ISSN 2224-6150

www.medconfer.com

БЮЛЛЕТЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ ИНТЕРНЕТ-КОНФЕРЕНЦИЙ

Bulletin of Medical Internet Conferences

2016 Том 6 Выпуск 10
2016 Volume 6 Issue 10

Бюллетень медицинских Интернет-конференций

ISSN 2224-6150

2016. Том 6. Выпуск 10 (Октябрь)

Учредитель журнала – Общество с ограниченной ответственностью «Наука и Инновации» (Россия, Саратов)

Главный редактор
В.М. Попков, докт. мед. наук (Россия, Саратов)

Зам. главного редактора
Ю.В. Черненков, профессор, докт. мед. наук (Россия, Саратов)

Ответственный секретарь
А.Р. Киселев, докт. мед. наук (Россия, Саратов)

Редакционный совет
В.Ф. Киричук, засл. деятель науки РФ, профессор, докт. мед. наук (Россия, Саратов)
А.И. Кодочигова, профессор, докт. мед. наук (Россия, Саратов)
А.П. Ребров, профессор, докт. мед. наук (Россия, Саратов)
Ю.Г. Шапкин, профессор, докт. мед. наук (Россия, Саратов)

Редакционная коллегия
Е.А. Анисимова, доцент, докт. мед. наук (Россия, Саратов)
Г.А. Афанасьева, доцент, докт. мед. наук (Россия, Саратов)
Н.В. Булкина, профессор, докт. мед. наук (Россия, Саратов)
В.И. Гриднев, докт. мед. наук (Россия, Саратов)
И.В. Нейфельд, канд. мед. наук (Россия, Саратов)
О.М. Посненкова, канд. мед. наук (Россия, Саратов)
С.Н. Потахин, канд. мед. наук (Россия, Саратов)
И.Е. Рогожина, доцент, докт. мед. наук (Россия, Саратов)
Д.Е. Суетенков, доцент, канд. мед. наук (Россия, Саратов)
В.А. Шварц, канд. мед. наук (Россия, Москва)

Руководитель Интернет-проекта
И.М. Калмыков (Россия, Саратов)

Помощник ответственного секретаря
Ю.В. Попова, канд. мед. наук (Россия, Саратов)

Технический редактор
А.Н. Леванов (Россия, Саратов)

Адрес редакции:
410033, г. Саратов, просп. 50 лет Октября, 101.
E-mail: info@medconfer.com

Электронная версия журнала – на сайте www.medconfer.com

Общественное рецензирование публикуемых материалов осуществляется на сайте www.medconfer.com.
Материалы публикуются в авторской редакции.
Сведения обо всех авторах находятся в редакции.
© Бюллетень медицинских Интернет-конференций, 2016

Bulletin of Medical Internet Conferences

ISSN 2224-6150

2016. Volume 6. Issue 10 (October)

Publisher – Limited Liability Company "Science and Innovation" (Saratov, Russia)

Editor-in-Chief
V.M. Popkov, D.Sc., MD (Saratov, Russia)

Deputy Chief Editor
Y.V. Chernenkov, Professor, D.Sc., MD (Saratov, Russia)

Executive Secretary
A.R. Kiselev, D.Sc., MD (Saratov, Russia)

Drafting Committee
V.F. Kirichuk, Professor, D.Sc., MD (Saratov, Russia)
A.I. Kodochigova, Professor, D.Sc., MD (Saratov, Russia)
A.P. Rebrov, Professor, D.Sc., MD (Saratov, Russia)
Yu.I. Shapkin, Professor, D.Sc., MD (Saratov, Russia)

Editorial Board
E.A. Anisimova, D.Sc., MD (Saratov, Russia)
G.A. Afanasyeva, D.Sc., MD (Saratov, Russia)
N.V. Bulkina, Professor, D.Sc., MD (Saratov, Russia)
V.I. Gridnev, D.Sc., MD (Saratov, Russia)
I.V. Neyfeld, PhD, MD (Saratov, Russia),
O.M. Posnenkova, PhD, MD (Saratov, Russia)
S.N. Potakhin, PhD, MD (Saratov, Russia)
I.E. Rogojina, D.Sc., MD (Saratov, Russia)
D.E. Suetenkov, PhD, MD (Saratov, Russia)
V.A. Schvartz, PhD, MD (Moscow, Russia)

Head of the Internet Project
I.M. Kalmikov (Saratov, Russia)

Assistant Executive Secretary
Yu.V. Popova, PhD, MD (Saratov, Russia)

Technical Editor
A.N. Levanov, MD (Saratov, Russia)

E-mail: info@medconfer.com

URL: www.medconfer.com

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2016

Межрегиональная научно-практическая конференция «Актуальные вопросы диагностики и лечения заболеваний нервной системы»

Организаторы:

- ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России,
- Министерство здравоохранения Саратовской области,
- Саратовская РОО «Объединение врачей неврологов Саратовской области»,
- ООО «Семинары, Конференции и Форумы», Санкт-Петербург.

Дата проведения очной сессии: 15-16 сентября 2016 года
Подробная информация о мероприятии на сайте: http://medconfer.com/node/6432

Бегимбаев К.С. Клиническая эффективность локомоторной терапии в восстановительном периоде ишемического инсульта 1534
Войтенков В.Б., Климкин А.В., Скрипченко Н.В. Изменения Н-рефлекса как ранний признак развития острой воспалительной демиелинизирующей полиневропатии у пациентов детского возраста 1535
Войтенков В.Б., Вильниц А.А., Скрипченко Н.В., Климкин А.В., Степанов С.Г., Аксенова А.И. Информативность акустических стволовых вызванных потенциалов в прогнозировании течения периода реконвалесценции у детей после перенесенного острого гнойного менингита 1536
Ефимова М.Ю., Терешин А.Е., Иванова Н.Е., Макаров А.О., Карягина М.В., Вязгина Е.М. Структура когнитивных нарушений у нейрохирургических больных на этапе реабилитацинного стационара 1537
Иванова Н.Е., Васькова Н.Л., Шадрин Е.Б., Пашткевич М.Э. Биофизические возможности выявления степени нарушения проницаемости гематоэнцефалического барьера при нейрохирургической патологии 1538
Кияшко С.С., Иванова Н.Е., Маслова Л.Н., Олюшин В.Е., Тастанбеков М.М. Клинические особенности у больных после удаления опухолей мосто-мозжечкового угла 1539
Корно Н.В., Иванова Н.Е., Иванов А.Ю. Динамика качества жизни пациентов с церебральными артериовенозными мальформациями после эндоваскулярного лечения 1540
Костенко И.А., Иванова Н.Е., Иванов А.Ю. Динамика когнитивных нарушений в отдаленном периоде после эндоваскулярного лечения аневризм сосудов головного мозга 1542
Куташов В.А., Будневский А.В., Ульянова О.В., Сазонов И.Э., Хабарова Т.Ю. Современная терапия цереброваскулярных заболеваний в Воронежском регионе 1543
Куташов В.А., Будневский А.В., Припутневич Д.Н., Ульянова О.В. Особенности лечения больных с аффективными расстройствами при гипотиреозе 1544
Левкина М.С., Шелест В.И. Исследование взаимосвязи проявления агрессивности и качества сна у молодежи и людей зрелого возраста 1545
Макаров А.О., Иванова Н.Е., Терешин А.Е., Ефимова М.Ю., Карягина М.В. Особенности реабилитации при повторных полушарных инсультах у лиц пожилого возраста 1546
Миронов С.А., Денисёнок П.А. Рефлексотерапия как метод выбора для амбулаторного лечения рефлекторных проявлений остеохондроза поясничного отдела позвоночника 1547
Овдиенко О.А., Головкин В.И., Зуева О.Н., Либова Е.В. Лечение дорсопатий у женщин пожилого и старческого возраста 1548
Сморгов Л.М., Зуева О.Н., Привалова М.А. Клинический случай компрессии спинного мозга гигантской аневризмой грудного отдела аорты 1549
Соколова Н.А., Иванова Н.Е., Козырева Л.В. Роль вариабельности сердечного ритма в определении реабилитационного прогноза в остром периоде нетравматических внутричерепных кровоизлияний 1551
Хабарова Т.Ю., Куташов В.А., Ульянова О.В. Особенности личности у педагогов высших учебных заведений 1552
Щуковский Н.В., Вартаньян Н.Г., Рыженко А.В., Романтеева Ю.В., Крутцов А.С., Шоломова Е.И., Шляпникова К.Н. Применение церебральной оксиметрии в комплексной оценке состояния пациентов с инфарктом головного мозга в острейшем периоде 1553
Пилипенко Д.В., Иванов А.Ю., Иванова Н.Е., Яковенко И.В., Пилипенко Д.А., Воробьёва Е.С., Иванова Е.Н., Азарова А.Г., Павлов О.А., Меркулов Д.В. Показания и противопоказания к наружному вентрикулярному дренированию при нетравматических неаневризматических внутрижелудочковых кровоизлияниях 1554

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2016. Volume 6. Issue 10

ID: 2016-10-23-T-9760 Тезис

Бегимбаев К.С.

Клиническая эффективность локомоторной терапии в восстановительном периоде ишемического инсульта

Западно-Казахстанский ГМУ им. М.Т. Оспанова, кафедра неврологии, психиатрии и наркологии, г. Актобе, Казахстан

Begimbaev K.S.

Clinical efficiency of locomotors therapy in the recovery period of ischemic stroke

West Kazakhstan Marat Ospanov State Medical University

The positive influence of the activity on orthopedic complex Locomat, the regression of the motive disorders of the patients in the recovery period from ischemic stroke are shown in the article. Comparative analysis of the patients rehabilitation in the recovery period of ischemic stroke was carried out including locomotors therapy and on a background of standard treatment without locomotors therapy.

Актуальность. Рост цереброваскулярных заболеваний и высокаяинвалидизация больных мозговым инсультом является важнейшей медико-социальной проблемой. В Казахстане заболеваемость мозговым инсультом составляет 3.7 на 1000 населения. Инвалидизация при мозговых инсультах достигает 80-82 %. Для восстановления двигательных нарушений у больных с постинсультными гемипарезами применяются различные методы реабилитации. Заметное место среди них занимает роботизированный ортопедический комплекс «Локомат».

