составил 11 баллов, отклонение КР от нормы составило 504%, вибрационная чувствительность с медиальной лодыжки составила $4,30 \pm 0,42$ ($p < 0,001$). Существенных изменений показателей по данным ЭНМГ выявлено не было. При оценке на двадцатые сутки средний балл по шкале NDS составил 8 баллов, отклонение КР от нормы составило 290%, вибрационная чувствительность с медиальной лодыжки составила $5,40 \pm 0,26$ ($p < 0,001$). По данным ЭНМГ фиксировалось увеличение скорости проведения импульса по двигательным волокнам периферических нервов, увеличение амплитуды и площади М-ответов. Амплитуда М-ответа с икроножного нерва составила $4,02 \pm 0,43$ ($p < 0,05$). Каких-либо побочных эффектов от проводимых процедур у пациентов наблюдаемой группы зафиксировано не было, по данным лабораторного мониторинга каких-либо данных за прогрессирование основного заболевания в процессе лечения и при ретроспективном анализе выявлено не было.

Заключение. Комплексное применение немедикаментозных нейрореабилитационных методов лечения, таких как стабилотренировка, кинезиотерапия, механотерапия, локальная криотерапия, массаж в сочетании с процедурами плазмафереза и внутривенной инфузией человеческого иммуноглобулина демонстрирует высокую эффективность и безопасность в коррекции проявлений моторно-сенсорной полинейропатии ассоциированной с MGUS. Основными точками приложения данной нейрореабилитационной программы являются коррекция нарушений баланса равновесия, координаторных функций, поверхностной и глубокой чувствительности.

АЛФАВИТНЫЙ СПИСОК АВТОРОВ

- | | |
|----------------------------------|---------------------------|
| Абрамова Т.П. – 17 | Карышев Ю.В. – 54 |
| Аветисова К.Н. – 6 | Клачкова Л.Б. – 9, 12, 92 |
| Александров В.И. – 73 | Князева К.В. – 46 |
| Алексеева Л.А. – 51 | Кожокару А.Б. – 20, 76 |
| Алтухов С.В. – 38 | Колесникова Е.В. – 70 |
| Бабенков Н.В. – 8, 9, 24, 31, 92 | Коновалов А.И. – 78, 82 |
| Байбаков С.Е. – 14 | Кузенкова Л.М. – 56 |
| Баркова А.М. – 20 | Лаукарт Е.Б. – 24, 54 |
| Бахарева Н.С. – 14 | Максимов Р.С. – 49 |
| Бахметьев А.С. – 17 | Максимова И. Д. – 49 |
| Беленичев И.Ф. – 66 | Маньшина В.В. – 56 |
| Бельская Г.Н. – 19 | Марченко В.В. – 56 |
| Васильев А.С. – 12, 20, 24, 54 | Матвиенко О.Н. – 14 |
| Васильева В.В. – 24 | Маховская Т.Г. – 51 |
| Васильева Г.А. – 24 | Машаева Л.Л. – 8 |
| Васильева С.С. – 26, 86 | Машаева Р.И. – 8 |
| Воронкова В.С. – 56 | Минаева О.А. – 70 |
| Гайса Н.Н. – 28 | Минушкина Л.О. – 40 |
| Гойденко В.С. – 73 | Митякова О.Н. – 38 |
| Горбов Л.В. – 14 | Михайлова Н.В. – 24 |
| Далелова И.Л. – 31 | Мкртчян Н.С. – 53 |
| Двоенко О.Г. – 17 | Мыкольников Е.С. – 26 |
| Деомидов Е.С. – 49 | Нестерин К.В. – 49 |
| Ермакова Е.В. – 24 | Овчаренко К.И. – 9 |
| Заец Т.Я. – 24 | Парусникова О.В. – 56 |
| Залмина Г.В. – 38 | Пельменева Е.А. – 54 |
| Иванова С.В. – 78 | Першин А.А. – 38 |
| Извозчиков С.Б. – 36 | Подклетнова Т.В. – 56 |
| Ионова Т.С. – 12, 31 | Полякова Т.Л. – 56 |
| Ишинова В.А. – 38 | Пономарева В.И. – 94 |
| Кадров С.Н. – 86 | Прыгунова Т.Г. – 78 |
| Казакова А.В. – 40 | Резков Г.И. – 9, 12, 24 |
| Казанцева И.В. – 28 | Рожкова А.В. – 88 |
| Каллистов Д.Ю. – 61, 64 | Романов А.И. – 61, 64 |
| Камаева О.В. – 63 | Саркисян А.М. – 63 |
| Камчатнов П.Р. – 42 | Север И.С. – 14 |

