

ISSN 2224-6150

www.medconfer.com



**БЮЛЛЕТЕНЬ
МЕДИЦИНСКИХ
ИНТЕРНЕТ-КОНФЕРЕНЦИЙ**
Bulletin of Medical Internet Conferences

2017 Том 7 Выпуск 7
2017 Volume 7 Issue 7

Бюллетень медицинских Интернет-конференций

ISSN 2224-6150

2017. Том 7. Выпуск 7 (Июль)

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. Черненко, 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, докт. 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, 2017

Bulletin of Medical Internet Conferences

ISSN 2224-6150

2017. Volume 7. Issue 7 (July)

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, D.Sc., 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, 2017

VI межрегиональная (с международным участием) научно-практическая конференция «Актуальные вопросы диагностики и лечения заболеваний нервной системы»

Организаторы:

- Министерство здравоохранения Саратовской области,
- ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России
- Саратовская РОО «Объединение врачей неврологов Саратовской области»

Дата проведения очной сессии: 31 мая – 01 июня 2017 года.

Место проведения очной сессии: г. Саратов

<i>Дульнев В.В., Зуева Г.А., Кулова О.Ю., Егорова Н.А., Троянова К.Н.</i> Особенности эпидемиологии детского церебрального паралича у детей Тверской области.....	1350
<i>Исакулов Ш.Р.</i> Использование глиатилина при лечении больных с ишемическим инсультом.....	1353
<i>Исакулов Ш.Р.</i> Интенсивная терапия при тяжелой сочетанной черепно-мозговой травме	1354
<i>Кашапов Ф.Ф., Валиахметова К.Р., Шуилова М.М.</i> Нейроиммунология аутизма.....	1355
<i>Климкин А.В., Войтенков В.Б., Скрипченко Н.В.</i> Нейросонография лицевого нерва у детей с идиопатической невралгией лицевого нерва	1356
<i>Кондратьев А.В., Волков С.Н.</i> Головные боли среди жителей ЗАТО Железногорск.....	1357
<i>Куташов В.А., Припутневич Д.Н., Сыраева Н.А.</i> Распространенность синдрома эмоционального выгорания среди врачей терапевтов города Воронежа.....	1358
<i>Паштанова О.И.</i> Роль информированности населения в приверженности к профилактике острых нарушений мозгового кровообращения.....	1360
<i>Полянская О.В., Куташов В.А.</i> Мультисистемная атрофия или прогрессирующий надъядерный паралич?.....	1362
<i>Ситкали И.В.</i> Паранеопластические нейропатии	1366
<i>Фарносова М.Е., Гамирова Р.Г., Жарикова Т.Ф., Зайкова Ф.М.</i> Сравнительный анализ эффективности терапии синдрома Веста различными противосудорожными средствами при долгосрочном наблюдении.....	1367
<i>Шахнович В.А., Долганов М.А., Лановенко О.В.</i> Объективизация этапов реабилитации пациентов, перенесших сосудистые катастрофы головного мозга	1368
<i>Шахнович В.А., Шахнович Р.В., Труханов П.А., Долганов М.А.</i> Все ли болезни от нервов?	1370
<i>Щаницын И.Н.</i> Современные тенденции в лечении стеноза сонных артерий.....	1372
<i>Мусин Р.С.</i> Нестабильность шейного отдела позвоночника и ее сосудистые последствия как неврологический маркер дисплазии соединительной ткани.....	1373

Дульнев В.В., Зуева Г.А., Кулова О.Ю., Егорова Н.А., Троянова К.Н.

Особенности эпидемиологии детского церебрального паралича у детей Тверской области

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, кафедра нервных болезней и восстановительной медицины ФДПО, интернатуры и ординатуры, ГБУЗ КДБ №2, Центр детской неврологии и медицинской реабилитации, г. Тверь

Резюме

Цель настоящего исследования - изучение эпидемиологических особенностей детского церебрального паралича (ДЦП) у детей Тверской области. Материал: обследовано 79 детей с различными формами ДЦП, в возрасте от 1 до 17 лет. Пациенты были разделены на 5 возрастных групп; проведён клинико-неврологический осмотр с целью определения функционального профиля и типа ДЦП. Результаты: изучена распространённость ДЦП в зависимости от пола и возраста. Установлены доминирующие формы ДЦП и типы спастичности. Показано распределение уровней двигательного дефицита по шкале GMFCS в зависимости от пола и возраста. Выводы: ДЦП в Тверской области наиболее часто встречается в раннем детском возрасте у мальчиков и в подростковом периоде у девочек. Преобладают спастическая и смешанная формы ДЦП. Ведущим вариантом спастичности у мальчиков является тетрапарез, у девочек – гемипарез. 1й уровень моторного дефицита по шкале GMFCS является наиболее распространённым, что может говорить о хорошей функциональной компенсации пациентов. Низкие уровни GMFCS достоверно чаще представлены в старших возрастных группах.

Ключевые слова: детский церебральный паралич, эпидемиология, спастичность, двигательный дефицит, шкала GMFCS**Введение**

Детский церебральный паралич (ДЦП) занимает ведущее место в структуре детской неврологической инвалидности [1]. Согласно современным данным, распространённость данного заболевания составляет 2,5 – 3,3 на 1000 детей [2,3]. Несмотря на сравнительно высокую распространённость, исследования в области эпидемиологии ДЦП касаются в первую очередь встречаемости в различных популяциях. Вместе с тем, вопросы распространённости ДЦП в зависимости от гендерного и возрастного факторов, а также встречаемости отдельных форм ДЦП остаются вне поля зрения, что вынуждает клиницистов использовать устаревшие данные в этой области.

Наиболее распространённая в нашей стране клинико-анатомическая классификация К.А.Семёновой не даёт достаточного представления о функциональных возможностях ребёнка с ДЦП, поэтому распространённой практикой является оценка функционального двигательного дефицита по шкале GMFCS [4]. В этой связи интересным представляется изучение распространённости отдельных уровней GMFCS в зависимости от возраста и пола.

Цель исследования: изучение эпидемиологических характеристик ДЦП у детей Тверской области.**Задачи:**

1. Изучение распространённости ДЦП у детей в зависимости от пола и возраста, преобладающих типов ДЦП и типов спастичности.
2. Изучение распространённости различных уровней двигательного дефицита по шкале GMFCS в зависимости от пола и возраста.

Материал и методы

Исследование проведено на базе круглосуточного стационара Центра детской неврологии и медицинской реабилитации КДБ №2. Обследовано 79 детей с различными формами ДЦП, в возрасте от 1 до 17 лет. Все обследуемые были разделены на 5 возрастных групп в соответствии с Международной системой оценки двигательного дефицита по шкале GMFCS. С целью определения функционального профиля и выявления сопутствующих поражений проведён клинико-неврологический осмотр пациентов. Статистическая обработка полученных данных проводилась в программе MS Excel 2007 с использованием метода анализа «критерий χ^2 », результаты принимались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

В исследуемой группе ДЦП выявлялся преимущественно у лиц мужского пола (мальчики – 56%, девочки – 44%). Распространённость ДЦП в различных возрастных группах представлена на диаграмме 1. Как видно, наиболее часто данный диагноз встречается в возрасте 2-3 лет у мальчиков (32% обследованных) и 7-12 лет у девочек (29% обследованных). 2е место занимает у мальчиков занимает возрастные группы 4-6 и 7-12 лет (25% обследованных), у девочек – возраст 4-6 лет (26% обследованных). В то же время, диагноз ДЦП редко встречается в возрасте до 2 лет - 7% мальчиков и 9% девочек.

Преобладающая форма церебрального паралича, независимо от пола - спастическая, её распространённость достигает 82% среди мальчиков и 74% среди девочек. Дистоническая форма ДЦП встречается в 2% мальчиков и 9% девочек, атонически-астатическая – у 2% и 3% соответственно, дискинетическая – у 4,5% мальчиков. Смешанные формы встречаются достаточно часто: 9% мальчиков и 15% девочек.

Среди спастических форм ДЦП вариант парапареза встречается у 28% мальчиков и 16% девочек. Гемипаретическую форму имеют 25% мальчиков и 48% девочек; тетрапарез – 47% и 32% соответственно. Наиболее редкой формой является монопарез, выявленный только у 4% девочек.

Диаграмма 2 отражает представленность различных уровней двигательного дефицита у детей с ДЦП. Наибольший вес имеет 1й уровень GMFCS – 38% как мальчиков, так и девочек. Распространённость наиболее тяжелого 5го уровня GMFCS достигает 18% среди мальчиков и 24% среди девочек. Распределение уровней GMFCS среди отдельных возрастных групп иллюстрирует диаграмма 3. Статистическая обработка показала, что низкие уровни двигательного дефицита (GMFCS 1-2) достоверно чаще встречаются в старших возрастных группах ($p < 0,01$), что может быть связано с более низкой выживаемостью детей, имеющих значительный двигательный дефицит (GMFCS 4-5).

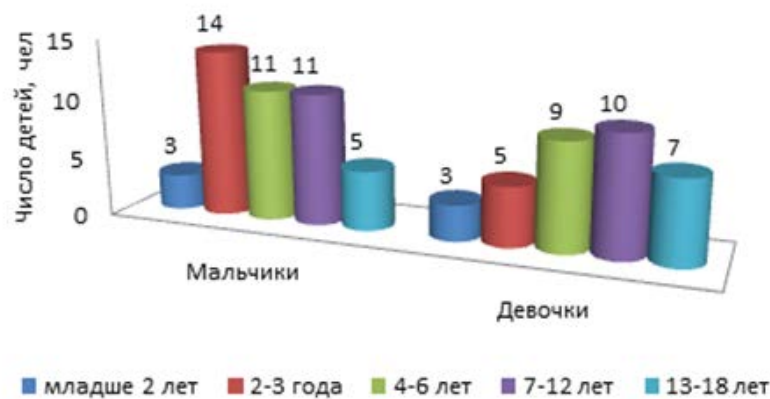


Рисунок 1. Распространенность ДЦП в различных возрастных группах

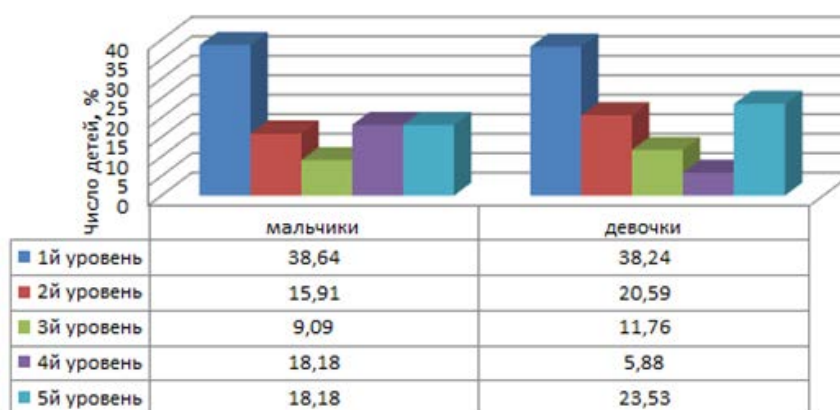


Рисунок 2. Распространенность уровней двигательного дефицита по шкале GMFCS у мальчиков и девочек

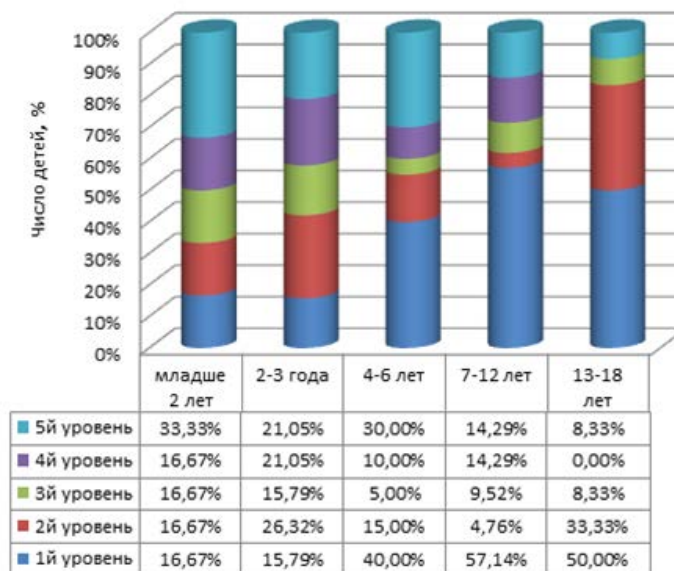


Рисунок 3. Распределение уровней GMFCS в различных возрастных группах

Выводы

1. ДЦП в Тверской области наиболее часто встречается в раннем детском возрасте у мальчиков и в подростковом периоде у девочек.
2. Наиболее распространёнными являются спастическая и смешанная формы ДЦП.
3. Ведущим вариантом спастичности у мальчиков является тетрапарез, у девочек – гемипарез.

4. Несмотря на обширность поражения, наиболее распространённым является 1й уровень моторного дефицита (38% мальчиков и девочек), что может говорить о хорошей функциональной компенсации. Низкие уровни GMFCS достоверно чаще представлены в старших возрастных группах.