Цель исследования: изучить клиническую эффективность локомоторной терапии в восстановительном периоде ишемического инсульта. Провести анализ реабилитации у пациентов в восстановительном периоде ишемического инсульта с включением локомоторной терапии на фоне стандартной реабилитационноголечения без локомоторной терапии.

Материал и методы. Были исследованы 32 пациентов в восстановительном периоде ишемического инсульта. Пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа, из 17 человек получала стандартное реабилитационное лечение с включением локомоторной терапии, пациентам 2-й группы из 15 человек, проводилась стандартная реабилитационное лечение без локомоторной терапии. Для оценки степени неврологического дефицита применялись индекс повседневной активности Бартел; модифицированная шкала Рэнкина; индекс мобильности Ривермид.

Результаты и обсуждение. Двигательные нарушения при поступлении выражались гемипарезами (78.3%) и гемиплегиями (21.7%). Уровень повседневной активности пациентов по индексу Бартел в среднем составил 65.7 баллов. Средний балл по шкале Рэнкина составил 3.6 баллов, среднее значение индекса Ривермид – 6.2 баллов. По окончании лечения уровень повседневной активности по индексу Бартела составил 72.2 в основной группе и 69.3 в группе сравнения. Средний балл по шкале Рэнкина – 3.1 и 3.4 соответственно, по индексу Ривермид – 7.4 и 6.9 соответственно.

Заключение. Таким образом, применение роботизированной системы «Локомат» в комплексной терапии пациентов с различной степенью двигательных расстройств в восстановительном периоде ишемического инсульта способствует сокращению сроков реабилитации и повышению качества жизни больных.

Литература

1. Кабдрахманова Г.Б. и соавт. Реабилитация пациентов в восстановительном периоде церебрального инсульта в Казахстане. Журнал неврологии и психиатрии им. С. Корсакова. №9. Вып.2.2015
2. Жусупова А.С. Организация деятельности региональных инсультных центров в Республике Казахстан. Материалы международной научно-практической конференции «Клинические аспекты инсультологии. От первых симптомов до реабилитации», Иссык-Куль, Кыргызстан, 2011.
3. Кузнецов А.Н. и соавт. ФГУ «Национальный медико-хирургический центр имени Н.И. Пирогова Росздрава» №2. 2012.

Ключевые слова: инсульт, локомоторная терапия

Keywords: stroke, locomotors therapy

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2016

ID: 2016-10-23-T-9762 Тезис

Войтенков В.Б., Климкин А.В., Скрипченко Н.В.

Изменения Н-рефлекса как ранний признак развития острой воспалительной демиелинизирующей полиневропатии у пациентов детского возраста

ФГБУ НИИ детских инфекций федерального медико-биологического агентства, г. Санкт-Петербург, Россия

Острая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия (ОВДП) –иммуноопосредованное патологическое состояние, характеризующееся разрушением миелиновых оболочек с развитием синдрома полиневропатии. Ранняя диагностика ОВДП принципиально важна для своевременного назначения интенсивной терапии. В нейрофизиологической диагностике полиневропатий применяется методика электронейромиографии (ЭНМГ). В раннем периоде (первые 5-7 суток) ОВДП проведение по нервам и его основные электрофизиологическое параметры, такие как длительность М-ответа, скорость проведения импульса (СПИ) могут не отличаться от нормы. Одним из показателей ЭНМГ, рано реагирующим на различные изменения проведения по периферическим нервам, является нейрофизиологический аналог ахиллова рефлекса – Н рефлекс.

Целью работы явилось изучение пригодности исследования Н-рефлекса в качестве инструмента ранней диагностики у детей с острой воспалительной демиелинизирующей полиневропатией.

Материал и методы. Обследовано 57 детей: 20 здоровых (7-14 лет, средний возраст 12 лет) и 37 пациентов (возраст 8-13 лет, средний 11,) с диагнозом ОВДП. Электронейромиография (ЭНМГ) проводилась на 3-7 день от появления первых симптомов. Оценивались скорость проведения импульса по моторным волокнам, амплитуда М-ответов с nn. *Tibialis, Ulnaris* и *Medianus,* латентность и порог М-ответа и Н-рефлекса с*т. Soleus*.

Результаты. Между группами не было зарегистрировано достоверных отличий по показателям амплитуд моторных ответов и скорости проведения импульса. В группе контроля Н-рефлекс регистрировался в 100% случаев. В группе ОВДП Н-рефлекс зарегистрирован лишь у 2 пациентов (5,4%). У обоих пациентов исследование проводилось в самые ранние сроки (3-и сутки от момента развития первых симптомов) среди всей исследованной группы.

Выводы. У детей с ОВДП на 3-7 сутки с момента развития первых симптомов Н-рефлекс отсутствует в 94,6% случаев. Исследование Н-рефлекса на ранней стадии развития острой воспалительной демиелинизирующей полиневропатии у детей может применяться как дополнительный критерий диагностики. Чувствительность методики составляет 95%.

Ключевые слова: острая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия

ID: 2016-10-23-T-9763 Тезис

Войтенков В.Б., Вильниц А.А., Скрипченко Н.В., Климкин А.В., Степанов С.Г., Аксенова А.И.

Информативность акустических стволовых вызванных потенциалов в прогнозировании течения периода реконвалесценции у детей после перенесенного острого гнойного менингита

ФГБУ НИИ детских инфекций федерального медико-биологического агентства, г. Санкт-Петербург, Россия

В ФГБУ НИИДИ ФМБА России на протяжении ряда лет (2010-2015) проводился нейрофизиологический мониторинг состояния центральной нервной системы (ЦНС) у детей с острыми гнойными менингитами на разных этапах заболевания.

Цель: оценить чувствительность и специфичность акустических стволовых вызванных потенциалов в прогнозировании развития психоневрологического дефицита у детей после перенесенного острого гнойного менингита.

Материал и методы. Обследовано 65 пациентов с острым гнойным менингитом и 46 пациентов группы сравнения, всего 111 детей в возрасте 1 год-14 лет. Пациентам проводилось исследование акустических стволовых вызванных потенциалов в остром периоде, затем осуществлялось катамнестическое наблюдение в течение 1-6 лет с оценкой характера течения периода восстановления. Выраженная атаксия, двигательного дефицита (парезы), симптоматическая эпилепсия, интеллектуально-мнестические и речевые нарушения в периоде восстановления расценивались как признаки наличия психоневрологического дефицита. При оценке АСВП оценивались амплитуды III и V пиков, соотношение амплитуд I/III и III/V, продолжительность интервалов I-III, III-V, I-V. Для оценки чувствительности и специфичности исследовавшихся параметров АСВП применялся ROC-анализ.

Результаты. Выявлено, что удлинение интервала I-III (проведение на медулло-понтинном уровне) и интервала I-V (общее время проведения по стволовым слуховым путям) (область под кривой , снижение амплитуды III и V пиков АСВП обладало достаточной чувствительностью и специфичностью в прогнозировании неблагоприятного течения периода реконвалесценции после перенесенного острого гнойного менингита. Показатели области под кривой этих параметров составили, соответственно, 0,650 для амплитуды III пика, 0,736 для амплитуды V пика, 0,721 для интервала I-III и 0,736 для интервала I-V. Таким образом, замедление проведения по стволовым слуховым путям и снижение функциональной активности нейронов ядер стволового пути может указывать на развитие в периоде восстановления психоневрологических нарушений. III пик традиционно относят к активности верхнеоливарного комплекса, а V – нижнего бугорка четверохолмия.

Выводы. Замедление проведения по стволовым слуховым путям с удлинением продолжительности интервалов I-III и I-V и снижение функциональной активности нейронов ядер стволового пути со снижением амплитуд III и V пиков при исследовании АСВП может указывать на развитие у детей с острым гнойным менингитом психоневрологических нарушений в периоде восстановления.

Ключевые слова: острый гнойный менингит

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2016

ID: 2016-10-23-T-9764 Тезис

Ефимова М.Ю.[2], Терешин А.Е.[2], Иванова Н.Е.[1], Макаров А.О.[1], Карягина М.В.[2], Вязгина Е.М.[1]

Структура когнитивных нарушений у нейрохирургических больных на этапе реабилитацинного стационара

[1]РНХИ им. проф. А.Л. Поленова - филиал ФГБУ СЗФМИЦ им. В.А. Алмазова Минздрава России, г. Санкт-Петербург
[2]СПб ГБУЗ Николаевская больница, г. Санкт-Петербург

Актуальность темы. Очаговое повреждение головного мозга чаще всего приводит не только к двигательным, координаторным нарушениям и нарушением чувствительности, но также к снижению когнитивных функций больных (Григорьева В.Н., 2009; Кашина Е.М., Шахпаронова Н.В., Кадыков А.С., 2013; Киспаева Т.Т., 2010). Между тем, проблемы когнитивного дефицита пациентов в клинической практике до сих пор учитываются недостаточно. Не изучена феноменология нарушенных когнитивных функций, динамика их обратного развития, значение медикаментозной, физиотерапевтической и нейропсихологической коррекции.

Цель исследования: изучить структуру когнитивных нарушений при нейрохирургической патологии головного мозга в зависимости от этиологии и патогенеза заболевания, локализации и размеров патологического очага, характера оперативного лечения.

Материал и методы. В исследование вошли 79 пациентов с нейрохирургической патологией головного мозга (43 женщины и 36 мужчин) в возрасте от 31 до 68 лет, проходящих лечение на базе реабилитационного отделения СПбГБУЗ «Николаевская больница», имеющих когнитивные нарушения различной выраженности. Срок давности заболевания не превышал 6 месяцев, что соответствует раннему восстановительному периоду. Локализация и размеры патологического очага определялись путем применения современных методов нейровизуализации (СКТ, МРТ). Неврологический дефицит оценивался по шкале Barthel, Rivermid, Karnofsky, когнитивные функции – по шкале MMSE, FAB в день поступления и при выписке на 40-й день пребывания в стационаре. Все пациенты, помимо стандартного комплекса реабилитационных мероприятий, включающего медикаментозную терапию, физиотерапевтические процедуры, массаж, логопедическую коррекцию, ЛФК, роботизированную механотерапию, прошли курс из 10 занятий с нейропсихологом, 10 сеансов транскраниальной электромагнитной стимуляции, а также начали прием препаратов, влияющих на когнитивные функции (цераксон, акатинола мемантин, глиатилин).