Семенова Н.Ю. – 78
Серебрякова О.В. – 56
Сипко Г.В. – 64
Смочилин А.Г. – 97
Соколик Е.П. – 66
Соколова Л. П. – 6
Стародубцев А.А. – 70
Стародубцев А.И. – 70
Сурушкина С.Ю. – 88
Тихонова Е.О. – 61
Тхоржевская Л.В. – 38
Тян В.Н. – 73
Увакина Е.В. – 56
Устинская С.А. – 76
Федина Н.В. – 61
Хвостова Е.Ю. – 31
Хохлова Т.Ю. – 31, 92
Хярккенен П.О. – 76
Чайковская И.И. – 78, 81, 82
Чайковская М.В. – 78, 81, 82
Черенков А.А. – 26, 86
Чугунов А.В. – 42
Чутко Л.С. – 88
Шевченко Н.С. – 94
Шиндряева Н.Н. – 89
Шишкина М.В. – 31, 92
Шмырев В.И. – 6, 9, 12, 20, 24, 76,
92, 94
Эйстрах В.А. – 17
Яковлев А.А. – 95, 97
Яковлева М.В. – 95, 97

ОГЛАВЛЕНИЕ

ПРИВЕТСТВЕННОЕ ПИСЬМО	4
ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПРИ ПЕРВИЧНЫХ ГОЛОВНЫХ БОЛЯХ	
Аветисова К.Н., Шмырев В.И., Соколова Л. П.....	6
ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ ВЕРТЕБРОГЕННЫХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ У БЕРЕМЕННЫХ	
Бабенков Н.В., Машаева Л.Л., Машаева Р.И.	8
ВЕГЕТАТИВНО-СОСУДИСТАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ ПРИ ПОЯСНИЧНОМ ОСТЕОХОНДРОЗЕ	
Бабенков Н.В., Резков Г.И., Шмырев В.И., Клачкова Л.Б., Овчаренко К.И.....	9
ОСОБЕННОСТИ ВЕНОЗНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ	
Бабенков Н.В., Шмырев В.И., Резков Г.И., Клачкова Л.Б., Ионова Т.С., Васильев А.С.	12
ОСОБЕННОСТИ РЕГУЛЯТОРНЫХ СИСТЕМ, КОНТРОЛИРУЮЩИХ ЛИНЕЙНЫЕ РАЗМЕРЫ МОЗЖЕЧКА, У ДЕВОЧЕК В ВОЗРАСТЕ ОТ 1 ДО 10 ЛЕТ	
Байбаков С.Е., Горбов Л.В., Север И.С., Матвиенко О.Н.; Бахарева Н.С.	14
ВЛИЯНИЕ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ-ЗНАЧИМЫХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗВИТОСТЕЙ ПОЗВОНОЧНЫХ АРТЕРИЙ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ГОЛОВОКРУЖЕНИЙ	
Бахметьев А.С., Двоенко О.Г., Эйстрах В.А., Абрамова Т.П.	17
ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИНСУЛЬТОМ В УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННОЙ НОРМАТИВНОЙ БАЗЫ	
Бельская Г.Н.....	19
К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ И ВЕДЕНИИ РЕЗИСТЕНТНЫХ К СТАНДАРТНОЙ ТЕРАПИИ КОМПРЕССИОННЫХ НЕВРОПАТИЙ	
Васильев А.С., Баркова А.М., Шмырев В.И., Кожокару А.Б.	20
О ЗНАЧЕНИИ ТОРАКАЛГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ И БЕЗБОЛЕВЫХ ТОРАКАЛЬНЫХ БИОМЕХАНИЧЕСКИХ ДИСФУНКЦИЙ	
Васильев А.С., Васильева В.В., Шмырев В.И., Бабенков Н.В., Резков Г.И., Васильева Г.А., Лаукарт Е.Б., Михайлова Н.В., Ермакова Е.В., Заец Т.Я.....	24

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ У РАБОТНИКОВ ПРОМЫШЛЕННОГО ПРЕДПРИЯТИЯ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА.

Васильева С.С., Мыкольников Е.С., Черенков А.А. 26

ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ КАК ПРЕДИКТОР ПРОГНОЗА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ.