Литература

1. Кударинова А. С., Садвакасова Н. А., Ашимханова Г. С., Арбабаева А. Т., Жусупбекова З. Д. Особенности речевого развития детей с детским церебральным параличом // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2015. №2-1 С.46-49.
2. Garfinkle J., Shevell M.I. Cerebral palsy, developmental delay and epilepsy after neonatal seizures // *Pediatr. Neurol.* – 2011 – Vol.44 (2) – P.88-96.
3. Немкова С.А., Намазова-Баранова Л.С., Маслова О.И. и др. Детский церебральный паралич: диагностика и коррекция когнитивных нарушений: Учебно-методическое пособие / М-во здравоохранения и соц. Развития Российской Федерации, Науч. Центр здоровья детей РАМН, Российский нац. Исслед. Ун-т Н.И. Приорова – М.: Педиатр, 2012. – 60 с.
4. Жеребцова В.А., Григорьева Е.А. Региональный опыт организации медицинской реабилитации детей, больных детским церебральным параличом в Тульской области // материалы VIII международного конгресса «Нейрореабилитация — 2016» (Москва, 8–10 июня 2016 г.). 2016. С. 130-131

ID: 2017-07-23-T-16290

Тезис

Исакулов Ш.Р.

Использование глиатилина при лечении больных с ишемическим инсультом

Самаркандская областная больница ортопедии и травматологии, г. Самарканд, Узбекистан

По данным Всемирной организации здравоохранения инсульт является одной из ведущих причин смертности населения.

Цель исследования: изучить эффективности глиатилина при лечении больных с ишемическим инсультом.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 46 историй болезни больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения по ишемическому типу, получивших лечение в отделении нейрохирургии Самаркандской областной больницы ортопедии и травматологии в периоде с 2015 по 2016 гг. Больные были разделены на 2 группы. Основная группа составляет 23 больных, получивших глиатилин. Контрольная группа 23 больных плацебо контроль. Все больные госпитализированы после 10 суток в отделении. Возраст больных колебался от 52 до 67 лет. Отмечено значительное преобладание мужчин по сравнению с женщинами.

Результаты и обсуждение. В неврологическом статусе в начале лечения отмечены общее мозговая симптоматика 14 больных, парезы различной степени у 14 больных с выраженностью двигательного дефекта от 0 до 4 баллов, по 5 бальной шкале; различные формы афазий у 16 пациентов; когнитивные расстройства отмечены практически у всех больных основной группы.

В контрольной группе больных отмечались аналогичные по частоте и выраженности неврологические и психопатологические синдромы.

Лечение глиатилина начинали в 1-е сутки с момента поступления, в дозе по 400 мг 1 раза в день внутривенно.

В 23 (100%) наблюдениях основной группы отмечено более быстрое улучшение состояния на фоне применения препарата, по сравнению с контрольной группой, в виде уменьшения в первую очередь общее мозговой и очаговой неврологической симптоматики к концу курса лечение.

Выводы. Применение глиатилина больных с ишемическим инсультом дает больных более быстрое улучшение состояния.

Ключевые слова: инсульт, глиатилин

ID: 2017-07-23-T-16291

Тезис

Исакулов Ш.Р.

Интенсивная терапия при тяжелой сочетанной черепно-мозговой травме*Самаркандская областная больница ортопедии и травматологии, г. Самарканд, Узбекистан*

Сочетанная черепно-мозговая травма (СЧМТ) в последнее время остается одной из самых актуальных проблем медицины в связи с высокой инвалидностью и летальностью больных наиболее трудоспособного возраста.

Цель исследования: изучить особенности интенсивной терапии больных с тяжелой сочетанной черепно-мозговой травмой.

Материал и методы. Работа основана на анализе 46 больных с сочетанной черепно-мозговой травмой, получивших стационарное лечение в отделении реанимации Самаркандской областной больницы ортопедии и травматологии с 2015 по 2016 гг.

Результаты и обсуждение. Наиболее частыми причинами травм были дорожно-транспортные происшествия 33 (71,7%), падения с высоты 8 (17,3%), бытовые травмы 3 (6,5%), производственные 2 (4,3%). В состоянии сопора поступили (по ШКГ 9-12 баллов) 29 (63,0%) больных и комы (по ШКГ 4-8 баллов) 17 (37,0%) больных.

На всех этапах лечения детей с тяжелой сочетанной черепно-мозговой травмой важнейшее значение имеет поддержание адекватной оксигенации и гемодинамики.

Для проведения адекватной интенсивной терапии у больных с тяжелой СЧМТ использовали методы непрерывного контроля (мониторинг) функций жизненно важных органов и систем организма. Регистрировали артериальное и центральное венозное давление, частоту сердечных сокращений, функцию дыхания, температуру тела. Основные мероприятия, направленные на борьбу с отеком мозга и внутричерепной гипертензией включали назначение глюкокортикоидов, салуретиков, осмотических диуретиков и барбитуратов, гипервентиляцию. Для улучшения микроциркуляции и обмена веществ, ускорения выздоровления применяли вазоактивные препараты (сермион, кавинтон, трентал), ноотропы (ноотропил, энцефабол), витамины группы В, С, Е, биогенные стимуляторы, синтетические аналоги нейромедиаторов (прозерин, галантамин и др.) в возрастных дозах.

Вывод. Исходы лечения больных с тяжелой СЧМТ определяются, в первую очередь, тяжестью травматического повреждения мозга, длительностью потери сознания и качеством проведения хирургического и интенсивного лечения.

Ключевые слова: черепно-мозговая травма

ID: 2017-07-23-T-16292

Тезис

Кашапов Ф.Ф., Валиахметова К.Р., Шумилова М.М.

Нейроиммунология аутизма

Башкирский ГМУ, г. Уфа, Россия

Цель исследования: обзор современных взглядов на патогенез РАС.

Расстройства аутистического спектра (далее РАС) – группа нарушений развития ЦНС, проявляющихся психическими и неврологическими симптомами. Существует несколько биологических гипотез этиологии и патогенеза РАС. Во второй половине XX века выявление в крови больных с РАС повышенного уровня аутоантител к антигенам мозга (глиально-фибрилярный кислый протеин, основной белок миелина, нейрофиламентные белки, фактор роста нервов, рецептор серотонина и другие) положило начало аутоиммунной гипотезе. Несмотря на неспецифичность только для РАС этого явления, отдельные положения гипотезы подтверждены экспериментально.

Показано, что антитела к фактору роста нервов, циркулирующие в крови беременных самок мыши, нарушают развитие нервной системы плода. Причинами роста уровня антител считают проникновение антигенов мозга в кровь через поврежденный ГЭБ с инициацией синтеза аутоантител, либо внутричерепную их выработку при наличии общих антигенов между вирусами и белками мозга. Возможно и первичное нарушение механизмов работы иммунной системы (в первую очередь более древней филогенетически системы врожденного иммунитета). В клинике высокий уровень аутоантител к нейроантигенам выявляется преимущественно при наиболее тяжёлых психотических формах аутистических расстройств. Выявлено уменьшение количества продуцентов цитокинов - лимфоцитов, в первую CD4+ Т-лимфоцитов и NK-клеток. Цитокины - основные регуляторы взаимодействия между нервной и иммунной системами, синтезируемые в обеих системах.

Наличие нарушений в системе цитокинов при РАС бесспорно, но имеющие данные противоречивы. В постмортальных исследованиях (кора, белое вещество, мозжечок) выявляют активацию нейроглии с повышением уровня ряда цитокинов. В эксперименте периферическое введение лимфоцитов, обогащенных цитокином IL-1, меняет уровень норадреналина в гипоталамусе. Увеличение уровня провоспалительных цитокинов, нередкое при РАС, сдвигает метаболизм триптофана к образованию кинуренина, снижая уровень серотонина. Нецитокиновые маркеры воспаления (С-реактивный белок и α -1 протеиназный ингибитор) также повышены, выявлены сдвиги в калликреин-кининовой системе, системе комплемента. Указанные явления связаны с активацией особых сигнальных молекул. На клеточных мембранах всех клеток врождённого иммунитета экспрессированы толл-подобные рецепторы (TLR), они реагируют на молекулярные структуры, образовавшиеся при распаде собственных клеток организма, запуском синтеза провоспалительных цитокинов и хемокинов, привлекающих иммунные клетки из крови. In vitro мононуклеары пациентов с РАС, продуцируют превышающий нормальные показатели уровень провоспалительных цитокинов. Выявляется изменение пропорции нейтрофилов и моноцитов к прочим лейкоцитам, увеличение фагоцитарной нагрузки. В крови больных РАС увеличена активность эластазы нейтрофилов. Увеличение уровня перечисленных маркеров воспаления коррелирует с тяжестью клиники. Повышены в крови пациентов с РАС и другие компоненты нейроиммунной системы – нейропептид Y, субстанция P, вазоактивный интестинальный пептид (VIP), мозговой нейротрофический фактор (BDNF), нейротрофин 4/5 (NT 4/5). Иммунологические нарушения при расстройствах аутистического спектра не имеют однозначного объяснения. Высокая частота аутоиммунных заболеваний у родственников больных РАС позволяет предположить, что материнские иммунные факторы вносят вклад в формирование РАС. Прямой связи вирусных инфекций у матери и развитием РАС эксперименты не подтвердили.

Заключение. РАС нельзя отнести к классическим аутоиммунным заболеваниям, их патогенез значительно сложнее и необходимы дальнейшие исследования.

Ключевые слова: расстройства аутистического спектра

ID: 2017-07-23-T-16294

Тезис

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

Нейросонография лицевого нерва у детей с идиопатической невралгией лицевого нерва*ФГБУ Детский научно-клинический центр инфекционных болезней Федерального медико-биологического агентства, г. Санкт-Петербург, Россия*

Klimkin A.V., Voitenkov V.B., Skripchenko N.V.

Neurosonography of the facial nerve in children with idiopathic peripheral facial nerve palsy*Pediatric Research and Clinical Center for Infectious Diseases, Saint-Petersburg, Russia*

Нейровизуализация лицевого нерва в клинической практике используется редко, а использование методов нейровизуализации с целью прогноза восстановления функции лицевого нерва при невралгии лицевого нерва (НЛН) не изучено. Экстракраниальную часть лицевого нерва возможно хорошо визуализировать с помощью ультразвукового исследования – нейросонографии (НСГ). НСГ черепно-мозговых нервов – это новый, развивающийся метод диагностики поражения краниальных нервов в режиме реального времени с использованием датчиков высокого разрешения. Для НСГ лицевого нерва доступны 2 зоны сканирования: в зоне шилососцевидного отростка (ШСО) и в толще околоушной слюнной железы (ОСЖ). По данным доступной литературы НСГ лицевого нерва у здоровых детей и детей с НЛН не проводилось.

Цель исследования: провести корреляцию между ЭНМГ и НСГ параметрами лицевого нерва у детей с идиопатической НЛН в остром периоде с благоприятным и неблагоприятным прогнозом восстановления функции лицевого нерва.

Материал и методы. Обследовано 65 детей с НЛН (средний возраст 11,5±4,9 лет) и 57 здоровых детей группы сравнения (средний возраст 12,5±5,2 лет). Всем детям с НЛН проводилась НСГ с измерением диаметра лицевого нерва в области ШСО и в толще ОСЖ, стимуляционная электронейромиография (ЭНМГ) лицевого нерва с регистрацией М-ответа с *m. orbicularis oculi*, а также оценка степени пареза мимических мышц с использованием 6-бальной шкалы House-Brackmann на 10-15 день после манифестации прозопареза. Дети с НЛН при динамическом клиническом осмотре на 30 день после манифестации прозопареза были разделены на две группы: 1 группа - благоприятное восстановление (n=54) и 2 группа - неблагоприятное восстановление (n=11) функции нерва. Проводилась корреляция НСГ и ЭНМГ показателей с благоприятным и неблагоприятным прогнозом восстановления функции лицевого нерва.

Результаты. У детей 1-й группы (благоприятное восстановление) наблюдалось полное восстановление функции мимических мышц в течение 1 месяца, тогда как у детей 2-й группы (неблагоприятное восстановление) наблюдался прозопарез различной степени выраженности и длительное восстановление функции мышц лица более 1 месяца. Во 2-ой группе к 1 месяцу после манифестации прозопареза в 9% случаев (1 ребенок) наблюдался парез V степени, в 36% случаев (4 ребенка) наблюдался парез IV степени, в 55% случаев (5 детей) наблюдался парез III степени.

Нами впервые получены нормальные НСГ значения диаметра лицевого нерва в области ШСО и ОСЖ у детей в возрасте от 7 до 18 лет. Диаметр лицевого нерва у детей в области ШСО в среднем составил 1,5 ± 0,1 мм, в области ОСЖ 0,5 ± 0,1 мм, что не отличается от значений диаметра лицевого нерва у взрослых волонтеров. Проведенный ROC-анализ диаметра нерва в области ШСО и ЭНМГ коэффициент (ЭНМГкф) *m. orbicularis oculi* в отношении развития неблагоприятного прогноза восстановления функции у детей с НЛН показал достоверную связь их значений с неблагоприятным прогнозом. При этом значение диаметра нерва в области ШСО ≥1,8 мм, ЭНМГкф *m. orbicularis oculi* ≤21% оказались моделями с очень хорошей предсказательной способностью (AUROC > 0,8). На основании полученных данных выявлена 85% чувствительность и 77% специфичность метода измерения диаметра нерва в области ШСО с помощью НСГ в прогнозе неблагоприятного восстановления функции лицевого нерва у детей с НЛН.

