

МАТЕРИАЛЫ III СЪЕЗДА НЕВРОЛОГОВ И ПСИХИАТРОВ
СРЕДНЕВОЛЖСКОГО НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО КЛАСТЕРА ПФО

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ НЕВРОЛОГИИ И ПСИХИАТРИИ

28-29 НОЯБРЯ 2019 ГОДА

НИЖНИЙ НОВГОРОД, ПР-Т ГАГАРИНА, 27
ГК «ОКА»



Министерство здравоохранения
Нижегородской области



Саратовский государственный
медицинский университет



*III Съезд неврологов и психиатров Средневолжского научно-образовательного медицинского кластера Приволжского федерального округа
«Актуальные вопросы клинической неврологии и психиатрии»
28-29 ноября 2019 года
г. Нижний Новгород*

Редакционная коллегия:
Е.А. Антипенко, Г.Е. Шейко

Представлены материалы научных исследований по актуальным вопросам клинической неврологии и психиатрии. Предназначено для врачей неврологов, детских неврологов, психиатров, научных сотрудников, ординаторов и аспирантов
Материалы печатаются в авторской редакции. За достоверность опубликованных авторами данных издательство и редакционная коллегия ответственность не несет.

СОДЕРЖАНИЕ

Белова Л.А., Машин В.В., Моисеев М.Ю., Белов Д.В. МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНЫЕ ПРИЗНАКИ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ.....	6
Белова Л.А., Машин В.В., Моисеев М.Ю., Белов Д.В. МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ СТАДИЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕЛОПАТИИ	7
Григорьева А.В. АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА М-ТОР ЭВЕРОЛИМУСОМ В ЛЕЧЕНИИ ЭПИЛЕПСИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ТУБЕРОЗНЫМ СКЛЕРОЗОМ... 8	
Зарипова А.И., Хузина Г.Р. КИСТОЗНЫЕ АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ЗАДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ И МИГРЕНЬ	9
Казакова Л.В., Абаджиди Д.Е., Рыхтик П.И., Ким Е.Р., Миронова Е.И., Павлова Е.А., Павлов С.С., Шелкова Н.В. НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ	10
Катин А.А. ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В РАМКАХ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ В СЕЛЬСКИХ РАЙОНАХ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ	12
Кириллов Н.А. ПРОБЛЕМА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ В ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ	18
Комшина К.С. ЗНАЧИМОСТЬ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПРОВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА В ФОРМИРОВАНИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧЕМ.....	19
Кушбанов К.А., Шпагин М.В., Юлин В.С. КЛИНИКО-НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ БОЛЬНЫХ С ЦЕФАЛГИЯМИ.....	21
Машин В.В., Белова Л.А., Прошин А.Н., Белов Д.В. СТРУКТУРА ИНТРАКРАНИАЛЬНЫХ ВЕН И УПРУГО-ВЯЗКОСТНЫЕ СВОЙСТВА МЕМБРАН ЭРИТРОЦИТОВ ПОДРОСТКОВ С СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ.....	22

Машин В.В., Белова Л.А., Прошин А.Н., Белов Д.В. ЦЕРЕБРАЛЬНАЯ ВЕНОЗНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У ПОДРОСТКОВ С СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ.....	23
Мунасипова С.Э., Залялова З.А., Хасанова Д.М. КОМОРБИДНОСТЬ ТИКОЗНЫХ ГИПЕРКИНЕЗОВ С ИМПУЛЬСИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ	24
Нуруллина Ч.С., Менделевич Е.Г. ДИНАМИКА ЕСТЕСТВЕННОГО ТЕЧЕНИЯ СИРИНГОМИЕЛИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С МАЛЬФОРМАЦИЕЙ КИАРИ.....	25
Прыгунова Т. М. ПРЕДИКТОРЫ ИСХОДА СИНДРОМА ВЕСТА	27
Пятойкина А.С., Семенов И.В. АССОЦИАЦИЯ БИОМАРКЕРОВ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА С НЕГАТИВНЫМИ И КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ. ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ N-АЦЕТИЛЦИСТЕИНА. ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ	28
Фомин С.В., Александрова Е.А., Паршина Е.В., Бородачева И.В. КЛИНИЧКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕБЮТОМ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ В НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ	30
Хафизова И.Ф., Галявиева А.Р. ЭКЗОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ РИСК РАЗВИТИЯ МИАСТЕНИИ ГРАВИС.....	31
Хаятова З.Г., Залялова З.А. ИСТОРИЯ ИЗУЧЕНИЯ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ДИСТОНИИ: ОТ ДРЕВНИХ ВРЕМЕН К СОВРЕМЕННОСТИ.....	32
Хегай О.В. ВЛИЯНИЕ НЕЙРОПЕПТИДА ГАЛАНИНА НА ВЕГЕТАТИВНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА	33
Царева И.С., Фомичев Д.С., Романов Д.В. ИССЛЕДОВАНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПОГРАНИЧНОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА	35
Ширяева А.В., Беляков К.М., Антипенко Е.А., Стрельцова О.С., Максименко Д.Д. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ МАГНИТНОЙ СТИМУЛЯЦИИ В ИССЛЕДОВАНИИ ПАТОЛОГИИ СРАМНОГО НЕРВА У ПАЦИЕНТОК С ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛЬЮ	36