Гайса Н.Н., Казанцева И.В. 28

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ МИГРЕНИ У МУЖЧИН МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

Далелова И.Л., Хохлова Т.Ю., Шишкина М.В., Бабенков Н.В., Ионова Т.С., Хвостова Е.Ю. 31

АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ТАЗОВОЙ БОЛИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ НЕВРОЛОГА

Извозчиков С.Б. 36

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Ишинова В.А., Залмина Г.В., Митякова О.Н., Першин А.А., Тхоржевская Л.В., Алтухов С.В. 38

МЕЖВИЗИТНАЯ ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Казакова А.В., Минушкина Л.О. 40

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ЦЕЛЛЕКС У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА С УМЕРЕННЫМИ КОГНИТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Камчатнов П.Р., Чугунов А.В. 42

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ ПРИ ТРЕВОЖНЫХ И ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ

Князева К.В. 46

ЗЕРКАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ИНСУЛЬТОМ

Максимов Р.С., Нестерин К.В., Деомидов Е.С., Максимова И. Д. 49

ПРОФИЛЬ КАЧЕСТВА НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Маховская Т.Г., Алексеева Л.А. 51

ТОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ЛИМБИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ (НЕЙРОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ)

Мкртчян Н.С. 53

МЕТАТАРЗАЛГИЯ МОРТОНА: АКТУАЛЬНАЯ ПРИЧИНА БОЛЕЙ В СТОПЕ

Пельменева Е.А., Карышев Ю.В., Лаукарт Е.Б., Васильев А.С. 54

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЙ ПСИХОМОТОРНОГО И РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Полякова Т.Л., Кузенкова Л.М., Подклетнова Т.В., Увакина Е.В., Марченко В.В., Серебрякова О.В., Парусникова О.В., Маньшина В.В., Воронкова В.С. 56

КОРРЕКЦИЯ РЕЧЕВЫХ И КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ В ПРОГРАММАХ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ

Романов А.И., Каллистов Д.Ю., Федина Н.В., Тихонова Е.О. 61

ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА ПРИ ПРОБЛЕМНО-ОРИЕНТИРОВАННОМ ПОДХОДЕ В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА.

Саркисян А.М., Камаева О.В. 63

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Сипко Г.В., Каллистов Д.Ю., Романов А.И. 64

ВЛИЯНИЕ НЕЙРОПЕПТИДНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ГИСТО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ НЕЙРОНОВ КОРЫ В УСЛОВИЯХ ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Соколик Е.П., Беленичев И.Ф. 66

НАРУШЕНИЯ РЕЧИ И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ У ДЕТЕЙ С ДЦП

Стародубцев А.И., Стародубцев А.А., Колесникова Е.В., Минаева О.А. 70

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СИМПАТИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКЕ РАССТРОЙСТВ КРОВООБРАЩЕНИЯ В ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОМ БАССЕЙНЕ

Тян В.Н., Гойденко В.С., Александров В.И. 73

ЭЭГ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА.

Устинская С.А., Шмырев В.И., Кожокару А.Б., Хярккенен П.О. 76

ДЕФИЦИТАРНОСТЬ РАЗВИТИЯ РЕЧЕВОЙ И КОГНИТИВНОЙ СФЕРЫ У ДЕТЕЙ

Чайковская М.В., Семенова Н.Ю., Иванова С.В., Прыгунова Т.Г., Чайковская И.И., Коновалов А.И. 78

К ВОПРОСУ О РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Чайковская М.В., Чайковская И.И. 81

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Чайковская М.В., Чайковская И.И., Коновалов А.И. 82

РОЛЬ И МЕСТО ЛЮМБАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО МЕНИНГИТА, ОСЛОЖНЕННОГО ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ.

Черенков А.А., Васильева С.С., Кадров С.Н. 86

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю., Рожкова А.В. 88

АНАЛИЗ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ЭКСТРАПИРАМИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Шиндряева Н.Н. 89

ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Шмырев В.И., Бабенков Н.В., Клачкова Л.Б., Хохлова Т.Ю., Шишкина М.В. 92

ВЛИЯНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С НОРМОТЕНЗИВНОЙ ГИДРОЦЕФАЛИЕЙ.

Шмырев В.И., Васильев А.С., Шевченко Н.С., Пономарева В.И. 94

ТЕХНОЛОГИЯ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ В ПРОЦЕССЕ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕВЫМ МИОФАСЦИАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

Яковлев А.А., Яковлева М.В. 95

НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С МОТОРНО-СЕНСОРНОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИЕЙ АССОЦИИРОВАННОЙ С MGUS

Яковлев А.А., Яковлева М.В., Смочилин А.Г. 97

АЛФАВИТНЫЙ СПИСОК АВТОРОВ 100

ОГЛАВЛЕНИЕ 102