Результаты и обсуждение. В исследуемой группе у 52 пациентов баллы шкалы MMSE варьировали в пределах 20-23, у 16 пациентов – в пределах 24-27 баллов (преддементные когнитивные нарушения), у 11 пациентов – в пределах 11-19 баллов (деменция умеренной степени выраженности). У пациентов с низкой способностью к самообслуживанию (23-30 баллов Rivermid) средний балл MMSE составил 21,8 балла, у больных с достаточно высокой способностью к самообслуживанию (67-75 баллов Rivermid) средний балл MMSE составил 25,7 баллов. Установлена прямая корреляционная связь между наличием и степенью выраженности когнитивного дефицита и степенью социально-бытовой дезадаптации пациентов.

Наиболее высокий средний балл MMSE (25,7 балла) и клинически значимый регресс когнитивного дефицита выявлен у больных после удаления менингиом различной локализации. У пациентов, перенесших тяжелую черепно-мозговую травму, выявлялись как умеренные, так и выраженные когнитивные нарушения (от 12 до 26 баллов, средний балл 22,4) в зависимости от объема и локализации очагов размозжения и гематом. Среди пациентов после перенесенного ишемического инсульта преобладали умеренные когнитивные нарушения (14-26 баллов), но эффект от реабилитации был наименьшим.

Структура когнитивных нарушений соответствовала локализации очаговых изменений мозга вне зависимости от этиологии заболевания, что соответствует концепции динамической локализации высших мозговых функций А.Р. Лурия.

Заключение. Таким образом, нарушение высших мозговых функций – одна из важных причин социально-бытовой дезадаптации нейрохирургических больных. Структура когнитивного дефицита этих пациентов в значительной степени обусловлена локализацией очага поражения, независимо от этиологии заболевания. Выраженность когнитивного снижения, в свою очередь, связана с объемом очаговых изменений, преморбидным фоном, характером патологического процесса. Наиболее благоприятный прогноз в плане когнитивной реабилитации имеют нейроонкологические пациенты после тотального и субтотального удаления опухоли. Пациенты с нейрохирургической патологией головного мозга после перенесенной мозговой катастрофы, развившейся на фоне хронической недостаточности мозгового кровообращения, чаще имеют умеренный когнитивный дефицит, но у данной категории больных реабилитационные мероприятия менее эффективны. Полученные результаты могут быть использованы при разработке алгоритмов когнитивной реабилитации и определении прогноза реабилитационных мероприятий.

Ключевые слова: когнитивные нарушения

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2016. Volume 6. Issue 10

ID: 2016-10-23-T-9765 Тезис

Иванова Н.Е., Васькова Н.Л., Шадрин Е.Б., Пашткевич М.Э.

Биофизические возможности выявления степени нарушения проницаемости гематоэнцефалического барьера при нейрохирургической патологии

РНХИ им. А.Л. Поленова - филиал ФГБУ СЗФМИЦ им. В.А. Алмазова Минздрава России, г. Санкт-Петербург
ФГБУ Физико-технический институт им. А.Ф. Иоффе РАН, г. Санкт-Петербург

На современном этапе, благодаря развитию фундаментальных наук, стало возможным более информативно и точно изучать изменения общего белка и белкового состава ликвора у пациентов с патологией центральной нервной системы для постановки диагноза, определения стадии и степени тяжести процесса и прогноза исхода заболевания, а также выявления степени нарушения проницаемости гематоэнцефалического барьера. Биофизический подход к изучению биологических жидкостей, частным случаем которого является термоимпедансметрия, позволяет получить новую информацию о свойствах ликвора, изменении белковых молекул в норме и патологии.

Цель: выработка на базе метода термоимпедансметрии ликвора диагностических и прогностических критериев, определяющих степень поражения головного мозга, проницаемость ГЭБ, прогноз, течение и исходы при различной нейрохирургической патологии.

Материал и методы: проведен анализ 147 наблюдений с нейрохирургическими заболеваниями: 62 (41,9%) наблюдения с ЧМТ, 27 наблюдений (18,7%) с опухолями головного и спинного мозга, 29 наблюдений (19,6%) с сосудистыми заболевания ЦНС, 29(19,%) наблюдений – с эпилепсией. Средний возраст пациентов 43,89±16,13 лет. У пациентов осуществлялся однократный забор ликвора путем люмбальной пункции по жизненным показаниям. В рабочую кювету измерительной ячейки установки с помощью шприца вводился 1,2 мл. жидкости. На регистрирующем устройстве фиксировался ход температурной зависимости разности фаз рабочего и опорного напряжений в виде термоимпедансметрической кривой. В дальнейшем выполнялся статистический корреляционный анализ между параметрами кривой и общим белком, цитозом, концентрацией эритроцитов и состоянием пациента (по шкалам оценки тяжести состояния).

Результаты и обсуждение. Были получены достоверные коэффициенты корреляции между параметрами графической кривой термоимпедансметрии, тяжестью состояния больных, биохимических изменений ликвора при черепно-мозговой травме, эпилепсии, ишемических и геморрагических инсультах и опухолях различной степени злокачественности. Выявлена прямая корреляционная связь между тяжестью поражения мозга, уровнем компенсации состояния больных и температурой фазового перехода: чем тяжелее поражение мозга, тем выше температура фазового перехода и графическая кривая имела монотонный вид. Для благоприятного прогноза характерно снижение температуры фазового перехода (менее 70 гр.) и появление двугорбой кривой ТИМ.

Графические параметры термоимпедансметрии также отражают степень повреждения гематоэнцефалического барьера при появлении воспалительных изменений в ликворе Снижение температуры фазового перехода, обусловленное повышеними концентрации общего белка и изменений конформационных свойств белковой молекулы, может служить индикатором проницаемости ГЭБ. Полученные достоверные коэффициенты корреляции в группе наблюдений с опухолями высокой степени злокачественности обусловлены наличием в ликворе высокомолекулярных опухолевых белков, концентрация которых увеличивалась при нарушении проницаемости ГЭБ. С усилением злокачественности процесса, степени тяжести оперативного вмешательства менялся характер кривой в сторону ее монотонности, уменьшалась температура фазового перехода, нарастали коэффициент корреляции.

Заключение. Метод термоимпедансметрия позволяет определить степень тяжести поражения головного мозга и нарушения проницаемости ГЭБ, а также прогноз и исход при нейрохирургических заболеваниях.

Ключевые слова: гематоэнцефалический барьер

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2016

ID: 2016-10-23-T-9766 Тезис

Кияшко С.С., Иванова Н.Е., Маслова Л.Н., Олюшин В.Е., Тастанбеков М.М.

Клинические особенности у больных после удаления опухолей мосто-мозжечкового угла

РНХИ им. А.Л. Поленова - филиал ФГБУ СЗФМИЦ им. В.А. Алмазова Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Цель: оценить состояние больных и неврологическую симптоматику в послеоперационном периоде у больных, оперированных по поводу опухолей мосто-мозжечкового угла.

Материал и методы. Проанализировано течение послеоперационного периода у 109 больных, среди которых 84(77,1%) наблюдений были после удаления вестибулярной шванномы, 21(19,3%) - менингиомы мосто-мозжечкового угла, 4(3,6%) - шванномы каудальной группы нервов. Среди больных преобладали женщины (87(79,8%), средний возраст пациентов составил 51±1,2 г. По поводу продолженного роста опухоли было прооперировано 17(15,3%) больных. Объем удаленной опухоли почти у половины больных (49(44,1%) наблюдений) составил более 30 мм в диаметре. Тотальное удаление опухоли было выполнено в 71(64,5%) наблюдениях, субтотальное - в 30(27,3%), частичное - в 9 (8,2%). Состояние больных было оценено в раннем послеоперационном периоде и в сроки до 6 лет (средний период наблюдений с 3±1,2 года). *Методы:*стандартный диагностический нейрохирургический комплекс, шкала Карновского.

Результаты. Течение ближайшего послеоперационного было гладким в 85 (76,6%) наблюдениях. Среди послеоперационных осложнений отмечались в 3(2,7%) наблюдениях сосудистые нарушения в бассейнах магистральных сосудов головного мозга; менингит - в 27(24,3%) набл., герпетические высыпания в области тройничного нерва - в 11 (9,9%) случаях; нейропаралитический кератит – в 6 (5,4%) набл., острая сердечно-легочная недостаточность с ТЭЛА в 1 набл., подкожное скопление ликвора отмечались в 6 (5,4%) набл., назальная ликворея – у 5 больных. Оценка послеоперационного неврологического статуса осуществлялась в среднем на 10-15 сутки после операции. Неврологические нарушения в ближайшем послеоперационном периоде были представлены односторонним нарушением функции акустико-фациальной группы нервов (до 77,5%), симптомами выпадения функции V (51,4%) и VI нервов (24,3%), бульбарным синдромом (30,5%), вестибулярно-мозжечковыми нарушениями (до 70%). Статистически достоверных различий при оценке состояния по шкале Карновского между дооперационным (74,8±0,9 балла) и ближайшим после-операционным периодами (75,5±0,9 балла) нами получено не было. В отдаленном периоде состояние больных по шкале Карновского в среднем составило 75,3±11,7 балла, состояние большинства больных в отдаленном периоде соответствовало 80 баллам (в 39 (35,8%) наблюдениях) и было лучше у больных оперированных впервые($p<0,05$), а также в более молодой возрастной группе ($p<0,01$). Головные боли (оболочечно-сосудистые, напряжения, хронические формы головной боли) в отдаленном периоде беспокоили 68 (62,4%) пациентов и выявлялись чаще у пациентов с наличием синдрома внутричерепной гипертензии на дооперационном уровне (22(32%) набл.,$p<0,05$). Дисфункция V нерва в отдаленном периоде была выявлена в 42(39%) набл., а ее улучшение относительно ближайшего после-операционного уровня, наблюдалось в 21(19%) случае. Чаще данные нарушения отмечались у больных, оперированных повторно ($p<0,05$) и при наличии признаков внутричерепной гипертензии в дооперационном периоде ($p<0,05$). При маленьких размерах удаленной опухоли функция V нерва в отдаленном периоде нарушалась реже ($p<0,05$). Чувствительные нарушения на языке (V,VII нервы) в отдаленном периоде выявлялись в 37 (33,9%). Нарушение функции VI нерва в отдаленном периоде отмечалась в 31(28%) наблюдении, а регресс нарушений относительно ближайшего послеоперационного периода отмечен в 11 наблюдениях, стойкие нарушения – в 12, ухудшение –в 19. Дисфункция акустико-фациальной группы нервов была стойкой и чаще отмечалось при вестибулярных шванномах ($p<0,01$). Снижение слуха было во всех случаях с вестибулярными шванномами, у 14 больных с менингиомами ММУ и 2 больных со шванномами каудальной группы нервов. Бульбарные нарушения отмечались в отдаленном периоде в 26 (22%) и в основном были представлены дисфагией с дальнейшей положительной динамикой - в 46,7%. Вестибулярные нарушения в отдаленном периоде были выявлены в 42(39%) с последующим регрессом в отдаленном периоде в 50% наблюдений. Атаксия в отдаленном периоде отмечена в 48(44,0%) наблюдениях, преобладала в случаях резекции полушария мозжечка ($p<0,05$) и у больных, оперированных по поводу продолженного роста опухоли ($p<0,05$).