Заключение. Полученные результаты подтверждают, что НСГ лицевого нерва в области ШСО является дополнительным к ЭНМГ исследованию неинвазивным методом при диагностике тяжести повреждения нервных волокон и прогнозировании исходов при НЛН, а также простым в выполнении методом визуализации лицевого нерва и его окружающих структур.

Ключевые слова: лицевой нерв, нейровизуализация

Keywords: facial nerve, neuroimaging

ID: 2017-07-23-T-16296

Тезис

Кондратьев А.В., Волков С.Н.

Головные боли среди жителей ЗАТО Железногорск

ФГБУЗ Клиническая больница №51 ФМБА России, г. Железногорск, Красноярский край, Россия

Введение. Среди болей различной локализации распространённость головной боли (ГБ) находится на втором месте после болей в спине. Она чаще наблюдается у женщин, чем у мужчин (соотношения колеблются от 2:1 до 3:1). Распространённость ГБ увеличивается к 45-64 годам, затем постепенно снижается. При скрининге популяции выявлено, что ГБ беспокоят 67% опрошенных. По интенсивности, 71% пациентов описывает ГБ как лёгкую, 6% - как тяжёлую. Таким образом, ГБ является важной медико-социальной проблемой.

Цель: определить распространённость ГБ и клинические характеристики ГБ в Закрытом административно-территориальном объединении (ЗАТО) Железногорск.

Материал и методы. За период 2007-2008 г. нами анонимно анкетировано 500 пациентов, находившихся на лечении в стационаре ФГБУЗ «Клиническая больница №51 ФМБА России» г. Железногорска (далее - КБ №51) и обратившихся за медицинской помощью во взрослую поликлинику КБ №51 не по поводу ГБ. В анкете пациентам задавались вопросы о поле, возрасте, роде деятельности, далее – специфические вопросы об особенностях ГБ пациента. Кроме того, был задан ряд вопросов о провоцирующих факторах и сопутствующей патологии.

Анкетировано: мужчин – 231 (46,2%) чел., женщин – 269 (53,8%) чел, от 18 до 77 лет, средний возраст 46,7±15,2 лет.

Из числа опрошенных, ГБ не беспокоили 162 (32,4%) чел. Утвердительно на вопрос о ГБ ответили 338 (67,6%) чел. В дальнейшем, проведен углублённый анализ анкет пациентов, страдающих ГБ.

Результаты и обсуждение. Распределение больных по полу было следующим: женщин - 216 (63,9%) чел., мужчин – 122 (36,1%) чел. Средний возраст больных составил 46,7±14,2 лет, в том числе: женщин 45,6±14,5 лет, мужчин 48,6±16,2 года, $p < 0,05$.

При анализе распределения больных по возрастным группам, показано, что чаще жалобы на ГБ возникали в возрастном периоде 30-59 лет, с пиком - 40-49 лет.

Анализируя частоту возникновения приступов ГБ, выявлены следующие особенности: у женщин в 4 раза чаще встречались постоянные или частые ГБ.

Рассматривая интенсивность ГБ, мы выявили, что у женщин в 7 раз чаще встречались сильнейшие и сильные ГБ, при этом субъективное восприятие силы ГБ не зависело от возраста больных ($p < 0,05$).

Результаты анализа ответов на вопрос о продолжительности приступа ГБ были таковы: наиболее частая продолжительность приступов ГБ – от 1 часа до нескольких часов - 95 (28,4%) чел.

Давность существования ГБ у опрошенных пациентов была следующей: наибольшее количество случаев ГБ (71%) имело многолетний анамнез.

По данным анализа количества принимаемых анальгетиков, нами показано, что количество пациентов с абюзными ГБ (более 20 таб. анальгетиков в месяц) – 9%. Однако, частота встречаемости абюзных ГБ может быть выше, так как 36% пациентов на вопрос о продолжительности ГБ выбрали ответ: «Пока не приму обезболивающее».

Выявлено, что имела место низкая обращаемость за медицинской помощью по поводу ГБ – всего 97 (28%) чел. При этом препараты, назначенные врачом, принимало ещё меньше количество человек – 47 (14%).

С целью выявления ведущих провоцирующих факторов был задан вопрос: «От чего может зависеть возникновение Вашей головной боли?», на который больные ответили так: наиболее явным провоцирующим фактором ГБ была смена метеоусловий (62%), на втором месте были стрессы (34%).

Анализируя сопутствующую патологию, отмечено, что 53% опрошенных не имели сопутствующих заболеваний, которые могли бы быть ассоциированы с ГБ; среди отмеченных сопутствующих заболеваний преобладала гипертоническая болезнь (31%).

Интересна была степень доверия пациентов врачам. Так, при возникновении ГБ к врачу обратились бы 76% пациентов, к родственникам и знакомым – 17%, к медицинской литературе – 5%, в интернет – 2%. Из числа тех, кто обратился бы к врачу, действительно за медицинской помощью обращались 89 (34%) чел. Таким образом, среди опрошенных пациентов была высока степень доверия к врачам – при ГБ к врачу предполагали обратиться 76% пациентов.

Заключение. Распространённость ГБ среди опрошенных была высокой (67,6%). ГБ беспокоили женщин в 2 раза чаще, чем мужчин. Так же, у женщин отмечались более сильные, продолжительные ГБ и ГБ с длительным анамнезом. Пик жалоб на ГБ приходится на трудоспособный возраст 40-49 лет. Абюзный компонент в патогенезе ГБ отмечен в 9% случаев, заподозрен - в 36% случаев. Несмотря на высокую степень доверия к врачам, имеет место низкая обращаемость за медицинской помощью в КБ №51 по поводу ГБ (28% пациентов из выборки). При этом лекарственные препараты, назначенные врачом, принимало ещё меньше количество человек (14%).

Ключевые слова: головная боль

ID: 2017-07-23-A-16297

Краткое сообщение

Куташов В.А.¹, Припутневич Д.Н.¹, Сыраева Н.А.²**Распространенность синдрома эмоционального выгорания среди врачей терапевтов города Воронежа**¹ФБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, кафедра психиатрии и неврологии ИДПО,²БУЗ ВО Воронежская городская клиническая поликлиника №1Kutashov V.A.¹, Priputnevich D.N.¹, Syrayeva N.A.²**The prevalence of burnout syndrome among the physicians of the city of Voronezh**¹Voronezh state medical University named. N. N. Burdenko,²Voronezh city clinical hospital №1**Резюме**

В работе представлены результаты исследования распространённости синдрома эмоционального выгорания среди врачей терапевтов города Воронежа. При использовании опросника Маслач выявлена высокая распространённость синдрома эмоционального выгорания в исследуемой выборке.

Ключевые слова: синдром эмоционального выгорания, опросник Маслач

Abstract

The article presents the results of a study of the prevalence of burnout among General practitioners of the city of Voronezh. When using Maslach questionnaire revealed a high prevalence of burnout in the study sample.

Keywords: syndrome of emotional burnout, Maslach Burnout Inventory

Введение

В настоящее время в России, да и во всём мире, остро стоит вопрос качества оказания медицинской помощи и удовлетворённости населения этой помощью. По данным многих исследований основной причиной неудовлетворённости пациентов медицинской помощью является «безразличие, чёрствость, невнимательность» медицинского персонала. Важным фактором, определяющим качество взаимодействия в системе «врач-пациент» является эмоциональное состояние специалиста, оказывающего медицинские услуги. Синдром эмоционального выгорания у медицинских работников оказывает негативное влияние не только на психофизиологическое состояние сотрудников, снижая профессиональную эффективность, но и на качество оказания помощи. Понятие «эмоциональное перегорание» введено американским психиатром Х. Дж. Фрейденбергером в 1974 году для характеристики психологического состояния здоровых людей, находящихся в интенсивном и тесном общении с клиентами, пациентами в эмоционально насыщенной атмосфере при оказании профессиональной помощи. Вначале этот термин определялся как состояние истощения, истощения с ощущением собственной бесполезности [1]. В справочнике МКБ-10 синдром эмоционального выгорания входит в рубрику Z73 – «Проблемы, связанные с трудностями поддержания нормального образа жизни и влияющие на состояние здоровья человека» [2].

В настоящее время, когда все еще отсутствует какая-либо система помощи медицинским работникам по профилактике и терапии синдрома эмоционального выгорания, большое значение имеет исследование этой проблемы, с последующей формулировкой рекомендаций по профилактике и терапии данного состояния [3]. Для этих целей нами было проведено исследование распространенности синдрома эмоционального выгорания среди врачей терапевтов медицинских учреждений города Воронежа.

Цель: исследование проблемы синдрома эмоционального выгорания.

Материал и методы

Для достижения поставленной цели было проведено анкетирование 30 терапевтов районных поликлиник города Воронежа с использованием опросника, предложенного Маслач [4]. Этот опросник исследует три основные составляющие синдрома эмоционального выгорания, выделенные К. Маслач: эмоциональную истощенность, деперсонализацию (цинизм) и редукцию профессиональных достижений. Стаж работы по специальности на момент исследования составлял 15±2 года.

Деперсонализация предполагает циничное отношение к труду и объектам своего труда. В социальной сфере деперсонализация предполагает бесчувственное, негуманное отношение к клиентам, приходящим для лечения, консультации, получения образования и т.д. Контакты с ними становятся формальными, обезличенными; возникающие негативные установки могут поначалу иметь скрытый характер и проявляться во внутренне сдерживаемом раздражении, которое со временем прорывается наружу и приводит к конфликтам.

Редукция профессиональных достижений – это возникновение у работников чувства некомпетентности в своей профессиональной сфере, осознание успеха или неуспеха в ней, т.е. восприятие и внутренние переживания, «оценивание себя» в профессии (Маслач К., 1978) [4].

Опросник профессионального выгорания Маслач (англ. Maslach Burnout Inventory, сокр. MBI) – тестовая методика, предназначенная для диагностики профессионального выгорания. Создана в 1986 году Maslach и Jackson, в России адаптирована Водопьяновой, дополнена математической моделью НИПНИ им. Бехтерева.

Таблица 1. Уровни проявления общего показателя эмоционального выгорания (%)

Уровень эмоционального выгорания	Чел.	%
Низкий уровень	6	17,9
Средний уровень	14	50
Высокий уровень	10	32,1
Итого	30	100

Таблица 2. Количественные показатели уровней ЭВ по факторам ЭВ

Уровень выгорания	Эмоциональное истощение		Деперсонализация		Редукция профессионализма	
	Чел.	%	Чел.	%	Чел.	%
Низкий уровень	7	21,4	14	50	7	21,4
Средний уровень	14	50	10	32,1	9	32,1
Высокий уровень	9	28,6	6	17,9	14	46,5
Итого	30	100	30	100	30	100

Опросник состоит из 22 пунктов, по которым возможно вычисление значений 3-х шкал: «Эмоциональное истощение» (ЭИ), «Деперсонализация» (Д), «Редукция профессиональных достижений» (РП). На высокую степень проявления СЭВ указывают высокие показатели ЭИ и Д и низкие показатели РП. До начала исследования от всех участников было получено информированное согласие [4].

Результаты

Результаты исследования уровня эмоционального выгорания показали, что для лишь для 17,9% медицинских работников характерен низкий уровень эмоционального выгорания, то есть для этих работников эмоциональное выгорание не свойственно. В ходе исследования также было установлено, что средний уровень эмоционального выгорания установлен у 50,0 % медицинских работников. В свою очередь высокий уровень эмоционального выгорания был выявлен у 32,1% медицинских работников.

Частота встречаемости факторов эмоционального выгорания представлена в таблице 1.

Обсуждение

При исследовании частоты эмоционального выгорания у врачей терапевтов городских поликлиник города Воронежа была выявлена высокая распространённость данного состояния. 82,1 % опрошенных врачей имеют высокий или средний уровень профессионального выгорания. Данная частота соответствует ранее полученным данным среди врачей других специальностей [5]. Высокий уровень эмоционального выгорания выявлен у 32 % медицинских работников. Эти медицинские работники должны в первую очередь получить необходимую поддержку и психологическую помощь. Одновременно с этим, отметим, что у наименьшего числа медицинских работников (18%) установлен низкий уровень эмоционального выгорания. Данные результаты исследования могут говорить о том, что лишь незначительная часть медицинских работников способна к эффективному и полноценному выполнению своих обязанностей.

Среди факторов эмоционального выгорания по Маслач наиболее распространённым является эмоциональное истощение.

Таким образом, можно утверждать о наличии значительной выраженности эмоционального выгорания у терапевтов городских поликлиник города Воронежа.

Заключение

Врачи терапевты городских поликлиник имеют высокий риск развития эмоционального выгорания. При стаже работы 15 лет большинство врачей терапевтов имеют признаки синдрома эмоционального выгорания.