Шпагин М.В., Юдин А.П., Кайгасов Э.П., Колесников М.В., Хуторская О.Ю.
КЛИНИКО-НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПАКАЗАТЕЛИ БОЛЬНЫХ С
ХРОНИЧЕСКИМИ БОЛЕВЫМИ СИНДРОМАМИ..... 37

Шулындин А.В., Антипенко Е.А.
ВЛИЯНИЕ НЕМОТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ НА УРОВЕНЬ ПОВСЕДНЕВНОЙ
АКТИВНОСТИ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ
ПАРАЛИЧЕМ (ДЦП)..... 38

МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНЫЕ ПРИЗНАКИ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Белова Л.А.¹, Машин В.В.¹, Моисеев М.Ю.^{1,2}, Белов Д.В.¹

¹ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

²ООО «Альянс клиник плюс», г. Ульяновск

Актуальность. Гипертоническая дисциркуляторная энцефалопатия (ГДЭ) характеризуется гетерогенностью клинических, нейровизуализационных и гемодинамических показателей. Установлено, что клиническая картина ГДЭ зависит не только от стадии заболевания, но и от наличия либо отсутствия конституциональной венозной недостаточности (КВН). Определен патогенетический подтип ГДЭ – с КВН. Однако, в рамках концепции КВН не рассматривается роль конституциональных особенностей строения церебральной венозной системы в формировании клинической картины ГДЭ.

Цель. Определить МР – признаки КВН у пациентов с ГДЭ.

Материалы и методы. Обследовано 132 пациента с ГДЭ, находившихся на лечении в неврологическом для больных с нарушением мозгового кровообращения ГУЗ ЦК МСЧ г. Ульяновска. В числе обследованных 47 мужчин в возрасте от 41 до 75 лет (средний возраст $56 \pm 11,4$ лет) и 85 женщин в возрасте от 46 до 76 лет (средний возраст $59 \pm 10,6$ лет). Средний возраст всех больных составил $60 \pm 10,7$ лет. Все пациенты страдали гипертонической болезнью с длительностью заболевания более 5 лет ($11,2 \pm 7,2$ лет).

Пациенты разделены на группы по стадиям ГДЭ в соответствии с классификацией Научного центра неврологии (1985).

Клинические проявления у 37 (28,1%) пациентов соответствовали ГДЭ I стадии, у 51 (38,6%) пациентов - ГДЭ II стадии, у 44 (33,3%) пациента - ГДЭ III стадии.

Группу контроля (ГК) составили 30 человек с нормальным уровнем артериального давления, средний возраст $49,4 \pm 10,3$ лет.

Также выделены группы пациентов в зависимости от наличия или отсутствия КВН: пациенты с КВН и без КВН. Из всех больных группу с КВН составили 79 человек (59,8%) В группу без КВН вошли 53 человека (40,2%). Магнитно-резонансная томография проводилась на аппарате Siemens Magnetom Symphony (1,5 Тесла).

Результаты. В группе КВН по сравнению с группой без КВН на всех стадиях ГДЭ и ГК гипоплазия поперечных и сигмовидных синусов встречалась достоверно чаще ($p < 0,05$). Гипоплазия поперечных и сигмовидных синусов встречалась одинаково часто в группе НФ и ГК ($p > 0,05$).