Выводы. В отдаленном послеоперационном периоде в 70% отмечались клинически значимые неврологические нарушения, из них наиболее стойкими были дисфункция акустико-фациальной группы нервов. Бульбарные, мозжечковые и вестибулярные нарушения в отдаленном пероде частично регрессировали. Присоединение или нарастание очаговых симптомов выпадения свидетельствовало о риске развития рецидива/продолженного роста опухоли.

Ключевые слова: опухоль мосто-мозжечкового угла

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2016. Volume 6. Issue 10

ID: 2016-10-23-A-9767 Краткое сообщение

Корно Н.В., Иванова Н.Е., Иванов А.Ю.

Динамика качества жизни пациентов с церебральными артериовенозными мальформациями после эндоваскулярного лечения

РНХИ им. А.Л. Поленова - филиал ФГБУ СЗФМИЦ им. В.А. Алмазова Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Ключевые слова: артериовенозные мальформации, эндоваскулярное лечение

Цель: оценить динамику качества жизни у больных с АВМ после эндоваскулярного лечения в раннем и отдаленном периодах.

Материал и методы

Проведен анализ результатов хирургического лечения АВМ различной локализации с использованием неадгезивной клеевой композицци ONYX с катамнезом 6 месяцев и более. Основную группу составили 40 пациентов с АВМ головного мозга: средний возраст - 35,65. Группа сравнения составила 22 человека, средний возраст - 33 года. Всем пациентам выполнен стандартный диагностический нейрохирургический комплекс (КТ, МРТ, ЭЭГ). Кроме этого, были применены специальные методы: тест на литеральные и семантические категориальные ассоциации, краткая шкала (MMSE); батарея тестов для оценки лобной дисфункции (FAB), заучивание и воспроизведение 12 слов в модификации Гробера и Бушке, тест повторения цифр в прямом и обратном порядке по методу Весклера, Бостонский тест называния, субтест на символьно-цифровое сочетание из шкалы интеллекта взрослых Векслера, комплесный тест фигур Рея (ROCF), тест Бендера на зрительно-моторную координацию; тест «Память в ежедневной жизни» (по A.Sunderiand и соавт.,1983;1986;D.Wade,1992); оценка депрессии и тревоги по шкале Гамильтона. С целью оценки КЖ у больных с АВМ головного мозга использовался опросник SF-36 (SF-36 Health Status Survey). Больные заполняли опросник SF-36 перед началом лечения, на 1-3 сутки после эндоваскулярного лечения и через 6 и более месяцев после эмболизации АВМ. Проводилась сравнительная оценка качества жизни больных с АВМ из основной группы с качеством жизни (КЖ) больных на этапах эндоваскулярного лечения, а также с КЖ здоровых лиц (группа сравнения).

Результаты

Анамнез заболевания от манифестации заболевания до первого этапа эмболизации в среднем составил 5 лет 1 месяц.

Во всех наблюдениях до эндоваскулярного лечения проводилась субъективная и объективная оценка эмоционально-волевого статуса: в 12,5% случаях изменений не выявлено; в 6% - депрессивные симптомы; 65%-эмоционально-лабильные нарушения; 7,5%-эйфоричные изменения. Снижение критики умеренной степени выраженности выявлено в 70%; грубые нарушения в поведении – 10%.

По данным шкалы Гамильтона для оценки депрессии и тревоги средний балл у пациентов с локализацией мальформации в правом полушарии составил - 16,7/16,8; в левом полушарии - 17,75/16,62, что соответствует депрессивному расстройству средней степени тяжести и скрытому тревожному расстройству (в правом полушарии), в левом - с тенденцией к депрессии тяжелой степени.

Для субъективной оценки нарушений памяти, пациентам предлагалось заполнить опросник «Память в ежедневной жизни». В зависимости от локализации мальформации в левом и правом полушарии, средний балл составил 44,4/53,1, что соответствует легким и умеренным нарушениям памяти.

По результатам анализа данных опросника SF-36 выявлено достоверное снижение всех изучаемых параметров КЖ у больных с АВМ в сравнении со здоровыми лицами. Наиболее выраженное снижение отмечалось по шкалам физического здоровья; более чем на 30% были снижены показатели шкал боли и жизнеспособности, почти на 40% - шкалы психического здоровья. Значительное ограничение повседневной деятельности пациенты связывали как со снижением физической активности, так и с нарушениями в психоэмоциональной сфере. Физическое состояние больных обусловливало выраженное снижение повседневной ролевой деятельности (RP достоверно ниже, чем в группе сравнения, $p < 0,005$). Отмечалось также достоверное различие показателей по шкале боли ($p < 0,001$), что было обусловлено наличием цефалгического синдрома различной степени выраженности.

Показатели качества жизни до оперативного вмешательства по данным опросника SF-36 у пациентов с АВМ варьировали в диапазоне от 14,9 ± 1,7 до 46,0±1,9 баллов. Самый низкий показатель по субшкалам «Физическое функционирование», «Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием» и «Интенсивность боли».

В раннем послеоперационном периоде в основной группе больных показатели шкал, характеризующие психоэмоциональное состояние и физическое функционирование достоверно ухудшились, особенно «Ролевое функционирование» и «Социальная активность». Балльная оценка по SF-36 варьировала от 14,9±1,7 до 46,0±1,9.

Выявлены достоверные различия между пациентами основной группы и группой сравнения по всем шкалам в отдаленном периоде в виде улучшения, характеризующего «Физическое здоровье» и «Психосоциальную сферу», что свидетельствует о положительном влиянии успешного эндоваскулярного лечения на КЖ пациентов с АВМ. Диапазон балльной оценки от 30,9±1,7 до 55,4±1,7. По-прежнему сниженным остается балл по субшкалам «Социальное функционирование» и «Психическое здоровье», что свидетельствует о значимости эмоциональных переживаний и наличия депрессивных эпизодов на этапах эндоваскулярного лечения АВМ.

Заключение

Оценка качества жизни на этапах эндоваскулярного лечения АВМ с использованием вопросника SF-36 показала, что заболевание приводит к снижению физического и психического компонентов здоровья, что связано с наличием очаговой неврологической симптоматики, из-за которой значительно снижается повседневная активность больных, объём выполняемой

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2016

работы и её качество. Наличие цефалгического синдрома, высокий уровень тревоги и депрессии, также являются факторами, ухудшающими качество жизни больных с церебральными АВМ.

Негативное влияние на качество жизни больных оказывает локализация АВМ в левом полушарии головного мозга, высокая градация по Spetzler-Martin, геморрагический тип течения, высокая частота и длительность эписиндрома со сложной структурой припадков, а также длительность анамнеза от манифестации заболевания до первого этапа эндоваскулярного лечения мальформации.

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2016. Volume 6. Issue 10

ID: 2016-10-23-T-9769 Тезис

Костенко И.А., Иванова Н.Е., Иванов А.Ю.

Динамика когнитивных нарушений в отдаленном периоде после эндоваскулярного лечения аневризм сосудов головного мозга

РНХИ им. А.Л. Поленова - филиал ФГБУ СЗФМИЦ им. В.А. Алмазова Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Цель исследования: изучить динамику когнитивных нарушений после эндоваскулярного лечения аневризм головного мозга.

Материал и методы. Проведен анализ результатов эндоваскулярного лечения аневризм сосудов головного мозга у 103 пациентов, прошедших лечение в РНХИ. Распределение по полу и возрасту: мужчин - 36 (34,9%), женщин – 67 (65,1%), медиана возраста у мужчин составляла 46 лет, у женщин – 48. Длительность катамнеза 1,68±1 год. Все пациенты в дооперационном периоде перенесли нетравматическое субарахноидальное кровоизлияние I-II градации по Канту и Хессу (HHS). До операции проведен стандартный нейрохирургический комплекс исследований (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, компьютерная ангиография, магнитно-резонансная ангиография, электроэнцефалография). Дополнительно проводилось обследование пациентов при поступлении и в отдаленном периоде с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), шкалы MMSE и опросника RLS (восстановление локуса контроля).

Результаты. При дооперационном исследовании проведена оценка когнетивных функций и установлено, что средний балл у пациентов по шкале MMSE был 26±3 балла. Умеренные когнитивные нарушения выявлены у 20 (19,4%) пациентов. Средний балл по шкале HADS у большинства пациентов соответствовал клиническому и субклиническому уровню депрессии- 7±4 балла. Согласно опроснику RLC в 87 наблюдениях (84,3%) имели средний балл 24±3 до операции, что свидетельствовало о низком уровне мотивации не только в трудовой но даже и к социально-бытовой адаптации. Интраоперационные осложнения были в 13,5% (14) наблюдений (вазоспазм – 9,7%; 3,8% - выход спиралей в просвет артерии). В 5 наблюдениях имело место формирование стойких неврологических нарушений после операций, связанное с развитием ишемии мозга.

В отдаленном периоде отмечено уменьшение выраженности клинических проявлений депрессии – средний балл 5±3 балла по шкале HADS. Выявлена прямая корреляционная связь уровня депрессии с выраженностью когнитивных нарушений, обращает внимание, что наиболее высокий уровень депрессии наблюдался у пациентов с легкими и умеренно выраженными когнитивными нарушениями.

Заключение. Использование опросника RLC позволило уточнить степень выраженности мотивации к повышению уровня социально-бытовой активности. При этом установлено, что самые низкие показатели уровня мотивации получены в группе наблюдений с сохранными когнитивными функциями, но высоким уровнем депрессии.