Литература

- Орел В.Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии. Эмпирические исследования. Психологический журнал 2001; 1: 16-21.
- Международная классификация болезней (10-й пересмотр): Классификация психических и поведенческих расстройств: Клинические описания и указания по диагностике: Пер. на рус. яз. / Под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. СПб. Оверлайд 1994; 300 с.
- Куташов В.А. Основы клинической психологии в профессиональной подготовке врачей психиатрического профиля и медицинских психологов. Воронеж ВГМА 2014; С.17.
- Маслач К. Профессиональное выгорание : как люди справляются. В кн: Практикум по социальной психологии . СПб: Питер, 2001. – 528 с.
- Свиридова О.П., Куташов В.А., Припутневич Д.Н. Синдром эмоционального выгорания у сотрудников паллиативной помощи детям. Молодой учёный 2015;12:91-96.

Паштанова О.И.

Роль информированности населения в приверженности к профилактике острых нарушений мозгового кровообращения*ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра неврологии ФПК и ППС им. К.Н. Третьякова**Научный руководитель: д.м.н. Колоколов О.В.*

Ключевые слова: острое нарушение мозгового кровообращения, инсульт, инфаркт головного мозга, транзиторная ишемическая атака, информированность, факторы риска, симптомы, признаки, лечение, приверженность, профилактика, реабилитация

Информирование населения о факторах риска, возможности профилактики и лечения играет важную роль в снижении заболеваемости и смертности при многих, в том числе цереброваскулярных, заболеваниях. Результаты лечения больных острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК) во многом зависят от своевременного обращения за медицинской помощью, что в свою очередь крайне затруднительно без высокого уровня осведомленности о симптомах и признаках инсульта как самих пациентов, так и окружающих.

Эффективность профилактики многих заболеваний в значительной степени определяется приверженностью пациента к лечению. Основными причинами низкой комплаентности пациентов при осуществлении профилактики ОНМК являются: непонимание необходимости постоянного приёма лекарственных препаратов ввиду низкой мотивации и информированности о факторах риска ОНМК; наличие коморбидных заболеваний и полипрагмазия; особенности личности и социальной среды.

Цель исследования: изучить и оценить информированность населения о факторах риска, симптомах и признаках, способах профилактики ОНМК, методах лечения и реабилитации пациентов, перенесших инсульт, а также оценить приверженность к лечению.

Материал и методы

Основу исследования составили результаты опроса 226 пациентов, обратившихся к врачу-неврологу в рамках санитарно-просветительской акции «Всемирный день борьбы с инсультом», организованной в 2015 и 2016 гг. Саратовским ГМУ.

Среди опрошенных были 191 (85%) женщина и 35 (15%) мужчин, средний возраст которых составил $64,4 \pm 0,1$ лет. Высшее образование получили 47% опрошенных, среднее специальное – 50% и 3% - среднее образование.

Для анкетирования пациентов использовали пакет опросников и шкал, среди которых авторская анкета для определения уровня осведомленности об инсульте и шкала оценки приверженности пациента к лечению (Morisky D.E., Green L.W., 1986).

Результаты

На вопрос «Какие факторы риска развития инсульта Вам известны?» подавляющее большинство (88,5%) респондентов ответили: «артериальная гипертензия». Атеросклероз назвали 75,7% опрошенных, ожирение – 65,9%, гиперлипидемию – 59,7%, злоупотребление алкоголем – 59,7%, курение – 58,8%. По мнению 56,2% опрошенных, основным фактором риска развития инсульта является фибрилляция предсердий, 55,8% – генетическая предрасположенность, 53,5% – сахарный диабет, 40,7% – депрессия. Лишь 3,9% анкетированных затруднились в выборе ответа.

По мнению 74,3% опрошенных основными признаками инсульта явились внезапное развитие асимметрии лица и/или внезапное нарушение речи, 71,2% – назвали нарушение движений в руке и/или ноге. Значительная группа респондентов сделала акцент на субъективных симптомах заболевания: внезапно проявившееся онемение в руке и/или ноге связали с ОНМК 76,9% респондентов, внезапное головокружение – 61,9%, внезапную головную боль – 57,9%, снижение зрения на один глаз – 46,5%, одностороннее снижение слуха – 33,2%. Внезапную утрату сознания признаком инсульта сочли 57,0% анкетированных. Лишь 6,6% опрошенных не смогли назвать ни одного симптома инсульта.

На вопрос «Что необходимо сделать в первую очередь при развитии инсульта» были получены следующие ответы: 86,7% респондентов верно указали на необходимость вызова бригады скорой медицинской помощи, 28,3% – вызвали бы врача на дом, 23,0% – обратились бы за первой медицинской помощью к окружающим, 22,6% – ожидали бы врача поликлиники по месту жительства. Некоторая часть населения склонна к проявлению инициативы: 14,6% опрошенных самостоятельно бы обратились в любой (ближайший) стационар, 13,7% – самостоятельно бы обратились в ближайшее неврологическое отделение. Лишь 2,7% анкетированных затруднились ответить.

Всем респондентам было предложено выбрать наиболее эффективные, на их взгляд, методы лечения больных инсультом. Предпочтение было отдано хирургическим вмешательствам на сосудах головы и шеи – так считают 36,7% опрошенных. Введение тромболитического препарата или назначение антикоагулянтов посчитали приоритетным 28,3% и 27,4% анкетированных соответственно. В нескольких (7,5%) анкетах было указано, что лечение пациентов с инсультом невозможно, в 5,3% – что такое лечение невозможно в нашей стране, в 3,9% – не удалось выбрать ответ.

Один из разделов анкеты затрагивал вопросы, касающиеся знания способов профилактики инсульта. Основным способом профилактики инсульта 85,8% опрошенных назвали нормализацию артериального давления, 70,4% – нормализацию веса. Отказ от курения в качестве метода профилактики инсульта выбрали 69,0% респондентов, физические упражнения – 67,3%, отказ от алкоголя – 66,8%. Меньшее число анкет содержали ответы о необходимости лечения сахарного диабета (55,3%), приема антиагрегантов (52,7%), лечения депрессии (34,9%), приема статинов (34,5%), хирургического вмешательства на сосудах шеи и головы (30,5%), приема антикоагулянтов (23,5%). Лишь 5,3% респондентов не назвали ни одного способа профилактики ОНМК, а 3,5% посчитали, что профилактика ОНМК невозможна.

Из 226 опрошенных на вопрос «Какие методы реабилитации пациентов с инсультом Вы знаете?» более половины респондентов ответили: «санаторное лечение» (62,8%) и физические упражнения (61,9%). Физиотерапию в качестве метода реабилитации назвали 48,2% респондентов, психотерапию – 42,9%, работу с логопедом – 38,1%, роботизированную механотерапию – 15,9%. Некоторые полагают, что реабилитация пациентов, перенесших инсульт, невозможна (7,5%) или невозможна в нашей стране (5,3%).

На вопрос «Из каких источников информации Вы знаете об инсульте?» большинство (80,9%) респондентов ответили: «от родственников и знакомых». Значительная часть (70,8%) отметили телевидение, 62,8% – узнали информацию об инсульте из печатных изданий (газеты, журналы, листовки, брошюры, плакаты), 42,9% – из беседы с врачом. Радио и интернет в качестве источника информации назвали 33,6% и 27,9% соответственно.

Один из разделов анкеты затрагивал вопросы, касающиеся приверженности пациентов к лечению. На вопрос «Сколько дней за прошедшие 2 недели Вы не принимали препараты?» были получены следующие данные: около половины (51,5%) респондентов ответили, что регулярно принимают лекарственные препараты, 30,8% – что пропускают дни приёма лекарств, 10,7% – что не принимают препараты, назначенные доктором.

Наиболее часто (34,9%) причиной нерегулярного приёма лекарственных препаратов явилась забывчивость. Пропуски дней приёма лекарственных средств ввиду хорошего самочувствия допускали 16,6% респондентов, из-за опасения развития побочных эффектов – 9,5%. Незначительная часть (6,5%) больных посчитали лекарственный препарат неэффективным и/или указали на то, что им было назначено слишком много лекарственных средств.

Лишь менее половины (43,8%) опрошенных внимательно относятся к приему лекарственных препаратов в определенные часы. На вопрос «Назовите причины, по которым Вы пропускаете приём препаратов в определенные часы» 39,6% респондентов ответили, что забывают, 14,8% – не принимают препарат в определенные часы по причине хорошего самочувствия, 9,5% – опасаются побочных эффектов. Некоторые (5,3%) отметили, что им назначено слишком много лекарственных средств или что лекарства неэффективны (2,9%).

Оказалось, что 24,3% респондентов пропускают следующий прием лекарств, если чувствуют себя плохо после их приема, 39,1% – пропускают следующий прием ввиду хорошего самочувствия.

Пациенты могут уменьшить дозу препарата самостоятельно (без согласования с врачом) ввиду плохого (26,6%) или хорошего (25,4%) самочувствия.

Настораживает, что 18,3% респондентов признают, что могут без согласования с врачом увеличить дозу препарата, если считают, что он недостаточно эффективен, а 27,2% самостоятельно принимают дополнительные препараты, если считают эффект от назначенного доктором лекарства недостаточным.

Выводы

Как показали результаты санитарно-просветительской акции наиболее активно интересуются вопросами профилактики ОНМК женщины, имеющие высшее или среднее специальное образование.

Основным источником информации об инсульте для них явились родственники и знакомые, телевидение и другие средства массовой информации. Важно, что более 40 % опрошенных информацию об инсульте получили из беседы с врачом.

Результаты проведенного нами исследования демонстрируют достаточно высокий уровень осведомленности социально активного населения о факторах риска ОНМК – более половины респондентов относят к ним артериальную гипертензию, атеросклероз, ожирение, фибрилляцию предсердий и сахарный диабет.

В большинстве анкет были верно указаны основные признаки инсульта и обозначена необходимость немедленного вызова бригады скорой помощи, однако не все анкетируемые были осведомлены об альтернативных алгоритмах действий при развитии ОНМК.

Уровень знаний респондентов о способах профилактики ОНМК оказался достаточно высоким, но не более трети опрошенных известно о возможности использования статинов, антикоагулянтов и хирургических вмешательств на сосудах для предотвращения ОНМК.

Результаты проведенного анкетирования свидетельствуют о недостаточно высокой приверженности пациентов к лечению, что может быть обусловлено недооценкой важности устранения факторов риска ОНМК и полипрагмазией.

Очевидно, что уровень информированности об инсульте населения в целом существенно ниже, чем социально активных групп. В связи с этим в Саратовской области запланировано ежегодное проведение санитарно-просветительских мероприятий в рамках «Всемирных дней борьбы с инсультом».

ID: 2017-07-23-A-16300

Клинический случай

Полянская О.В., Куташов В.А.

Мультисистемная атрофия или прогрессирующий надъядерный паралич?*ФБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, кафедра психиатрии и неврологии ИДПО*

Polyanskaya O.V., Kutashov V.A.

Multisystem atrophy or progressive supranuclear paralysis?*Voronezh state medical University named. N.N. Burdenko***Резюме**

Представлено описание клинического случая, в котором на ранней стадии заболевания встречались симптомы, характерные как для прогрессирующего надъядерного паралича, так и для мультисистемной атрофии. Представлено динамическое наблюдение за пациенткой в течение 4,5 лет.

Ключевые слова: клинический случай, прогрессирующий надъядерный паралич, мультисистемная атрофия

Abstract

A description of the clinical case is presented, in which at an early stage of the disease there were symptoms characteristic of both progressive supranuclear palsy and multi-system atrophy. Dynamic observation of the patient for 4.5 years is presented.

Keywords: clinical case, progressive supranuclear palsy, multisystem atrophy

Введение

Мультисистемная атрофия (МСА) и прогрессирующий надъядерный паралич (ПНП) – нейродегенеративные заболевания, которые раньше относились к группе болезней «паркинсонизм-плюс». В основе клинической картины – синдром Паркинсона с низкой эффективностью специфической терапии, когнитивные нарушения и дополнительные симптомы, на основании которых в дальнейшем и были определены отдельные нозологии [1]. И при МСА, и при ПНП поражаются подкорковые и стволовые структуры.

Оба заболевания, мультисистемная атрофия и прогрессирующий надъядерный паралич, встречаются в неврологической практике в основном как спорадические; мультисистемная атрофия имеет несколько типов развития и течения болезни, которые могут быть представлены как «чистыми», так и «смешанными» вариантами [2], для прогрессирующего надъядерного паралича также характерны различные клинические варианты дебюта, развития заболевания, описаны как традиционные, так и необычные и нетипичные сочетания симптомов [3,4], что приводит к существенным трудностям в диагностике каждого из этих заболеваний. На ранних стадиях, когда симптомы выражены еще неярко, а клинические синдромы находятся в процессе формирования, данные заболевания имеют значительное количество общих черт в виде синдрома паркинсонизма, вегетативной недостаточности, глазодвигательных нарушений, псевдобульбарного синдрома, когнитивных нарушений, эмоционально-личностных расстройств и нарушений сна, что вызывает существенные трудности в проведении дифференциальной диагностики.

В настоящее время проблема дифференциальной диагностики данных болезней представляет интерес как из-за различного прогноза в плане развития деменции и сохранения самостоятельности пациента [4], так и из-за выявления семейных случаев и при мультисистемной атрофии, и при прогрессирующем надъядерном параличе, в связи с чем предполагается, что генетические факторы могут влиять на патогенез и развитие этих заболеваний. По данным молекулярно-генетических исследований, один из вариантов мультисистемной атрофии связан с мутацией в гене COQ2, расположенном в области 4q21.22-q21.23 [5], семейный вариант прогрессирующего надъядерного паралича – с мутацией в гене MAFK, расположенном в области 17q21.31 [6].