Поверхностные вены мозга (в том числе вены Roland, Trolar, Labbe) у пациентов группы с КВН были статистически значимо шире по сравнению с ГК и группы без КВН во всех стадиях ГДЭ, при этом расширение нарастало во II и III ст. ГДЭ по сравнению с I ст. ($p < 0,05$; $p < 0,05$).

В группе КВН ГДЭ III ст. установлено увеличение по сравнению с ГК и без КВН ГДЭ III ст. размеров вены Галена ($p < 0,05$; $p < 0,05$).

Тромбозы поперечных и сигмовидных синусов в хронической стадии были визуализированы только в группах с КВН ГДЭ III ст. (6) и КВН ГДЭ II ст. (1): 2 тромбоза кавернозных синусов (33,3%), 4 тромбоза правого поперечного синуса (50%) и 1 тромбоз

левого поперечного синуса (16,7%). Острых тромбозов внутричерепных синусов выявлено не было.

Выводы. У пациентов с ГДЭ и клиническими проявлениями КВН достоверно чаще визуализированы МР-признаки церебральной венозной дисциркуляции: расширение поверхностных мозговых вен и вены Галена, варианты строения поперечных и сигмовидных синусов (гипоплазия), хронические тромбозы синусов.

МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ СТАДИЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

Белова Л.А.¹, Машин В.В.¹, Моисеев М.Ю.^{1,2}, Белов Д.В.¹

¹ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

²ООО «Альянс клиник плюс», г. Ульяновск

Актуальность. Цереброваскулярные заболевания (ЦВЗ) являются одной из наиболее актуальных медико-социальных проблем современной медицины, что связано с их большой распространенностью, высокой смертностью и тяжелыми последствиями. Наиболее распространенным и значимым модифицируемым фактором риска развития хронических цереброваскулярных заболеваний (ХЦВЗ) является артериальная гипертензия (АГ). Особое место среди ХЦВЗ занимает гипертоническая дисциркуляторная энцефалопатия (ГДЭ). В основе морфологических изменений при ГДЭ лежит микроангиопатия, приводящая к структурным изменениям белого вещества головного мозга, которые визуализируются при проведении МРТ. Однако, до настоящего времени отсутствует описание МР-признаков различных стадий ГДЭ.

Цель исследования. Определить нейровизуализационные корреляты различных стадий гипертонической дисциркуляторной энцефалопатии.

Материалы и методы. Объектом исследования явились 132 пациента с ГДЭ. Пациенты разделены на группы в зависимости от стадии ГДЭ. Всем больным проведено тщательное клиничко-неврологическое исследование и МРТ головного мозга на аппарате Siemens Magnetom Symphony, оснащенный сверхпроводящей магнитной системой с силой поля 1,5 Тесла. Оценивались очаговые (с учетом классификации F.Fazekas в модификации Н.Н. Яхно), диффузные (в соответствии с классификацией С. Liu и соавт.) и атрофические (по шкале А.М.Ж. MacLulich, размеры III желудочка и конвекситальных ликворных пространств, величина межъядерного показателя) изменения белого вещества головного мозга. Статистический анализ полученных результатов проводился с использованием пакета прикладных программ Statistica 8.0 и Excel.

Результаты. Очаговые изменения белого вещества головного мозга (от 0,52 на I стадии до 3,47 баллов на III стадии ГДЭ по количественной градации очаговых изменений с учетом классификации F.Fazekas в модификации Н.Н. Яхно) визуализируются у 87,9% больных ГДЭ с двухсторонним расположением очагов – у 79,5% пациентов. На I стадии ГДЭ очаговые изменения визуализировались преимущественно в белом веществе лобных долей и располагались субкортикально, на II стадии ГДЭ – в белом веществе лобных и теменных долей субкортикально и перивентрикулярно, а также в подкорковых ядрах и таламусах. Для III стадии ГДЭ характерна локализация очаговых изменений в лобных, теменных, височных, затылочных и островковых долях субкортикально и

перивентрикулярно, а также в субтенториальных структурах белого вещества головного мозга.

Диффузные изменения белого вещества головного мозга в виде лейкоареоза (от 0,41 на I стадии до 3,62 баллов на III стадии ГДЭ в соответствии с классификацией С. Liu и соавт.) определяются у 87,1% больных ГДЭ с преобладанием заднего лейкоареоза на I стадии ГДЭ (у 51,4% пациентов) и переднего лейкоареоза на II и III стадиях данного заболевания (у 49,0% и 59,1% больных соответственно).