Ключевые слова: когнитивные нарушения, аневризмы сосудов головного мозга

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2016

ID: 2016-10-23-T-9770 Тезис

Куташов В.А., Будневский А.В., Ульянова О.В., Сазонов И.Э., Хабарова Т.Ю.

Современная терапия цереброваскулярных заболеваний в Воронежском регионе

ГБОУ ВПО Воронежский ГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России

Основной целью неврологической службы является снижение частоты развития сосудистых заболеваний головного мозга пациентов, а при развитии инсульта – оказание своевременной и эффективной высокотехнологичной медицинской помощи с последующей реабилитацией больных.

Рассмотрим этапность, последовательность и преемственность оказания специализированной медицинской помощи больным с ОНМК в условиях БУЗ ВО ВГК БСМП № 1 города Воронежа.

Больные доставляются в стационар бригадой скорой помощи (СП) с обязательным предварительным звонком врача СП в блок интенсивной терапии (БИТР) первичного неврологического отделения (ПНО) больницы. К моменту доставки пациента в БСМП в приемном отделении его уже встречает дежурный невролог и врач БИТР. Не тратя ни минуты на процедуру регистрации больного, его транспортируют в кабинет компьютерной томографии (КТ) для КТ головного мозга, по ходу выполнения которой и происходит принятие решения о возможности или противопоказаниях для проведения ТЛТ. В течение 15-20 минут осуществляется забор крови пациента для исследования показателей тромбоцитов, глюкозы, МНО, АЧТВ; записывается ЭКГ; выполняется обзорная рентгенограмма органов грудной клетки. Затем больной направляется в БИТР (возможно – и для проведения ТЛТ при отсутствии противопоказаний). При этом время от поступления пациента в приемное отделение до начала проведения ТЛТ в условиях стационара составляет 35,2±1,8 минут.

Выводы. С момента поступления пациентов с ОНМК в стационар должен обеспечиваться комплексный мультидисциплинарный подход к лечению пациентов специально подготовленным медицинским персоналом. Индивидуально разработанный план реабилитации больных с учетом их состояния следует начинать как можно раньше. В случаях, когда активная реабилитация невозможна (например, при угнетении сознания больного), следует проводить пассивную реабилитацию с целью минимизации риска развития контрактур, суставных болей, возникновения пневмонии и пролежней у неврологических больных.

Ключевые слова: инсульт, сердечно-сосудистая патология, специализированная помощь, стационар, реабилитация

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2016. Volume 6. Issue 10

ID: 2016-10-23-T-9771 Тезис

Куташов В.А., Будневский А.В., Припутневич Д.Н., Ульянова О.В.

Особенности лечения больных с аффективными расстройствами при гипотиреозе

ГБОУ ВПО Воронежский ГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России

Уделяется недостаточно внимания изучению вопросов раннего выявления, клинических особенностей и терапии аффективных расстройств (АР) при гипотиреозе. Неизученным остается вопрос об эффективности сочетанного применения венлафаксина и L-тироксина при лечении пациентов с депрессий и гипотиреозом.

Целью исследования явилось повышение эффективности лечения больных с АР путем одновременной медикаментозной коррекции депрессии и гипотиреоза.

Материал и методы. Для верификации гипотиреоза использовали определение концентрации в крови ТТГ. 103 пациента, наблюдающихся у врача–психиатра с депрессивными расстройствами и гипотиреозом, были разделены на 2 группы: первая – 47 отказавшихся от приема L-тироксина, вторая – 56 пациентов, принимающих L-тироксин под контролем эндокринолога.

Результаты. Стартовая доза L-тироксина составляла 12,5–25 мкг с последующим титрованием до дозы, обеспечивающей достижение концентрации ТТГ в пределах референсного диапазона, а максимальная суточная доза не превышала 100 мкг. Пациенты 1–й и 2–й групп получали в качестве антидепрессанта венлафаксин от 75 до 150 мг/сут. Через 3 месяца проводилась оценка тиреоидного статуса. В 1-й группе исходный уровень ТТГ и FT4 не изменился ($p<0,001$). Во 2-й группе отмечено снижение ТТГ и повышение FT4 ($p<0,001$). Через 6 месяцев в 1-й группе достоверных изменений исходных значений ТТГ и FT4 отмечено не было, а во 2–й группе ТТГ снизился до 3,3±0,27 мЕд/л, а уровень FT4 вырос до 15,2±1,37 пмоль/л ($p<0,001$).

Обсуждение. Через полгода лечения во 2-ой группе наблюдалась нормализация функции ЩЖ, о чем свидетельствовали уровни ТТГ и FT4, находившиеся в пределах референсных значений. Лечение пациентов только антидепрессантами не привело к значимому изменению функции ЩЖ. В 1-й группе редукция депрессивной симптоматики за полгода терапии составила 37,5%, во 2-й группе – 59,3% от исходных значений.

Выводы. Гипофункция ЩЖ снижает эффективность лечения депрессивных расстройств антидепрессантами. Наиболее эффективным вариантом лечения больных с гипотиреозом и АР является сочетанное применение L-тироксина и венлафаксина.

Ключевые слова: аффективные расстройства

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2016

ID: 2016-10-23-T-9772 Тезис

Левкина М.С., Шелест В.И.

Исследование взаимосвязи проявления агрессивности и качества сна у молодежи и людей зрелого возраста

ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, г. Москва

Исследуется взаимосвязь проявления агрессивности и качества сна у молодежи и людей зрелого возраста.

Выборку составили 30 студентов медицинского ВУЗа и 30 людей в зрелом возрасте. Отдельное внимание уделяется различиям в проявлении агрессивности и качестве сна у мужчин и женщин. Для исследования были подобраны следующие методики: опросник Басса-Дарки, который позволит определить ведущие виды проявления агрессивности, анкета качества сна, созданная коллективом Московского Центра Сомнологии и позволяющая изучить специфику качества сна у людей разных возрастов, и шкала сонливости Эпворта, которая устанавливает особенность сонливости в дневной период суток. Для анализа данных мы использовали статистические методы.

В работе описываются такие психологические факторы как физическая и косвенная агрессия, раздражительность, негативизм, обида и подозрительность, которые взаимосвязаны с качеством сна.

Проведенное нами исследование позволило выявить различия в проявлениях агрессивности, качества сна у людей разного возраста и половой принадлежности. В результате чего нами были найдены взаимосвязи между различными видами агрессивных реакций, гендерной принадлежностью и возрастом.

Ключевые слова: качество сна, агрессивность, сонливость, взаимосвязь проявления агрессивности и качества сна

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2016. Volume 6. Issue 10

ID: 2016-10-23-T-9773 Тезис

Макаров А.О.[1], Иванова Н.Е.[1], Терешин А.Е.[2], Ефимова М.Ю.[2], Карягина М.В.[2]

Особенности реабилитации при повторных полушарных инсультах у лиц пожилого возраста

[1] РНХИ им. А.Л. Поленова - филиал ФГБУ СЗФМИЦ им. В.А. Алмазова Минздрава России, г. Санкт-Петербург
[2]СПб ГБУЗ Николаевская больница, г. Санкт-Петербург

Актуальность. В настоящее время повторный церебральный инсульт у лиц пожилого возраста является одной из самых серьезных медицинских и социальных проблем во всем мире (Парфёнов В.А, Хасанова Д.Р., 2012 г.), приводит к инвалидизации больного, зачастую делая его неспособным к самообслуживанию. Восстановление функций частично может происходить спонтанно, однако реабилитация ускоряет этот процесс, а также помогает больному адаптироваться к новым условиям жизни и при сохранившемся неврологическом дефиците.

Цель исследования: оценить эффективность реабилитационных мероприятий при повторном полушарном инсульте у лиц пожилого возраста в зависимости от локализации очага первичной и повторной сосудистой мозговой катастрофы.

Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 69 пациентов пожилого возраста, перенесших повторный ишемический инсульт (38 мужчин и 31 женщина), в возрасте от 65 до 79 лет. У 41 пациента ишемический очаг локализовался в бассейне ЛСМА, в 1 - бассейне ППМА, в 27 наблюдениях - в бассейне ПСМА. Неврологическая симптоматика соответствовала локализации очага ишемии. Объективная оценка неврологического дефицита проводилась с использованием шкал NIHSS, Rankin, Rivermid. Все больные проходили реабилитационное лечение на базе отделения реабилитации СПбГБУЗ «Николаевская больница», г. Петергоф. Срок реабилитационного лечения составил 40 дней. Использовалась роботизированная механотерапия Locomat, Armeo spring, функциональная электростимуляция Bioness L-300, электромиостимуляция, физиоте-рапевтическое лечение, лечебная физкультура, иглорефлексотерапия, логопедическая коррекция, занятия с нейропсихологом.

Результаты и обсуждение. В рамках исследования наблюдения были разделены на 3 группы. В первой группе первичный и повторный ишемические очаги располагались в одном полушарии (в правом - у 8 пациентов, в левом - у 14), при этом регресс неврологической симптоматики после первого ОНМК был достаточно полным. Оценка по шкале Rivermid при поступлении составила от 58 до 82 (в среднем - 69) баллов. Во второй группе первичный и повторный ишемические очаги также располагались в одном полушарии (в правом - у 12 пациентов, в левом - 18), но после первого ОНМК имел место резидуальный неврологический дефицит. Оценка по шкале Rivermid при поступлении составила от 46 до 74 (в среднем - 58) баллов. В этой группе неврологический дефицит был наиболее выраженным. В третьей группе пациентов первичный и повторный ишемические очаги имели разную локализацию (у 8 пациентов первое ОНМК развилось в правом полушарии, повторное - в левом, у 9 первичный очаг был локализован в левом, повторный - в правом), после первого инсульта имело место полное восстановление. Оценка по шкале Rivermid при поступлении составила от 64 до 85 (в среднем - 77) баллов. В этой группе неврологический дефицит был наименьшим.

В результате проведенных реабилитационных мероприятий наилучшие результаты были достигнуты в 1 группе пациентов. Оценка по шкале Rivermid при выписке составила от 72 до 90 (в среднем - 80) баллов. Во 2 группе пациентов эффект был менее значимым. Оценка по шкале Rivermid при выписке составила от 50 до 78 (в среднем - 64) баллов. В 3 группе пациентов оценка по шкале Rivermid при выписке составила от 77 до 90 (в среднем - 85) баллов. Эффект от реабилитационных мероприятий в 3 группе был меньшим, чем в 1 группе, но учитывая минимальный исходный неврологический дефицит, функциональный исход был достаточно благоприятным.