Описание клинического случая

В качестве иллюстрации сложности проведения дифференциального диагноза между мультисистемной атрофией и прогрессирующим надъядерным параличом приводим описание клинического случая динамического наблюдения за пациенткой М., 60 лет, несколько раз проходившей лечение в различных отделениях Воронежской городской клинической больницы скорой медицинской помощи № 1.

Впервые в поле зрения врача-невролога пациентка М. попала, когда находилась на лечении в гинекологическом отделении ВГКБМСП № 1 по поводу вульвовагинита и вульводинии. К неврологу была направлена на консультацию.

Жалобы и история развития заболевания

Пациентку беспокоили периодические головные боли, эпизоды повышения АД до 150/90, ощущение перебоев в работе сердца, ухудшение зрения (с -5 диоптрий до -9 за последние 3 года). В качестве основной жалобы предъявляла неустойчивость при ходьбе, частые падения, особенно в сырую сыкатную погоду. При падении ушибается, получает ссадины. Сознания не теряет. Дважды больная «предчувствовала» падения: шла по улице и поняла, что сейчас упадет. Попыталась этого не допустить, однако все равно упала. Случайный прохожий, помогавший подняться, заметил: «От чего же вы упали, ведь даже не споткнулись?!». Несколько лет назад был эпизод, когда больная шла по улице, почувствовала шаткость при ходьбе и резкое отклонение в сторону, «стало уводить». Пациентка попыталась «откорректировать курс», однако это не удалось сделать, поэтому, чтобы не выйти на проезжую часть, ей пришлось взяться за столб и некоторое время за него держаться. Затем состояние улучшилось, больная смогла продолжить путь. После установления в процессе беседы доверительных отношений с врачом, пациентка призналась, что помимо

неустойчивости и падений ее беспокоит учащенное мочеиспускание, иногда достигающее до нескольких раз в час, с императивным характером позывов, нарушение в связи с частым мочеиспусканием ночного сна, трудности в общении, профессиональной деятельности. Беспокоит учащенная дефекация (часто вместе с мочеиспусканием), жидкий стул. В настоящее время помимо учащенного мочеиспускания жалуется на покалывание и жжение в области наружных половых органов при мочеиспускании, связывает это с обострением вульвовагинита.

Пациентка считает, что здоровье ее нарушилось около 3-х лет назад, когда больная самостоятельно выдавила и прижгла бриллиантовой зеленью фурункул во влагалище. Вскоре после этого появились дизурические жалобы: неприятные ощущения при мочеиспускании, ощущение, что в мочеиспускательном канале есть какое-то образование, инородное тело или воспалительный инфильтрат. Больная отметила также более частые позывы на мочеиспускание, акт мочеиспускания периодически бывал болезненным. Сначала лечилась самостоятельно «от цистита», принимала различные антибиотики, затем обращалась к урологам, был диагностирован острый, затем хронический цистит, который часто обострялся, что подтверждалось анализами мочи, ультразвуковым исследованием мочевого пузыря. Пациентка в течение последних двух лет по поводу гиперактивного мочевого пузыря по рекомендации урологов принимает препарат спазмекс. Начинала прием с минимальных доз, препарат давал положительный эффект, но периодически все равно приходилось увеличивать дозу лекарственного средства. В настоящее время пациентка отмечает существенное снижение эффективности препарата, особенно в течение последних нескольких месяцев, недель. Для поездок, работы пользуется прокладками, при прогулках по городу строит маршруты так, чтобы можно было зайти в какое-либо учреждение в туалет. Пациентка отмечает, что все позывы на мочеиспускание сильные, прохождение мочи по мочеиспускательному каналу чувствует хорошо. Количество принимаемой жидкости оценивает как небольшое или среднее, около 1,5-2 литров. Жажда отрицает.

Анамнез жизни

Работает юристом, разведена, проживает с сыном, страдающим психическим заболеванием. У пациентки также есть дочь, живущая отдельно со своей семьей. Несколько лет назад был вывих ключицы в автоаварии, восстановилась быстро и хорошо, вернулась к работе. Онкологические, венерические заболевания, туберкулез, болезнь Боткина, отрицает. В течение ряда лет отмечались аллергические реакции на пыльцу растений. На продукты питания, медикаменты аллергии отрицает. Наблюдалась у ЛОР-врача с диагнозом аллергический ринит.

Неврологический статус

Больная в ясном сознании, контактна, адекватна, правильно ориентирована. Обращает на себя внимание телосложение и походка: пациентка астенического телосложения, высокая, плечи развернуты назад, голова также несколько запрокинута назад, спина прямая, практически не сгибается и не двигается при ходьбе. При этом несколько избыточны движения в области тазового пояса, походка «разболтанная», шаг широкий, ноги ставит далеко друг от друга. Ретроколлиз.

Речь правильная, с богатым словарным запасом, эмоционально окрашенная, с яркими интонациями. Темп речи умеренный, ближе к медленному, речь несколько неплавная, тягучая. Голос хорошо модулирует, однако по тембру «надтреснутый, шероховатый», имеет носовой оттенок. При проверке когнитивных функций с помощью краткого исследования когнитивного состояния, теста рисования часов, монреальской шкалы оценки когнитивных функций и батареи лобных тестов получены нормальные результаты.

Зрачки равные, округлой формы, обычного диаметра, живо реагируют на свет. Глазные щели D=S, движения глазных яблок по горизонтали в полном объеме, по вертикали – с особенностями: затруднены следящие движения вверх и вниз, трудности с фиксацией взора в этих положениях, при длительном нахождении неврологического молоточка в этих позициях больная очень быстро отводит взор. Болезненность, тошноту, головокружение, двоение в этих положениях глаз отрицает. Затруднены также движения глаз в верхние и нижние косые положения. Возможно, имеет место формирование пареза взора вверх и вниз. Корнеальные рефлексы живые, симметричные. Чувствительность на лице не изменена, нижнечелюстной рефлекс оживлен, симметричный. Лицо симметричное. Глотание сохранено. Язык по средней линии, без атрофий и фасцикуляций, розовый, влажный. Определяются умеренно выраженные симптомы орального автоматизма: хоботковый, назолабиальный. Объем активных движений в конечностях полный, парезов нет. Мышечный тонус повышен по экстрапирамидному типу во всех группах мышц, в том числе в аксиальной мускулатуре. Выявляется феномен восковой гибкости, феномен Нойка-Ганева ярко представлен с 2-х сторон. Глубокие рефлексы с рук умеренные, без разницы сторон, с ног – ближе к низким, также симметричные. Чувствительность в области конечностей, живота не изменена. От проверки чувствительности в аногенитальной зоне больная отказалась. В позе Ромберга больная легко пошатывается вправо. Пальце-носовую пробу выполняет с легкой интенцией справа. Пяточно-коленную пробу выполняет с атаксией справа. Выявляются нерезко выраженные адиадохокинез, гиперметрия, дисметрия слева. Менингеальных знаков нет.

Таким образом, по результатам расспроса пациентки и первичного осмотра были выявлены следующие нарушения: гипокинетико-ригидный синдром с преобладанием тонуса мышц в аксиальной мускулатуре и формированием разгибательной позиции тела, псевдобульбарный синдром, глазодвигательные нарушения, нарушения походки, постуральная неустойчивость и падения, мозжечковые расстройства, нарушения сна, вегетативные расстройства в виде нарушений мочеиспускания и артериальной гипертензии. Большинство этих симптомов могут встречаться при обоих обсуждаемых заболеваниях (синдром паркинсонизма, псевдобульбарный синдром, нарушения сна). Тем не менее, некоторые из них более характерны для МСА (мозжечковые симптомы, вегетативные расстройства), тогда как другие – для ПНП (разгибательная поза при ходьбе, постуральная неустойчивость, парезы взора по вертикали, особенно вниз).

Пациентке было рекомендовано дообследование:

1. МРТ головного мозга.
2. ЭЭГ.
3. Осмотр окулиста, эндокринолога.

4. Гликемический профиль, уровень гликозилированного гемоглобина, контроль электролитов (калий, натрий, кальций) в динамике.
5. Измерение объема потребляемой жидкости за сутки и объема выделяемой мочи за сутки, общий анализ мочи, ведение дневника мочеиспусканий.
6. Определение концентрации эстрогенов в крови, антидиуретического гормона.

Через 3 месяца пациентка была осмотрена повторно (в период госпитализации в урологическое отделение по поводу обострения хронического цистита). На ЭЭГ – вариант возрастной нормы, на МРТ головного мозга – легкое расширение боковых желудочков, на глазном дне – ангиопатия сетчаток, отклонений со стороны биохимических показателей, в содержании гормонов и электролитов выявлено не было, эндокринолог не выявил заболеваний эндокринной системы. Согласно дневнику мочеиспусканий, их количество колебалось в различные дни от 8 до 27 за сутки, ночных – от 1 до 7. За эти 3 месяца у пациентки появились жалобы на ухудшение памяти на текущие бытовые события, профессиональная память не страдает. Беспокоит изменение почерка: стал более небрежным, неаккуратным. За последние 3 месяца похудела на 2 кг. В плане нарушений мочеиспускания отмечает, что бывают «хорошие дни», когда учащенное мочеиспускание беспокоит мало, и «ужасные», когда больная постоянно бегает в туалет. Пациентка обратила внимание на следующее: приняв анальгетик для снятия головной боли, заметила снижение количества походов в туалет в этот вечер, в дальнейшем несколько раз «экспериментировала», принимая анальгетик в те дни, когда мочеиспускание было особенно частым, прием лекарства приводил к некоторому урежению мочеиспускания.

В неврологическом статусе определяются следующие изменения: повторное исследование когнитивных функций выявило наличие умеренных когнитивных нарушений: по краткому исследованию когнитивного состояния (MMSE) – 26 баллов, по Монреальской шкале (MoCA) – 24 балла. В наибольшей степени нарушилось отсроченное воспроизведение запоминаемых слов и счет. Другие тесты выполнялись хорошо. Отмечается парез зрения вверх, затруднение движений глазных яблок вниз, нарушение плавности горизонтальных движений глаз. В остальном в неврологическом статусе динамики нет.

Принимая во внимание, что учащенное мочеиспускание в данный период может быть связано с обострением хронического цистита, а также тот факт, что сформировался парез зрения вверх, ухудшились движения глазных яблок вниз, появились умеренные когнитивные расстройства в виде нарушений памяти и счета, более правымочным представлялся диагноз прогрессирующего надъядерного паралича, при котором отмечается синдром паркинсонизма с преобладанием тонуса в аксиальной мускулатуре и формированием разгибательной позиции, отсутствует на ранней стадии изменение длины шага, скорости ходьбы, типичны глазодвигательные нарушения, особенно вертикальные парезы зрения или офтальмоплегия, а когнитивные нарушения, достаточно быстро достигающие степени деменции. Соответственно данному диагнозу, ожидалось прогрессирование симптомов паркинсонизма, усиление постуральной неустойчивости, глазодвигательных нарушений, дальнейшее ухудшение когнитивных функций с последующим развитием деменции.

Через 10 месяцев состоялся следующий осмотр больной, когда пациентка попала в неврологическое отделение больницы с острой нейропатией лицевого нерва справа на фоне переохлаждения. Пациентка отмечает, что эпизоды неустойчивости случаются с той же частотой, однако падений стало меньше, объясняет это тем, что теперь «внимательно смотрит под ноги». Основной жалобой остается учащенное мочеиспускание с императивными позывами. В неврологическом статусе помимо выраженной асимметрии половины лица, усилились нарушения почерка, появились черты мегалографии, в остальном динамики нет: сохраняется повышение мышечного тонуса во всех группах мышц по экстрапирамидному типу, в том числе в аксиальной мускулатуре, ретроколлиз, однако выраженность его та же, ограничены движения глазных яблок вверх, объем движений вниз и по горизонтали достаточный, но движения неплавные. Сохраняются имевшиеся мозжечковые расстройства, когнитивные нарушения не прогрессируют: MMSE 27 баллов, MoCA – 24 балла, другие тесты – норма. Принимая во внимание тот факт, что типичного для ПНП быстрого неуклонного прогрессирования заболевания не отмечается, когнитивные функции остаются сохраненными, пареза зрения вниз, тем более полной офтальмоплегии – нет, отмечается нарастание мозжечковых расстройств, стойкость вегетативных нарушений в виде резко учащенного мочеиспускания с императивными позывами уже вне обострения хронического цистита, диагноз ПНП, согласно критериям NINDS-SPSP [7], требует пересмотра.

В данной ситуации более вероятным представляется диагноз мультисистемной атрофии, при которой также могут иметь место глазодвигательные нарушения, но они, как правило, не достигают степени пареза зрения или офтальмоплегии, часто встречаются когнитивные нарушения, которые, однако, не достигают степени деменции. Что же касается разгибательной позиции туловища, то она является частым, но не облигатным симптомом ПНП.