Выводы. Таким образом, эффект от реабилитации пациентов, перенесших повторный ишемический инсульт, максимален при локализации первичного и повторного очага в одном полушарии, если пациент полностью восстановился после первого ОНМК. При неполном восстановлении неврологический дефицит наиболее выражен, реабилитационные мероприятия менее эффективны. Повторный ишемический инсульт в противоположном полушарии приводит к наименее выраженному дефициту, но полного восстановления также достичь не удается из-за сниженного потенциала нейропластичности. Во всех 3 группах механизм реадаптации превалирует над истинным восстановлением функции и компенсацией, что следует учитывать при разработке стратегии реабилитационных мероприятий.

Ключевые слова: ишемический инсульт, реабилитация

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2016

ID: 2016-10-23-T-9774 Тезис

Миронов С.А., Денисёнок П.А.

Рефлексотерапия как метод выбора для амбулаторного лечения рефлекторных проявлений остеохондроза поясничного отдела позвоночника

Белорусский ГМУ Минздрава Республики Беларусь, кафедра нервных и нейрохирургических болезней, г. Минск

Научный руководитель: к.м.н. Логинов В.Г.

Актуальность исследования. Острые вертеброгенные боли в спине той или иной интенсивности отмечаются периодически у 80-100% взрослого населения. Чаще всего ими страдают люди самого работоспособного возраста: от 30 до 50 лет. При этом временная нетрудоспособность достигает от 10 до 14,7%.

Цель исследования: выяснить эффективность применения акупрессуры у пациентов с рефлекторными проявлениями поясничного остеохондроза.

Материал и методы. Нами лично с использованием специально разработанной анкеты было обследовано 39 пациентов, находившихся на лечении в УЗ «14 ЦРП г. Минска» с неврологическими проявлениями остеохондроза позвоночника в виде: дискогенных люмбалгий и люмбоишиалгий за период с октября 2015г. по апрель 2016г.

Результаты. На лечение поступили 39 пациентов. Курс лечения составил 2 недели и включал 10 процедур рефлексотерапии. В течение курса пациенты заполняли таблицу на основе цифровой рейтинговой шкалы (ЦРШ), в которой отмечали изменение интенсивности боли, также в первый и последние дни исследования пациентами заполнялся опросник по качеству жизни (опросник Oswestry). В исследуемой группе улучшение состояния наблюдалось у всех 100% пациентов. У 85% пациентов снижение болевого синдрома по ЦРШ составило с 9 баллов до 1 балла – (отличный результат) У 15% – с 9 баллов до 3 – (хороший результат) ($p<0,05$, Me=2, Мген=2±0,34, с вероятность безошибочного прогноза 95%). У 85% пациентов улучшение качества жизни по опроснику ODI составило с 50 баллов до 4 баллов - (отличный результат) У 15% с 50 баллов до 8 баллов - (хороший результат) ($p<0,05$, Me=6, Мген=6±0,76, с вероятность безошибочного прогноза 95%).

Выводы. Применение акупрессуры у пациентов с рефлекторными проявлениями поясничного остеохондроза достоверно показало эффективность данного метода у 100% исследуемых. По снижению болевого синдрома и улучшению качества жизни у 85% пациентов были достигнуты отличные, а у 15% - хорошие результаты. Это дает основания рекомендовать акупрессуру в качестве метода выбора для амбулаторного лечения рефлекторных проявлений остеохондроза поясничного отдела позвоночника.

Ключевые слова: люмбалгия, люмбоишиалгия, акупрессура, рефлексотерапия

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2016. Volume 6. Issue 10

ID: 2016-10-23-T-9775 Тезис

Овдиенко О.А., Головкин В.И., Зуева О.Н., Либова Е.В.

Лечение дорсопатий у женщин пожилого и старческого возраста

СПб ГБУЗ Госпиталь для ветеранов войн, г. Санкт-Петербург

Актуальность проблемы дорсопатии у пациентов пожилого и старческого возраста определяется не только широкой распространенностью заболевания, но и высоким процентом рецидивов, нередко заканчивающихся осложнениями, ранней инвалидизацией. Большинство из традиционно применяемых средств лечения, как показал анализ, или малоэффективны или оказывает побочные действия, либо изначально больному противопоказаны. Поэтому внедрение в практику немедикаментозных технологий восстановительной медицины (магнитотерапия, акупунктура, лазеротерапия, тракционное лечение, кинезотерапия и др.) является актуальным.

Материал и методы. У больных пожилого и старческого возраста, на основании данных исследования в стационаре Госпиталя для ветеранов войн у 48,75% случаев выявлено остеопоротическое изменение костной структуры. При этом у 68% выраженный остеопороз, а у 13,5%- остеопения. Под наблюдением находилось 84 женщины в возрасте от 60 до 85 лет с болевым синдромом спины. 52-м из них была применено пульсирующее магнитное поле (курсом 10 дней по 35-40 минут), а 32-м - обычное лечение. Всем пациентам проводилась денситометрия для количественного определения минеральной плотности костной ткани. При анализе болевого синдрома у пациенток, проходивших лечение пульсирующим магнитным полем, определяли мышечный тонус в конечности, выраженность периферических вегетативных проявлений, патологию суставов, выраженность болей при пальпации триггерных точек, их продолжительность и иррадиацию, а также степень мышечной гипотрофии и количество триггерных точек в пораженной мышце. Эффективность лечения оценивалась двумя способами: по расслаблению сегментарных тканевых ограничений и увеличению объема движений.

Результаты. У пациентов, получавших пульсирующее магнитное поле, уровень минеральной плотности их костной ткани составлял: до начала лечения -67%, после лечения - 68%. Помимо увеличения плотности костной ткани на 1%, у этой категории пациентов значительно снизился уровень люмбалгии. У 30-ти из 32-х или у 94% больных, не получавших пульсирующее магнитное поле уровень плотности костной массы сохранялся прежним, а у двух из них, или у 6%, он даже снизился до 3 %.

У всех 52-х пациентов установлены более динамичны патобиомеханические показатели позвоночника, при анализе которых выявлено статистически достоверное увеличение объема движений в поясничном отделе позвоночника. Также отмечалось достоверное снижение тонуса паравертебральных мышц. Отмечено, что действие пульсирующего магнитного поля при однократной процедуре сохраняется от 1 до 6 суток, а после курса лечения 30-45 дней.

Поскольку в медицинской практике считается, что стабилизация плотности костной ткани на 1% является отличным результатом лечения, при стабилизации плотности – хорошим результатом, уменьшение плотности от 1 до 3% - удовлетворительным, а уменьшение плотности свыше 5% -неудовлетворительным результатом, то следует считать результат лечения отличным. Причина таких положительных результатов заключается в свойствах пульсирующего магнитного поля . Известно, что оно снижает чувствительность рецепторного аппарата и оказывает таким образом обезболивающее действие, оно улучшает также нервную регуляцию функций различных органов и систем организма, вызывает антиспастический, сосудорасширяющий и гипотензивный эффекты, оказывает местное противовоспалительное действие, сохраняет (а зачастую и увеличивает) плотность костной ткани.

Заключение. Таким образом, пульсирующее магнитное поле при болевом синдроме в спине, обусловленных дорсопатией, сопряженной у женщин пожилого и старческого возраста с нарушениями минеральной плотности костей является эффективной и патогенетически обоснованной.

Литература

1. Антонов, И. П. К патогенезу остеохондроза и его неврологических проявлений в разные возрастные периоды / И. П. Антонов // Журн. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. - 1980. - Вып. 4. - С. 490-494.
2. Гайдуков, С. С. Структура болевого синдрома у пациентов с дорсопатиями / С. С. Гайдуков, В. И. Гузева, М. А. Разумовский // Материалы Всерос. науч.-практ. конф., посвящённой 150-летию со дня рождения В. М. Бехтерева. – СПб., 2007. - С. 103
3. Савельев, В. Н. Магнитотерапия - прорыв в науке и возврат к природе / В. Н. Савельев. – Ижевск : РМЦИС, 2003. - 167 с.
4. Физиотерапия и курортология / под ред. В. М. Боголюбова. - Книга 1. - М. : Издательство БИНОМ, 2008. – 280 с.
5. Andersson, H. Chronic pain in geographically defined general population: studies of differences in age, gender, social class and pain localization / H. Andersson. // Clin. J Pain. – 1993. – Vol. 9. – P. 174–82.

Ключевые слова: дорсопатия

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2016

ID: 2016-10-23-A-9777 Клинический случай

Сморгов Л.М., Зуева О.Н., Привалова М.А.

Клинический случай компрессии спинного мозга гигантской аневризмой грудного отдела аорты

СПб ГБУЗ Госпиталь для ветеранов войн, г. Санкт-Петербург

Ключевые слова: аневризмы грудного отдела аорты, компрессия спинного мозга

Аневризмы грудного отдела аорты соствляют 25% от всех аневризм, при этом около 1/3 из них составляют аневризмы нисходящего отдела грудной аорты. Аневризмы грудной аорты часто ведут к узуре позвонков с картиной поперечного миелита от сдавления спинного мозга. Симптоматика аневризм определяется сдавлением ими окружающих органов и, следовательно, целиком зависит от их локализации и темпов увеличения. Клиническая симптоматика аневризм нисходящей аорты определяется главным образом тем, что они сдавливают нервные корешки, тела позвонков и левое легкое. Давление на тела позвонков приводит к их обширным узурам и деструкции. У таких больных развиваются нижние параплегии. Учитывая трудности диагностики аневризмы нижнегрудного отдела позвоночника, приводим собственное наблюдение.

Описание клинического случая

Больной Д. 94 лет. Из анамнеза известно, что в начале июля 2015 года больной был госпитализирован в больницу города Порхов Псковской области, где установили диагноз: Нарушение спинального кровообращения. Проводимое лечение оказалось неэффективным и через 2 недели больной был выписан из стационара. Ухудшение состояния больного начало развиваться постепенно, около двух месяцев назад, когда стала нарастать слабость в нижних конечностях, появилась задержка мочеиспускания.

Поступил в Госпиталь для ветеранов войн в неврологическое отделение 21.09.16 года по направлению поликлиники с диагнозом: Последствия ОНМК. При поступлении в госпиталь предъявлял жалобы на отсутствие движений в нижних конечностях и задержку мочеиспускания.

При осмотре состояние средней тяжести. Неврологический статус: черепные нервы без особенностей; нижняя параплегия; мышечный тонус в нижних конечностях низкий; нарушение глубокой чувствительности до тазобедренного сустава.

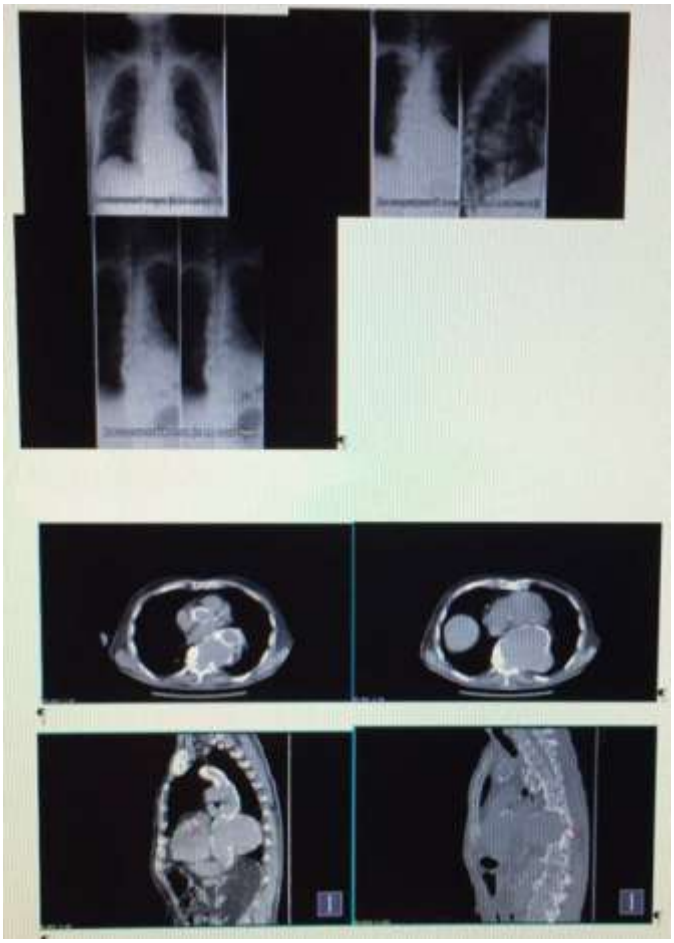

Рисунок 1. Данные СКТ органов грудной полости

Данные обследования: анализ крови - лейкоцитоз – 12.7 -10^9/л; креатинин – 234 мкмоль/л; мочевина – 54 мкмоль/л ; АЛТ – 61 МЕ/л; АСТ – 66 МЕ/л. В анализах мочи лейкоциты 20-40 в п/зр; эритроциты – 12 в п/зр; спиральная компьютерная томография головного мозга без патологии. Спиральная компьютерная томография органов грудной полости: определяются очаговые образования в S1 верхней доли справа диаметром 0,5 см, в S2 и S3 1,8 см, (с полостью распада), в S6 справа 3,5 х 1,5 см, слева в S2 и S3 0,7 см, в S5 1,2 см. Очаг Гона в S6 слева. Инфильтративные изменения в легких отсутствуют.

Отмечается обызвествление стенок аорты и её ветвей. В заднем средостении определяется мешотчатое расширение нисходящей грудной аорты с такими же кальцинированными стенками, аксиальными размерами – 10,0 х 10,0 см, вертикальный размер до 7,5 см.

На этом же уровне определяется угловой изгиб нижнего грудного отдела позвоночника вправо с массивными краевыми скобообразными костными разрастаниями справа, визуализируются правые отделы Th8, Th9, Th10, позвонков, замыкающие пластинки оставшейся костной ткани тел позвонков сохранены, в прилежащих отделах с остеосклерозом, с чёткими контурами.

На этом уровне возможна компрессия дурального мешка. Аневризма аорты оттесняет сердце кпереди, распространяется кзади и медиально в отсутствующие отделы позвонков (вследствие атрофии от давления и нарушения кровоснабжения). Нижняя доля левого лёгкого компремирована аневризматическим расширением, в её проекции очагов не отмечено. Ход и проходимость трахеи, бронхов сохранены, просветы бронхов не расширены.

В средостении и подмышечных областях лимфатические узлы не увеличены, прозрачность жировой клетчатки не изменена. В плевральных полостях и полости перикарда свободной жидкости нет. Ствол легочной артерии и главной левой ветви расширены. Заключение: КТ – картина очаговых образований в легких (вторичного характера? справа с признаками деструкции). Мешотчатая (тромбированная? частично тромбированная?) аневризма грудной нисходящей аорты, деформация нижнегрудных позвонков. (Рис.1).

Несмотря на проводимое лечение, состояние больного прогрессивно ухудшалось и на пятый день от момента госпитализации наступила смерть на фоне нарастающей лёгочно-сердечной недостаточности и отека головного мозга.

При патологоанатомическом исследовании: органы средостения смещены за счёт аневризмы грудного отдела аорты, нижняя доля левого лёгкого уменьшена в объеме за счёт сдавления. В области Th8 – Th10 обнажается дуральный мешок.

Патологоанатомический диагноз – мешотчатая аневризма нисходящего отдела грудной аорты размерами 10 х 10 х 8 см с кальцификацией, деструкцией тел Th8 – Th10 позвонков, сдавление спинного мозга и нижней доли левого лёгкого.

Литература

1. Давыдовский И.В. Патологическая анатомия и патогенез болезней человека т 1-2, М,1956-1958
2. Покровский А.В. Заболевание аорты и ее ветвей. М.,1979 с 199

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2016

ID: 2016-10-23-T-9778 Тезис

Соколова Н.А., Иванова Н.Е., Козырева Л.В.

Роль вариабельности сердечного ритма в определении реабилитационного прогноза в остром периоде нетравматических внутричерепных кровоизлияний

РНХИ им. А.Л. Поленова - филиал ФГБУ СЗФМИЦ им. В.А. Алмазова Минздрава России, г. Санкт-Петербург
ФГБУ Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, г. Санкт-Петербург

Цель: оценить результаты вариабельности сердечного ритма (ВСР) для определения реабилитационного прогноза в остром периоде нетравматических внутричерепных кровоизлияний (НВЧК).

Материал и методы. Обследовано 67 пациентов в остром периоде НВЧК на 1-е, 3-4-е, 5-6-е, 7-8-е, 10-12-е и 21-е сутки. Возраст варьировал от 17 до 72 лет. Ведущими этиологическими факторами кровоизлияний были аневризмы различной локализации, артериовенозные мальформации, артериальная гипертензия с атеросклерозом. Проанализировано 250 фоновых кардиоинтервалограмм и 152 реактивных (дыхательная проба – 81 исследование, активная ортостатическая – 44 пробы, на фоне люмбальной пункции – 27 исследований). Для определения уровня адаптационно-приспособительных возможностей была проведена интегральная оценка состояния регуляторных систем по показателю суммарной оценки регуляторных систем (СОРС), вычисляемого в баллах с помощью алгоритма. Оценивали суммарный эффект регуляции по ЧСС, функции автоматизма, вегетативный гомеостаз, активность подкорковых нервных центров по индексу централизации (ИЦ), спектральную структуру ритма, общую мощность спектра (ТР).

Результаты и обсуждение. По результатам СОРС определяли 5 функциональных состояний: перенапряжение – выявлено в 32% случаев, истощение – 9%, функциональное напряжение – 46% наблюдений, минимальное напряжение регуляторных систем – у 10% пациентов, оптимальное состояние – в 3% случаев. При проведении люмбальной пункции (LP) выделены три типа реактивности вегетативной нервной системы (ВНС) в зависимости от степени напряжения высших вегетативных центров (ВВЦ) и давления цереброспинальной жидкости (ЦСЖ): адекватная, недостаточная, истощение. По степени изменения напряжения ВВЦ в зависимости от значений очень медленных волн (VLF) предложено: 1-я степень - незначительное напряжение ВВЦ − VLF=30-40%; 2-я степень - умеренное напряжение ВВЦ − VLF=40-50%; 3-я степень - выраженное напряжение ВВЦ − VLF >50% (патент на изобретение № 2387371 от 27.04.2010 года).

По результатам оценки фоновых и реактивных кардиоинтервалограмм выделено три варианта течения острого периода НВЧК: благоприятный - 37 (55,2%) наблюдений, нестабильный - 19 (28,4%) случаев и неблагоприятный - 11 (16,4%) наблюдений.

При благоприятном варианте течения и прогнозе по результатам анализа ВСР регистрируется баланс, симпатикотония, ваготония без напряжения или с незначительным, реже умеренным напряжением ВВЦ при вкладе VLF от 30% до 50%, сохранной или незначительно сниженной реактивностью при дыхательной или ортостатической пробе, адекватной или недостаточной реактивностью при LP, минимальным напряжением систем регуляции, состоянием функционального напряжения или перенапряжения по значениям СОРС. Для нестабильного варианта течения с сомнительным реабилитационным прогнозом характерен напряженный баланс, напряженная симпатикотония, напряженная ваготония при умеренном и выраженном напряжении ВВЦ (VLF>40%), появление ригидного ритма. Реактивность снижена, по результатам СОРС – состояние перенапряжения или истощения. При неблагоприятном варианте течения и реабилитационном прогнозе выявляется напряженный баланс, напряженная симпатикотония, напряженная ваготония при выраженном напряжении ВВЦ (VLF>50%), наличие ригидного ритма, при LP и СОРС – истощение.

Таким образом, на основании результатов оценки фоновых и реактивных ритмограмм выделены критерии определения реабилитационного прогноза и варианты течения острого периода НВЧК, что позволяет проводить персонифицированный подход к каждому пациенту с разработкой индивидуальной программы реабилитации.

Ключевые слова: вариабельность сердечного ритма, нетравматические внутричерепные кровоизлияния

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2016. Volume 6. Issue 10

ID: 2016-10-23-T-9779 Тезис

Хабарова Т.Ю., Куташов В.А., Ульянова О.В.

Особенности личности у педагогов высших учебных заведений

ГБОУ ВПО Воронежский ГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России

Современные исследования указывают на низкие показатели физического и психического здоровья педагогов высших учебных заведений, снижающихся по мере увеличения стажа профессиональной деятельности.