Мнение о том, что у данной пациентки клиническая картина заболевания более соответствует диагнозу мультисистемной атрофии, чем ПНП, подтверждает следующее наблюдение: спустя 3,5 года от момента последней госпитализации в ВГКБСМП № 1, т.е. через 4 года и 7 месяцев от момента первого знакомства, с пациенткой состоялась случайная встреча в вестибюле больницы, куда она пришла провести родственницу. Больная узнала врача, рассказала, что у нее усилились расстройства мочеиспускания, присоединились эпизоды неудержания мочи, постоянно пользуется памперсами, вынуждена была полгода назад оставить успешную юридическую практику, в настоящее время работает только как приглашенный консультант, а все остальное время заботится о сыне и помогает дочери с внуками: сопровождает в школу и на дополнительные занятия, проверяет уроки. Речь у больной несколько замедленная, с элементами дизартрии, эмоционально окрашенная, голос слегка охриплым, горизонтальные движения глаз сохранены (легко переводит взор с одного предмета на другой, движения вверх ограничены, вниз -- немного), походка с явлениями мозжечковой атаксии, поза при ходьбе с запрокинутой головой, развернутыми назад плечами.

Заключение

Таким образом, на основании анализа представленного случая можно заключить, что клинический метод является ведущим в диагностике заболеваний, при которых отсутствуют патогномичные симптомы, четко очерченные изменения при нейровизуализации, биохимические, инструментальные маркеры. Динамическое наблюдение за пациентами, у которых отмечаются симптомы, соответствующие нескольким заболеваниям со сходной клинической картиной, является крайне важным для уточнения диагноза. Как видно из описания данного случая, на более ранних этапах развития заболевания клиническая

картина может больше соответствовать одному диагнозу, а на последующих – другому. В описанном наблюдении представляет интерес тот факт, что у пациентки сочеталось несколько симптомов, характерных для разных заболеваний, например, разгибательная позиция туловища и раннее развитие постуральной неустойчивости, более характерные для ПНП, и вегетативные нарушения и мозжечковые симптомы, более характерные для МСА. Возможно, это связано с некоторыми элементами патогенеза, общими для двух заболеваний [8].

Литература

1. Валикова Т.А. Мультисистемная атрофия: клинические проявления, вопросы этиопатогенеза / Т.А. Валикова, Н.В. Пугаченко, Е.С. Королёва // Бюллетень сибирской медицины. – 2010. – № 4. – с. 100-106.
2. Шток, В.Н. Экстрапирамидные расстройства: Руководство по диагностике и лечению / В.Н. Шток, И.А. Иванова-Смоленская, О.С. Левин // Руководство по диагностике и лечению М.: МЕДпресс-информ. – 2002. – С. 176–216.
3. Ситкали И.В. Трудности диагностики прогрессирующего надъядерного паралича / И.В. Ситкали, В.В. Раздорская // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2015. – Т. 5, № 4. – С. 273-274.
4. Гапешин Р.А. Прогрессирующий надъядерный паралич. Клинический случай / Р.А. Гапешин, Е.А. Новикова // Клиническая патофизиология. – 2016. – Т.22, № 1. – С. 68-71.
5. Multiple system atrophy 1, susceptibility to; MSA1 [Электронный ресурс]. URL: <http://omim.org/entry/146500> (дата обращения 09.03.2017)
6. Supranuclear palsy, progressive, 1; PSNP1 [Электронный ресурс]. URL: <http://omim.org/entry/601104> (дата обращения 09.03.2017)
7. Litvan I, Agid Y, Jankovic J et al. Accuracy of clinical criteria for the diagnosis of progressive supranuclear palsy. *Neurology*. 1996. Vol. 46. P. 922-930.
8. Левин О.С. Современные представления о механизмах нейродегенерации при прогрессирующем надъядерном параличе и мультисистемной атрофии / О.С. Левин, Н.А. Амосова // Невролог. журн. – 2003. – № 4. – С. 50-57.

Ситкали И.В.

Паранеопластические нейропатии*ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедры неврологии ФПК и ППС им. К.Н. Третьякова**Научный руководитель: д.м.н. Колоколов О.В.*

Злокачественные новообразования являются одной из ведущих причин заболеваемости и смертности во всем мире. По данным международной организации Globocan, в мире ежегодно регистрируется более 14 млн новых случаев онкологических заболеваний и более 8 млн людей ежегодно умирает от рака.

Актуальность изучения влияния злокачественных новообразований на периферическую нервную систему напрямую связана с их диагностикой. В ходе ряда исследований установлено, что клиническая симптоматика поражения периферической нервной системы возникает в среднем за 6 месяцев до диагностики злокачественных новообразований более чем у 50% больных (Dalmau J., Graus F., 1997).

В основе патогенеза паранеопластических нейропатий (ПН) лежат иммунологические процессы, обусловленные наличием у клеток опухоли и нервной системы перекрестно реагирующих антигенов (онкофетальных аутоантител). В ходе исследований доказана связь ПН с определенным типом онкофетальных антител: anti-Hu- (ANNA-1), anti-CV2- (CRMP5), ANNA-3-, anti-MAG- и anti-amphiphysin-антител (.Gandhi L., 2006; Ansari J, 2004).

Согласно клинической картине и ЭНМГ-признакам различают следующие формы ПН: сенсорные, моторные, смешанные (моторно-сенсорные), а также вегетативные нейропатии. Среди моторно-сенсорных нейропатий могут встречаться редкие атипичные формы, такие как синдром Гийена-Барре, хроническая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия, плечевая плексопатия; нейропатия с микроваскулитом периферических нервов.

Клиническими признаками, подтверждающими паранеопластический характер нейропатии являются: 1) обнаружение онкофетальных антител в крови и/или ЦСЖ; 2) исчезновение неврологического дефицита после хирургического, химиотерапевтического и (или) радиологического лечения; 3) появление признаков ПН при рецидиве онкологического заболевания или метастазировании.

В настоящее время отсутствуют рекомендации по патогенетической терапии ПН. Согласно данным Кокрановского обзора (Giometto B и соавт., 2012) в качестве иммуномодулирующей терапии у пациентов с ПН могут быть использованы кортикостероиды, IgG, цитостатики (циклофосфамид, ритуксимаб), плазмаферез.

Заключение. Поражение периферической нервной системы у онкологических больных характеризуется клиническим полиморфизмом и зачастую развивается за несколько лет до установления клинического диагноза. Поэтому, все пациенты с клиническими проявлениями ПН должны быть включены в группу высокого риска по онкологическим заболеваниям с дальнейшим проведением регулярного диагностического скрининга на предмет наличия злокачественных новообразований.

Ключевые слова: злокачественные новообразования, нейропатии

ID: 2017-07-23-T-16303

Тезис

Фарносова М.Е., Гамирова Р.Г., Жарикова Т.Ф., Зайкова Ф.М.

Сравнительный анализ эффективности терапии синдрома Веста различными противоэпилептическими средствами при долгосрочном наблюдении

*ФГАОУ ВО Казанский федеральный университет,
ГБОУ ДПО Казанская государственная медицинская академия Минздрава России,
ГАУЗ ДГБ № 8 г. Казани*

Актуальность. Синдром Веста является частым (9% среди всех форм эпилепсий у детей), инвалидизирующим возрастзависимым эпилептическим синдромом у детей раннего возраста. С момента использования в лечении синдрома Веста гормональных препаратов (особенно адренокортикотропного гормона) появилась возможность быстрого и полного купирования фармакорезистентных инфантильных спазмов, однако многие клиницисты весьма сдержанно относятся к лечению гормонами из-за выраженных побочных эффектов. Появление в последние десятилетия целого ряда новых противоэпилептических препаратов позволило использовать их в клинической практике для лечения синдрома Веста.

Вместе с тем, имеющиеся в настоящее время многочисленные исследования по изучению эффективности и безопасности фармакотерапии синдрома Веста имеют ограниченную ценность из-за небольшого числа пациентов, короткого периода наблюдения, отсутствия унифицированных схем лечения и отсутствия сравнительного анализа эффективности лечения синдрома Веста при долгосрочном наблюдении.

Цель исследования: ретроспективная оценка долгосрочных результатов комбинированной терапии Синдрома Веста с включением тетракозактида в сравнении с другими противоэпилептическими средствами (ПЭС).

Материал и методы. В исследование включено 150 детей с подтвержденным диагнозом синдром Веста, получавшим лечение в ДГБ № 8 г.Казани в 2000-2015 гг. Показатели отношения рисков (ОР), их доверительные интервалы (ДИ) рассчитывали с использованием программы Revman 5.0 Software.

Результаты. Все дети с синдромом Веста разделены на 2 группы: группа I - дети, получавшие в качестве терапии тетракозактид в сочетании с другими противоэпилептическими средствами - 90 человек (60% от общего числа пациентов); группа II –дети, получавшие любые варианты противоэпилептических средств, исключая тетракозактид – 60 человек (40% от общего числа пациентов). Дети в обеих группах были сравнимы по возрасту, полу, неврологическому статусу, тяжести заболевания. Долгосрочные результаты лечения (благоприятный исход – полная клиническая ремиссия, длящаяся 3 года) не имели достоверного различия в обеих группах: 59 из 90 пациентов (66%) в группе I и 37 из 60 пациента (62%) группе II. Показатель отношения рисков для долгосрочных исходов был ОР=1,12; 95% ДИ [0,88 – 1,42], P=0,37.

Заключение. Долгосрочные результаты лечения (при наблюдении 3 и более лет) детей, получавших тетракозактид и детей, получавших другие противоэпилептические средства, но не получавших тетракозактид для лечения синдрома Веста, сравнимы.

Ключевые слова: эпилепсия, синдром Веста, тетракозактид, лечение эпилепсии

Шахнович В.А., Долганов М.А., Лановенко О.В.

Объективизация этапов реабилитации пациентов, перенесших сосудистые катастрофы головного мозга

Центр неврологии Доктора Шахновича, г. Москва

Ключевые слова: реабилитационный центр, острое нарушение мозгового кровообращения

В лечении и реабилитации пациентов, перенесших ОНМК, выделяют этапы:

- Экстренная госпитализация, проведение диагностических мероприятий и лечение в условиях нейрореанимационного отделения
- Перевод в профильный неврологический стационар по стабилизации состояния
- Перевод в условия специализированного реабилитационного центра для первого этапа восстановления
- Дальнейшая реабилитация в домашних условиях при участии социальных работников
- Повторная госпитализация в реабилитационный центр для прохождения повторных восстановительных курсов

Специализированный реабилитационный центр должен включать в себя мульти дисциплинарную бригаду из врача-невролога, врача-кардиолога, врача клинического фармаколога, медицинских сестер, врачей/инструкторов ЛФК, врача-физиотерапевта, логопеда, нейропсихолога, эрготерапевта. Такой комплексный подход к лечению пациента даёт максимально возможный клинический эффект.

Основные задачи 3-его этапа лечения пациентов, перенесших ОНМК:

- Восстановление двигательной активности пациента
- Восстановление речи, памяти, когнитивных функций
- Стабилизация психоэмоционального состояния пациента
- Восстановление социально-бытовых навыков

Для достижения максимальной эффективности необходимо объективно оценивать уровень восстановления вышеперечисленных функций.

С целью оценки прогресса восстановительного лечения использовались шкалы:

- 1) 10 Meter Walk Test (тест 10-метровой ходьбы)
- 2) Berg Balance Scale test (шкала баланса Берга)
- 3) Fugl- Meyer Assessment Of Physical Performance (тест физической работоспособности)
- 4) Eight-hole peg test (тест мелкой моторики верхних конечностей)
- 5) Количественная оценка состояния и динамики восстановления речи
- 6) National Institutes of Health Stroke Scale

Тест 10-метровой ходьбы

Человек проходит без посторонней помощи 10 метров, с измерением времени на промежуточных 6 метрах. Вспомогательные устройства могут быть использованы, но должны быть последовательными и документированы для каждого теста.

Последовательно выполняется 3 исследования и считается среднее время выполнения теста, данное значение заносится в протокол. Нормой выполнения данного теста считается 20 секунд.

Fugl-MeyerTest

Цель: определить степень двигательного дефицита и нарушений чувствительности верхних конечностей.

Пациент последовательно выполняет упражнения, направленные на оценку проксимальных и дистальных движений, пронацию и супинацию, оценку мышечной силы.

Оценка данного исследования производится в баллах: 0 баллов – пациент не выполнил упражнение. 1 балл – пациент выполнил упражнение с ограничениями. 2 – балла – пациент выполнил упражнение полностью без ограничений. Затем считается сумма баллов левой и правой руки. Максимальное количество баллов – 72.

Berg Balance Scale (Шкала балансаБерга):

Цель: определить устойчивость пациента и спрогнозировать риск возможного падения.

Пациентом последовательно выполняются упражнения на вставание, пересаживание, стояние без опоры, координацию и устойчивость.

В зависимости от качества выполнения упражнения выставляется оценка от 0 до 4 баллов. Максимальное количество баллов 56.

Eight-hole peg test

Цель: определить степень дефицита мелкой моторики верхних конечностей и оценить возможность восстановления социально-бытовых навыков.

Тест заключается в том, чтобы вставить 8 цилиндров разной высоты и диаметра в соответствующие отверстия.

Тест выполняется по очереди обеими руками, рассчитывается среднее время и заносится в протокол. Норма выполнения теста 18 секунд.

Количественная оценка состояния и динамики восстановления речи

Цель: определить степень выраженности афазии, оценить экспрессивную и импрессивную речь; дать оценку реабилитационного потенциала по восстановлению речи.