Цель исследования: выявить индивидуально-личностные особенности педагогов высших учебных заведений в сложившихся современных конформациях социума.

Материал и методы. Клинико-биографическое исследование (анкетирование и личная беседа) проводилось в 2015 году с 50 педагогами женского пола в возрасте от 23 до 62 лет, имеющих невротические расстройства, и 50 студентках в возрасте от 17 до 22 лет в Воронежском областном институте повышения квалификации и переподготовки работников образования и Воронежском педагогическом университете.

Результаты. Было выявлено, что невротические расстройства зависят от личностных особенностей человека. Установлено, что наибольшую тревожность у педагогов вызывают аттестационные испытания, проведение открытых учебно-воспитательных мероприятий, усиливающийся контроль со стороны администрации, возросшие эмоциональные и физические нагрузки в связи с новыми требованиями ФГОС и Профессионального стандарта. При обследовании студенток выявлено, что тревожность и внутренний дискомфорт вызывают аттестационные испытания (экзамены и зачеты), конфликты с родителями, деструктивные отношения с юношами, а часть студенток (33%) отметила переживания и эмоциональный дискомфорт от общения со сверстниками (ссоры, обиды, предательство, зависть, ненависть, злость, ревность).

Заключение. Проведенный сравнительный анализ индивидуально–личностных особенностей педагогов и студентов вуза показал, что на развитие невротических расстройств оказывают определяющее влияние личностные факторы: повышенная уязвимость личности к психотравмирующим факторам образовательной среды.

Ключевые слова: высшее учебное заведение, педагоги, студентки, психическое здоровье, психоэмоциональное напряжение, обучение

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2016

ID: 2016-10-23-T-9780 Тезис

Щуковский Н.В.[1], Вартаньян Н.Г.[2], Рыженко А.В.[2], Романтеева Ю.В.[1], Крутцов А.С.[1], Шоломова Е.И.[1], Шляпникова К.Н.[1]

Применение церебральной оксиметрии в комплексной оценке состояния пациентов с инфарктом головного мозга в острейшем периоде

[1]ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России
[2]МУЗ ГКБ № 9, г. Саратов

Интенсивная терапия пациентов с инфарктом головного мозга является крайне актуальной проблемой современной неврологии и нейрореаниматологии. Процесс ишемии мозга динамический, и, как правило, потенциально обратимый. Степень ишемического повреждения находится в зависимости от глубины и длительности снижения церебрального кровотока. Церебральная оксиметрия является одним из немногих методов мониторинга, визуализирующих кислородный статус головного мозга, и остается единственным неинвазивным методом оценки тканевого насыщения кислородом. Интерес к церебральной оксиметрии значительно возрос в последние годы благодаря новейшим технологическим решениям, которые сделали этот метод более точным и информативным. Если до недавнего времени метод использовался в основном в кардиохирургии и в хирургии сосудов бассейна внутренней сонной артерии, то в настоящее время показания к его применению значительно расширились.

Цель: определение динамики показателей региональной внутрисосудистой сатурации оксигемоглобина у пациентов с инфарктом головного мозга в острейшем периоде с помощью церебральной оксиметрии на фоне терапии препаратами янтарной кислоты.

Материал и методы. Обследовано 20 человек в возрасте 61 – 70 лет с инфарктом головного мозга в острейшем периоде. Пациенты условно были разделены на две группы. Первая группа (Группа №1) получала стандартную терапию при инфаркте головного мозга. Вторая группа (Группа №2) в дополнении к стандартному лечению получала препарат янтарной кислоты инфузионно (ремаксол). Пациенты поступали в стационар спустя 3-6 часов от начала заболевания.

Критерием включения в исследование служило наличие клинически и инструментально подтвержденного диагноза «впервые развившийся инфаркт головного мозга» в острейшем периоде. Критерием исключения из исследования являлось наличие в анамнезе закрытых и открытых черепно-мозговых травм, онкологической патологии, сахарного диабета.

Для удобства статистической обработки в исследование включались пациенты с однотипной локализацией инфаркта головного мозга (бассейн средней мозговой артерии) и выраженностью неврологического дефицита (от 10 до 15 баллов по шкале NIHSS). Мониторинг церебральной оксиметрии проводили в первые 3 часа с момента поступления в стационар с помощью системы INVOS 5100C (США).

Результаты. При проведении церебральной оксиметрии при поступлении в стационар значения rSO2 в обеих группах существенно не отличались друг от друга и равнялись 47±3%. При повторном измерении церебральной оксиметрии, спустя 1,5 часа в группе №1 показатель rSO2 равнялся 51±2%, спустя 3 часа - 60±2%. В группе №2 показатель rSO2 на фоне введения препарата янтарной кислоты был выше чем в группе №1 и равнялся 56±2% и 67±2% соответственно.

Заключение. Современное состояние технологии делает церебральную оксиметрию перспективным клиническим методом неинвазивного мониторинга и информативным научно-исследовательским методом оценки кислородного статуса головного мозга.

Применение препаратов янтарной кислоты в комплексе лечения инфаркта головного мозга в острейший период способствует более быстрому восстановлению rSO2, что косвенно свидетельствует о восстановлении перфузии головного мозга.

Полученные данные могут быть использованы при разработке новых подходов как при функциональной оценке мозгового кровотока, так и в схеме дифференцированной патогенетической терапии больных с нарушением мозгового кровообращения.

Ключевые слова: инфаркт головного мозга, церебральная оксиметрия, церебральная оксигенация

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2016. Volume 6. Issue 10

ID: 2016-10-23-A-9904 Краткое сообщение

Пилипенко Д.В.[1,3], Иванов А.Ю.[1,2], Иванова Н.Е.[2], Яковенко И.В.[1,2], Пилипенко Д.А.[3], Воробьёва Е.С.[3], Иванова Е.Н.[3], Азарова А.Г., Павлов О.А.[4], Меркулов Д.В.[3]

Показания и противопоказания к наружному вентрикулярному дренированию при нетравматических неаневризматических внутрижелудочковых кровоизлияниях

[1]ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова
[2] РНХИ им. А.Л. Поленова - филиал ФГБУ СЗФМИЦ им. В.А. Алмазова Минздрава России
[3]ГБУЗ Псковская областная клиническая больница
[4]СПб ГБУЗ Городская Мариинская больница

Ключевые слова: наружное вентрикулярное дренирование

Наружное дренирование желудочковой системы при нетравматических неаневризматических внутрижелудочковых кровоизлияниях позволяет контролировать внутричерепное давление путём сброса избыточного ликвора, осуществлять санацию ликвора от крови и продуктов её распада, даёт возможностью проводить интравентрикулярное введение лекарств (в том числе фибринолитиков). Однако, данная методика имеет ряд грозных осложнений, которые существенно ограничивают её применение.

Цель исследования: оптимизировать тактику хирургического лечения больных с нетравматическими неаневризматическими внутрижелудочковыми кровоизлияниями путём анализа результатов наружного вентрикулярного дренирования.

Задачи исследования:

1. По данным архивного материала и собственных наблюдений проанализировать исходы заболевания у пациентов с внутрижелудочковыми нетравматическими неаневризматическими кровоизлияниями и оценить эффективность вентрикулярного дренирования у таких пациентов в зависимости от наличия гидроцефалии, тяжести состояния и степени выраженности кровоизлияния.
2. Выделить группы пациентов с заведомо благоприятным и неблагоприятным типом течения заболевания
3. На основе полученных данных сформулировать показания и противопоказания к проведению вентрикулярного дренирования у пациентов с нетравматическими неаневризматическими кровоизлияниями.

Материал и методы

В наше ретроспективное исследование были включены 147 пациентов, находившихся на лечении с 1 января 2010 по 1 сентября 2015 года в отделении неврологии для больных с ОНМК Псковской областной клинической больницы и нейрохирургическом отделении Мариинской больницы СПб.

Результаты

Пациенты были разделены на 2 группы: оперированные – 45 человек и пролеченные консервативно - 102 человека.

В нашей серии больных летальность среди пролеченных консервативно пациентов без окклюзионной гидроцефалии составила 15,2%, с гидроцефалией - 44,6%. На основании этих данных можно считать, что наличие окклюзионной гидроцефалии достоверно ухудшает исход внутрижелудочкового кровоизлияния, и именно среди этих пациентов нужно подбирать кандидатов для наружного вентрикулярного дренирования.

В обеих группах у пациентов с уровнем сознания менее 4 баллов по шкале ком Глазго отмечались только летальные исходы, а менее 5 – выход в вегетативное состояние. С другой стороны, из 5 больных с уровнем сознания свыше 12 баллов по шкале ком Глазго в группе хирургического лечения скончалось 4, а у единственной выжившей пациентки после операции развилось ятрогенное осложнение, что отчётливо показывает нецелесообразность оперативного лечения у категории пациентов с таким высоким уровнем сознания по шкале ком Глазго.

Среди пациентов, у которых массивность кровоизлияния превышала 8 баллов по шкале Graeb, не выжил никто.

Обсуждение

Летальность среди консервативных пациентов с гидроцефалией достоверно больше, чем среди пациентов без гидроцефалии. Поэтому главным показанием к выполнению наружного вентрикулярного дренирования должно являться наличие окклюзионной гидроцефалии, равно как и отсутствие окклюзионной гидроцефалии должно служить противопоказанием к данной операции.

Поскольку 75% выживших пациентов в группе консервативного лечения поступили с уровнем сознания выше 11 баллов по шкале ком Глазго и в связи с резко неблагоприятными результатами хирургического лечения больных с этим же уровнем сознания, мы полагаем, что использование наружного вентрикулярного дренирования у таких пациентов нецелесообразно.

Оба пациента, имевших 4 балла по шкале ком Глазго и выживших, после операции вышли на уровень лишь вегетативного состояния, поэтому мы можем рекомендовать оперативное лечение больным с уровнем сознания не ниже 5 баллов по шкале ком Глазго, что подтверждается уровнем стандартного отклонения 8,08±2,93 среди выживших оперированных пациентов.

Вывод

Наружное вентрикулярное дренирование является эффективной методикой лечения пациентов с нетравматическим неаневризматическим внутрижелудочковым кровоизлиянием и наиболее информативным показанием к нему является наличие гидроцефалии. Главными противопоказаниями являются уровень сознания ниже 5 баллов или выше 11 баллов по шкале ком Глазго и массивность кровоизлияния свыше 8 баллов по шкале Graeb.

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2016