Логопедом оценивается:

1. Экспрессивная речь: диалог, называние предметов, называние действий, составление фраз, составление рассказа.
 2. Импрессивная речь: понимание речи в диалоге, понимание слов, обозначающих предметы, понимание слов, обозначающих действия, понимание фраз, понимание инструкций.
- Максимальное число баллов – 10.

По данным шкалам было оценено 6 пациентов различного пола и возраста, перенесших ОМНК различного типа (ишемического и геморрагического) и локализации.

Оценка проводилась:

- При поступлении в стационар
- При выписке из стационара
- Через 21 день после выписки в домашних условиях
- Через 45 дней после выписки в условиях реабилитационного центра

В стационарных условиях пациентам проводилась комплексная ноотропная, антиоксидантная, метаболическая инфузионная терапия; 3 занятия с инструктором ЛФК, 2 занятия с логопедами, занятие с психологом, занятие с эрготерапевтом.

Оценка по шкале Фуги-Майера позволила оценить восстановление двигательной активности верхних конечностей, и соответственно навыков самообслуживания пациентов.

Шкала баланса Берга позволяет спрогнозировать риск падения пациента, что может указывать на необходимость круглосуточного индивидуального поста.

Тест 10-метровой ходьбы показывает необходимость вспомогательных средств передвижения.

Eight-hole peg test направлен на контроль за восстановлением мелкой моторики, когнитивных функций и диагностику затронутость экстрапирамидной нервной системы.

Количественная оценка восстановления речи используется для оценки в динамике степени афазии, дизартрии.

Для подтверждения объективности результатов была использована National Institutes of Health Stroke Scale.

Заключение

- Этапность и комплексный подход – важнейшие аспекты в ведении постинсультного больного.
- Использование данных методик оценки позволяет объективизировать результаты лечения и реабилитационный потенциал.
- По полученным результатам наблюдается полная корреляция данных шкал с общепринятой National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS).
- Методы визуализации, а также возраст пациента не являются 100% для прогнозирования реабилитационного потенциала и восстановления неврологического дефицита у пациентов, перенесших ОМНК.

Шахнович В.А., Шахнович Р.В., Труханов П.А., Долганов М.А.

Все ли болезни от нервов?

Центр неврологии Доктора Шахновича, г. Москва

Ключевые слова: гидроцефалия, синдром Хакима-Адамса, ликворошунтирующие операции

Увеличение продолжительности жизни привело к существенному нарастанию частоты когнитивных нарушений у пожилых людей, диагностика и лечение которых является актуальной проблемой современной медицины. Одним из заболеваний, приводящих к деменции является нормотензивная гидроцефалия с триадой Хакима-Адамса которая характеризуется нарушением когнитивных функций, походки и мочеиспускания. Среди многочисленных заболеваний, которые приводят к нарушению когнитивных функций, нормотензивная гидроцефалия с синдромом Хакима может характеризоваться обратимым характером неврологических проявлений и нормализацией когнитивных нарушений после ликворошунтирующих операций (обратимая деменция). Однако ликворошунтирующие операции при идиопатической гидроцефалии бывают эффективны не всегда и крайне важно прогнозировать возможность благоприятного исхода таких операций. Ранее с этой целью использовались инвазивные тесты с введением физиологического раствора в ликворное пространство и прямым измерением внутричерепного давления.

В настоящее время широко используются методы неинвазивной диагностики. Так японский нейрохирург Мазе с соавторами в исследовании "Non-invasive measurement of intracranial compliance using cine MRI in normal pressure hydrocephalus" (Acta Neurochir Suppl. 2005;95:303-6) указывает на необходимость исследования венозного оттока у всех больных с признаками гидроцефалии для разделения на вентрикулодилатацию и нормотензивную гидроцефалию. Отмечалась разница индекса комплаентности, полученного при проведении МРТ венографии, который значительно различался в группе больных с нормотензивной гидроцефалией и вентрикулодилатацией. Этот индекс так же имел полную корреляцию с инвазивным методом.

В настоящее время широко распространение получил тар-тест – выведение определенного количества ликвора с оценкой неврологического статуса после теста. Однако оценка неврологических симптомов после проведения этого теста не всегда информативна. Поэтому целесообразно введение дополнительных объективных методов, позволяющих оценивать ликвородинамику и изменение венозного кровообращения головного мозга после тар-теста. Таким методом может являться ультразвуковая доплерография с измерением ликвородинамических параметров. Использование ортостатического воздействия на ликворную систему головного мозга, позволяет осуществлять неинвазивную инфузию цереброспинальной жидкости из спинального пространства в интракраниальное, что оказывает непосредственное воздействие на параметры венозного оттока из головного мозга.

Цель исследования: неинвазивное ультразвуковое исследование венозного кровообращения мозга при нормотензивной гидроцефалии в исходном состоянии, а также после Тар тестов (выведение 50 мл ликвора с последующей оценкой динамики неврологических симптомов) и ликворошунтирующих операций.

Материал и методы

Было обследовано 22 человека с нормотензивной гидроцефалией и синдромом Хакима-Адамса (мужчин 11), средний возраст 64 ± 6 лет. Каждому пациенту выполнялось МРТ с определением соотношений: бикаудатного индекса, индекса Эванса, индекса Акимова-Комиссаренко. Транскраниальная доплерография (ТКД) с определением параметров оттока крови:

1. Оценивались линейные скорости оттока крови по прямому синусу;
2. По крутизне нарастания значений линейной скорости кровотока в прямом синусе при изменении наклона ортостола рассчитывался показатель статической упругости.
3. Сопrotивление оттоку ликвора.
4. Резервная емкость краниовертебрального содержимого.

Результаты

Пациент Д. 70 лет поступил в клинику с жалобами на нарушение походки, значительное снижение памяти, невозможность обслуживать себя. По данным анамнеза, собранного со слов родственников, данное состояние нарастало в течении двух лет, настоящее ухудшение в течении месяца. При объективном осмотре отмечалось отсутствие контроля тазовых функций. В неврологическом статусе обращало на себя внимание значительное снижение критики к собственному состоянию. Нарушение ориентации в месте, времени и отчасти собственной личности. Походка изменена по типу лобно-подкорковой дисбазии. Больной в основном передвигается на коляске. Таким образом у больного выявлена классическая триада Хокима-Адамса. Оценка по шкале MMSE составила 12 баллов, по шкале Бартела – 20 баллов.

По данным МРТ – головного мозга отмечалось наличие выраженной внутренней гидроцефалии без признаков интракраниального блока ликвора (Бикаудатный индекс составил 0,28. Индекс Эванса – 53,3%. Индекс Акимова-Комиссаренко – 2,0). Умеренно выраженные сосудистые изменения в обоих полушариях головного мозга. Локальных расстройств перфузии и признаков острого НМК не выявлено.

При проведении ТКД показатели скоростей оттока крови по прямому синусу в положении ортостаза составили 67 см/сек, горизонтальном положении 70 см/сек антиортостаза составляли 73 см/сек. При перемещении тела пациента в пространстве скорости кровотока в прямом синусе значительно не изменились что говорит о гипореактивности. Данные изменения выявлялись при нормальных скоростях артериального притока крови. ЦВОР составила = 0.1 см/сек, град.

С диагностической целью пациенту проведен Тар-тест с забором 50 мл цереброспинальной жидкости, после чего показатели скоростей оттока крови по прямому синусу, измеренные через 12 часов, значительно изменились. Показатели ЦВОР увеличились до нормальных единиц $E = 0.26$ см/сек,град. Клинически через 12 часов отмечалось улучшение походки. Появилась критика к

собственному состоянию, ориентация в собственной личности и пространстве. Данные проявления сохранялись в течении 4 дней. Оценка по шкале MMSE составила 16 баллов, по шкале Бартела – 30 баллов. Данный эффект сохранялся около 4-5 дней.

В связи с полученными данными решено проведение операции по установке вентрикуло-перитонеального шунта. По данным контрольной ТКД, проведенной через 7 дней показатели скоростей оттока крови по прямому синусу и ЦВОР изменились до близких к норме. После восстановительного послеоперационного периода отмечалось улучшение когнитивных навыков, увеличение устойчивости в позе Ромберга – пациент может самостоятельно вставать и передвигаться на ходунках. Оценка по шкале MMSE составила 18 баллов, по шкале Бартела – 50 баллов. Таким образом можно говорить о значительном положительном эффекте после оперативного лечения.

В остальных случаях исходно у большинства больных отмечалось изменение скоростей оттока крови по прямому синусу по типу ареактивности или гипореактивности, у меньшего количества по типу нормореактивности. После оперативного вмешательства при контрольном исследовании ЦВОР изменялась в пользу нормореактивности.

Полученные данные, свидетельствующие о нарушении венозного кровообращения мозга при нормотензивной гидроцефалии, совпадают с результатами исследований ряда авторов (M. Mase et. al. - 2005, G. Bateman-2008, C. Beggs 2013).

Заключение

Таким образом ТКД является неинвазивным и точным методом оценки изменения ликвородинамических соотношений после проведения тар-теста и ликворшунтирующих операций.

Полученные данные позволяют объективизировать результаты теста и принимать обоснованное решение о проведении ликворшунтирующей операции и контролировать проведённое лечение.

Щаницын И.Н.

Современные тенденции в лечении стеноза сонных артерий*ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России***Ключевые слова:** стеноз сонных артерий, инсульт, рентгенэндоваскулярные вмешательства

Число инсультов ежегодно растет. Абсолютное количество смертей от инсульта в мире выросло на 40,2% с 1990 г. по 2013 г.. По данным национального центра статистики США после 2000 года отмечается тенденция к снижению общей смертности от ССЗ и инсульта (сердечно-сосудистых заболеваний). В России также отмечается снижение смертности от цереброваскулярных заболеваний после 2003 года, однако, сохраняется самая высокая в мире смертность от инсульта. Кроме того, инсульт продолжает занимать первое место в мире и России среди причин стойкой инвалидизации.

После публикации Miller Fisher в 1953 г. исследований, доказавших связь между стенозом сонных артерий и инсультом, частота выполнения ревазуляризирующих операций на сонных артериях неуклонно росла. Выполнение каротидной эндартерэктомии (КЭАЭ) резко увеличилось после публикации в начале 1990-х годов широкомасштабных рандомизированных исследований в США и Европе (ECST, NASCET, ACAS), доказавших преимущество хирургического лечения по сравнению с консервативным лечением при значимом стенозе ВСА. Однако, начиная с конца 1990-х годов, отметилась тенденция к снижению частоты операций как в США и Канаде, так и в Западной Европе. Это снижение можно объяснить снижением общей заболеваемости ССЗ и тем, что у медицинского сообщества возникли сомнения о ценности КЭАЭ для первичной профилактики инсульта у асимптомных пациентов, учитывая развитие подходов к лекарственной терапии по сравнению с 1990-ми годами и более взвешенной оценкой риска и пользы КЭАЭ у асимптомных пожилых пациентов высокого риска. Кроме того, свой вклад внесло внедрение в 1993 году каротидного стентирования (КС) и публикация исследований показывающих эквивалентные результаты КЭАЭ и КС (CAVATAS, SAPHIRE, SPACE, EVA-3S, ICSS, CREST). В настоящее время ведутся крупные рандомизированные исследования для сравнения КЭАЭ, КС и консервативной терапии у «асимптомных» пациентов, результаты которых ожидаются в 2018-2020 гг. (ACST-2, SPASE-2, ECST-2, CREST-2).

Если мы видим четкую тенденцию по снижению количества открытых операций, количество рентгенэндоваскулярных вмешательств неуклонно растет, несмотря на то, что КС не имеет преимуществ по данным рандомизированных исследований и ассоциировано с более высоким риском периоперационной смертности, инсульта и неблагоприятных исходов по сравнению с КЭАЭ по данным популяционных исследований. Возможные причины этого: предпочтение пациентов, экономический фактор и увеличение числа специалистов, выполняющих стентирование (сосудистый хирург, кардиолог, нейрохирург, рентгенэндоваскулярный хирург). Тенденции в развитии каротидного стентирования в настоящий момент связаны с необходимостью уменьшения частоты периоперационных осложнений: разработка нового дизайна стента, новых систем защиты от эмболии и применение разных доступов в зависимости от анатомических особенностей.

В России отмечается неуклонный рост количества операций на сонных артериях (с 2009 г. по 2014 г. увеличение на 128%), как за счет увеличения КЭАЭ, так и за счет эндоваскулярных вмешательств. Однако число операций все же недостаточное, если в США выполняется в среднем 230 операций на 100 тысяч населения в год, то в России – только 14! В Саратовской области выполняется только 7,7 каротидных реконструкций на 100000 населения.

С января 2013 по март 2017 г. на базе нейрохирургического отделения НИИТОН выполнено 188 операций на брахиоцефальных артериях (145 открытых и 43 эндоваскулярных вмешательства). Медиана возраста больных составила 66 лет (58-73, квартили). Мужчин - 62%. Симптомные - 45%. Медиана степени стеноза - 75% (62-85). В большинстве случаев выполнялась каротидная эверсионная эндартерэктомия 64,3%; каротидная эндартерэктомия с пластикой заплатой – в 2,6%; эндартерэктомия из общей и наружной сонной артерии – в 3,1%; резекция извитости ВСА с низведением и имплантацией в старое устье – в 5,8% и анастомозом конец-в-конец – в 2,1%; протезирование ВСА – в 0,5%; стентирование внутренней сонной артерии – в 7,9%; ангиопластика и стентирование подключичной артерии в 10,1%; стентирование позвоночной артерии – в 3,2%. Все операции на сонных артериях проводились под контролем церебральной оксиметрии. Среди периоперационных осложнений: инвалидизирующего инсульта и смерти не было; инфаркт миокарда – 1,6%; малый инсульт – 0,5%; транзиторная ишемическая атака – 1,0%; переходящая периферическая нейропатия – 6,3%; ревизия зоны анастомоза в связи с кровотечением – 1,6%. В отдаленные сроки рестеноз выявлен у 1 пациента (0,5%) после КЭАЭ. В дальнейшем пациенту выполнено стентирование области рестеноза.

Таким образом, КЭАЭ при симптомных стенозах ВСА остается методом выбора. Каротидное стентирование имеет преимущества у пациентов высокого операционного риска, при спаечном процессе после ранее перенесенной операции на шее или лучевой терапии, у пациентов более молодого возраста (менее 70 лет). При асимптомных стенозах у пациентов умеренного и низкого риска развития инсульта остаются сомнения в преимуществе КЭАЭ перед медикаментозным лечением. В настоящий момент проводится несколько крупных рандомизированных исследований, которые, возможно, предоставят более точные рекомендации по ведению пациентов с асимптомным стенозом. В России остается крайне высокой частота атеросклероза сонных артерий, а количество операций на сонных артериях – недостаточным. Операции на брахиоцефальных артериях в НИИТОН сопровождаются низким уровнем ранних и отдаленных осложнений. Внедрение рентгенэндоваскулярных методов позволило нам сузить противопоказания к операции у больных с тяжелой соматической патологией, после лучевой терапии и при повторных операциях.

Нестабильность шейного отдела позвоночника и ее сосудистые последствия как неврологический маркер дисплазии соединительной ткани

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России

Ключевые слова: шейный отдел позвоночника, дисплазия соединительной ткани, вертебро-базилярная система

Патологию шейного отдела позвоночника, обусловленную дефицитом функции связочного аппарата, в настоящее время рассматривают в качестве маркера синдрома дисплазии соединительной ткани. Изменения гемодинамики в позвоночных артериях на фоне нестабильности шейного отдела позвоночника является одним из критериев данной патологии.

На протяжении последних 30 лет отмечено увеличение частоты встречаемости вертебро-базилярной недостаточности (ВБН) именно у лиц трудоспособного возраста на фоне нестабильности шейного отдела позвоночника (ШОП). Несмотря на то, что большинство авторов в качестве первопричины нестабильности позвоночника рассматривают нарушение опорной функции межпозвоночного диска, не всегда при МРТ-исследовании обнаруживается протрузия или грыжа диска.

Причиной формирования гемодинамических расстройств в вертебробазилярной системе у пациентов с нестабильностью шейного отдела позвоночника является раздражение паравертебральных нервных сплетений на фоне смещения шейных позвонков, а также нарушение каркасной функции стенки сосудов вертебро-базилярной системы, как артерий, так и вен.

Цель исследования: расширенное клинико-инструментальное исследование церебральной гемодинамики у пациентов трудоспособного возраста с рентгенологически подтвержденной нестабильностью ШОП для ранней диагностики ведущего патогенетического механизма ВБН у них и своевременной коррекции данных сосудистых расстройств.

Материал и методы

Всего в наше исследование было включено 339 пациентов, большее число из которых составили женщины, и средний возраст соответствовал 36 годам.

Все пациенты были разделены на 2 группы.

1. Первую - ретроспективную составили 83 пациента, у которых нестабильность шейного отдела позвоночника стала рентгенологической находкой. Этим пациентам была выполнена оценка неврологического статуса и офтальмологический осмотр, но, несмотря на клинические признаки недостаточности, им не было проведено детального исследования церебральной гемодинамики.
2. Вторую - проспективную группу из 256 человек, которую обследовали по расширенному плану - алгоритм обследования включал не только вышеуказанные методы диагностики, но и ультразвуковые и электрофизиологические методы исследования церебральной гемодинамики, а в ряде наблюдений при наличии показаний мы рекомендовали пациентам выполнить МРТ шейного отдела позвоночника, головного мозга, а также сосудов головы и шеи.

Результаты

При обращении за амбулаторной медицинской помощью почти в половине случаев симптомы ограничивались одной жалобой, среди которых доминировала изолированная головная боль, реже - головокружение или шум в ушах. 33,8% пациентов предъявляли 2 жалобы, чаще в виде сочетания головной боли с головокружением или головокружения с шумом в ушах. Более чем в 9% наблюдений пациенты предъявляли развернутые жалобы. И только 7,8% пациентов при обращении не предъявляли жалоб. Цель их визита к врачу - профилактический неврологический осмотр.

Объективное неврологическое обследование установило в 96,6% наблюдений нарушение равновесия, выявляемое в простой или сенсibilизированной пробе Ромберга. Несколько большим, чем у 90% обследованных имели место нарушения при выполнении координаторных проб. Почти у 80% пациентов был выявлен нистагм. У 40% пациентов были диагностированы признаки венозной дисциркуляции.

Для оценки клинической тяжести вертебро-базилярной недостаточности все объективные симптомы были сведены в единую таблицу и им были присвоены баллы, по совокупности которых было установлено, что наиболее часто за амбулаторной медицинской помощью обращались пациенты с нестабильностью шейного отдела позвоночника при клинической тяжести вертебро-базилярной недостаточности от 3 до 6 баллов. И только 3,4% пациентов не имели клинических признаков недостаточности мозгового кровообращения.

Дополнительно мы провели офтальмологический осмотр, который показал, что у всех пациентов с нестабильностью шейного отдела позвоночника имело место спазм артериол, при которых обязательно имеют место изменения артериол глазного дна (Е.А. Егоров, Е.С. Тутаева, 2006; А.Б. Ситель, 1990; Г.М. Кушнер, 1981). Примерно в 40% наблюдения мела место венопатия, что коррелировало с клиническими данными о внутриглазном давлении. У одного пациента была диагностирована анизокория. Но ни в одном из наблюдений не было установлено патологии диска зрительного нерва.

Рентгенологическое исследование шейного отдела позвоночника подтвердило в каждом наблюдении наличие нестабильности, но количество смещенных позвонков, направление и протяженность их смещения могла быть различной. Так, в позе сгибания нестабильность была представлена примерно в равных соотношениях смещением шейных позвонков вперед или назад. В положении разгибания она наиболее часто была представлена смещением позвонков кзади. А нестабильность, диагностированная в обеих функциональных позах, чаще всего встречалась в виде смещения позвонков кзади или их комбинированным смещением.

При выполнении функциональных проб наиболее часто отмечено одновременное смещение 2х позвонков. Смещение одного позвонка или трех позвонков одновременно отмечено несколько реже.

Функциональная рентгенография шейного отдела позвоночника показала наиболее частое формирование нестабильности CIII и CIV позвонков. По данным литературы, зоной наибольшей функциональной активности является CIII-IV позвонково-двигательный сегмент. МРТ шейного отдела позвоночника установила наиболее частое формирование патологии межпозвонкового диска в CV-VI позвонково-двигательном сегменте, что согласовалось с данными литературы. В нашем исследовании так же были клинические случаи, когда в зоне нестабильного позвонково-двигательного сегмента диагностировали патологию межпозвонкового диска.

Но были и такие пациенты, у которых в зоне нестабильных позвонково-двигательных сегментов не удавалось диагностировать патологию межпозвонкового диска. Результаты исследования церебральной гемодинамики с помощью скрининговой доплерографии показали, что у обследованных пациентов с интактный каротидный кровоток во всех клинических наблюдениях и в среднем в группе. Артериальный кровоток в позвоночных артериях в среднем в группе был на нижней границе нормы.

При этом нормативный кровоток в диагностировали более чем в 30% наблюдений. Но у 19,9% пациентов он был физиологичным и исходно, и после выполнения функциональных проб с поворотами головы. А у 12,9% пациентов функциональные нагрузки выявили вертеброгенное влияние на позвоночные артерии. Почти у 40% пациентов коростные показатели были снижены, в ряде наблюдений менее 30 см/сек. в малом % наблюдений удалось диагностировать спазм позвоночных артерий, при котором показатели ЛСК сист. превысили 50 см/сек. Асимметричный кровоток установлен в 22,7% наблюдений.

Дуплексное сканирование подтвердило результаты скрининговой доплерографии. В 19,9% наблюдений кровотока в каротидном и вертебро-базиллярном бассейнах были адекватными как со стороны артериального притока, так и венозного оттока, кроме того, морфологических изменений со стороны сосудов обоих бассейнов диагностировано не было. Тем не менее, ДС показало высокий процент пациентов с вертеброгенным влиянием шейных позвонков на V2-сегмент позвоночных артерий и непрямолинейный ход в канале отверстий поперечных отростков шейных позвонков, который не носил гемодинамически значимого характера. Более чем у 5-ой части пациентов выявлено атеросклеротическое поражение каротидных сосудов, которое также не имело гемодинамической значимости. Аномалии со стороны позвоночных артерий (гипоплазия) и их входа в канал отмечены лишь в 3,6% наблюдений.

Мы проанализировали зависимость ЛСК сист. от степени смещения шейных позвонков и получили достоверные данные для пациентов со смещением до 3 мм. Было показано, что чем больше смещение, тем реже встречается физиологичный кровоток в позвоночных артериях. У пациентов со смещением более 3 мм не удалось установить достоверной зависимости, т.к. эти пациенты были менее многочисленными в нашем исследовании.

Также мы оценили скоростные показатели кровотока в зависимости от диаметра позвоночных артерий, но не получили достоверных результатов, что указывает на независимость кровотока от поперечного сечения сосуда.

Мы оценили изменения ЛСК сист. в позвоночных артериях на протяжении V2- и V3-сегментов. У четвертой части пациентов она соответствовала норме. Более чем у половины обследованных пациентов скоростные показатели кровотока были физиологичными на уровне V2 – сегмента и снижались к V3-сегменту. У 15% пациентов ЛСК сист. была низкой в обоих сегментах позвоночных артерий, при этом показатели менее 30 см/сек. с обеих сторон в V2-сегменте несколько нарастали в V3-сегменте, но оставались ниже физиологичных значений. У 6,7% обследованных был диагностирован асимметричный кровоток в V2- сегменте, который сохранялся и на уровне V3-сегмента.

Учитывая, что нестабильность шейного отдела позвоночника может стать причиной паравертебральной венозной дисциркуляции, мы оценили венозный отток по паравертебральным венозным сплетениям. Дуплексное сканирование показало расширение паравертебральных венозных сплетений у 104 пациентов с затруднением венозного оттока. По амплитуде венозного потока удалось установить, что более чем у 80% обследованных венозная дисциркуляция носила умеренный характер.

Учитывая, что венозная дисциркуляция может стать причиной внутричерепной гипертензии, мы выполнили всем пациентам с нестабильностью шейного отдела позвоночника ЭхоЭГ. Исследование показало наличие гипертензионного синдрома у 138 пациентов. При этом в 72 наблюдениях причиной тому послужила венозная дисциркуляция, а у 66 обследованных установить причину повышения внутричерепного давления не удалось, т.к. мы не диагностировали паравертебральной венозной дисциркуляции у этих пациентов. Однако и проведенное МРТ на уровне головы и шеи не выявило иных причин для формирования синдрома внутричерепной гипертензии.

ЭхоЭГ показала, что наиболее часто синдром внутричерепной гипертензии носил легкий или умеренный характер и у этих пациентов она не повлияла на церебральную гемодинамику. А у пациентов с выраженной внутричерепной гипертензией было отмечено достоверное снижение систолической ЛСК в обеих позвоночных артериях по сравнению с нормой независимо от наличия или отсутствия паравертебральной венозной дисциркуляцией.

Заключение

Подводя итоги нашей работы, мы предложили алгоритм обследования пациентов с нестабильностью шейного отдела позвоночника. При наличии у этих пациентов клинических признаков недостаточности мозгового кровообращения и рентгенологическом подтверждении нестабильности ШОП мы предлагаем выполнять скрининговую доплерографию. Если ультразвуковые методы диагностики не выявляют гемодинамических отклонений в обоих сосудистых бассейнах, необходимо прибегнуть к ЭЭГ. Если данный метод исследования не выявляет косвенных признаков НМК, то пациентам дают традиционные рекомендации, если все же удастся диагностировать НМК, то этим пациентам необходимо рекомендовать вазоактивную терапию. Если же скрининговая доплерография, а далее и ДС подтверждает наличие гемодинамических отклонений со стороны артериального или венозного звена ВС, то в зависимости от установленного патогенетического механизма ВБН будет предложена медикаментозная терапия. По окончании курса лечения рекомендовано провести контрольное исследование мозгового кровотока для оценки адекватности подобранной терапии и длительности ее применения.

Для своевременной диагностики и нестабильности шейного отдела позвоночника и гемодинамических расстройств в вертебро-базиллярной системе, как результата синдрома дисплазии соединительной ткани, также для предупреждения декомпенсации мозгового кровотока при выполнении медицинских пособий, необходима преемственность врачей разных специальностей.