Атрофические изменения белого вещества головного мозга выявляются в виде расширения периваскулярных пространств (от 0,37 на I стадии до 2,88 баллов на III стадии ГДЭ по шкале А.М.І. MacLulich) – у 75,8% больных, увеличения размеров III желудочка (от 4,4 на I стадии до 9,2 мм на III стадии ГДЭ) - у 64,4% пациентов с ГДЭ, расширения конвекситальных ликворных пространств (от 4,0 на I стадии до 9,8 баллов на III стадии ГДЭ) - у 78,0% больных с ГДЭ и нарастании МП (от 10,5 на I стадии до 16,2 % на III стадии ГДЭ) – у 52,3% пациентов.

Выводы. По мере прогрессирования ГДЭ нарастают признаки церебральной микроангиопатии в виде очаговых и диффузных изменений белого вещества головного мозга, а также меняется их преобладающая локализация.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА М-ТОР ЭВЕРОЛИМУСОМ В ЛЕЧЕНИИ ЭПИЛЕПСИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ТУБЕРОЗНЫМ СКЛЕРОЗОМ

Григорьева А.В.

Научно-исследовательский клинический институт педиатрии ФГАОУ «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России

Введение. Туберозный склероз (ТС) – генетически детерминированное заболевание, с аутосомно-доминантным типом наследования, характеризующееся полисистемным поражением. Основным клиническим признаком заболевания является возникновение доброкачественных опухолей (гамартом) в любой системе органов. Поражение нервной системы доминирует в клинической картине ТС. Эпилепсия отмечается у 80–92 % больных. АЭП являются лишь частично эффективными при эпилептических приступах, ассоциированных с ТС. В экспериментальных моделях туберозного склероза за ингибитор mTOR рапамицин продемонстрировал хороший противоопухолевый эффект. Эксперименты показали, что применение рапамицина и его производного эверолимуса приводило не только к нормализации размеров клеток головного мозга, а так же был обнаружен противосудорожный эффект.

Цель исследования. Провести оценку эффективности дополнительной терапии препаратом эверолимуса в лечении эпилепсии у пациентов с ТС.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезней пациентов, госпитализированных с эпилепсией при ТС в отделение психоневрологии НИКИ педиатрии в период с ноябрь 2016 года по декабрь 2018 года ретроспективно проведен анализ эффективности лечения эпилепсии пациентов старше 1 года с неоперабельными СЭГА диаметром ≥ 1 см и с АМЛ почек диаметром ≥ 3 см, у пациентов ≥ 18 лет и так же по показаниям фармакорезистентной эпилепсии препаратом эверолимусом у 89 пациентов.

Из них 64 пациента препарат был назначен по показанию СЭГА, 8 пациентов – АМЛ почек, 17 - фармакорезистентной эпилепсией. Препарат назначается из расчета средней терапевтической дозы – 8 мг/м².

Средний возраст назначения препарата -7,9 лет. В возрасте от 2-6 лет n=49(55%); 7-11 лет n=21 (23,6%); 12-18 лет n= 15 (16,9%); >18 n=4 (4,5%). Среди них мальчиков было 45(50,6%), девочек 44 (49,4%). У большинства пациентов приступы были фокальные 60(67,4%), эпилептические спазмы 29(32,6%). Развитие побочных эффектов происходило в первый год приема препарата. Наиболее частые побочные явления у пациентов - был стоматит.

Наиболее неблагоприятные события отмечались в виде развития пневмонии (2,2%). У 10,1% пациентов, побочных проявлений на прием препарата не отмечалась вовсе.

Результаты. Применение эверолимуса позволило добиться исчезновения приступов у 11 (12,3%).

Сокращение приступов на 50 % и более у 18(20,2%), сокращение приступов менее 50 % всего 13(14,6%). Таким образом несмотря на то что препарат был назначен по показанию СЭГА , АМЛ, он тем не менее оказывал значительное влияние на уменьшение количества приступов от исходного уровня. Эверолимус существенно расширяет возможности врача в лечении фармакорезистентной эпилепсии при ТС. В настоящее время лечение эверолимусом относится к новым подходам терапии эпилепсии у пациентов с ТС.

КИСТОЗНЫЕ АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ЗАДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ И МИГРЕНЬ

Зарипова А.И.², Хузина Г.Р.¹

¹ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России

²ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России

Кистозные аномалии развития задней черепной ямки (ЗЧЯ) представляют собой фенотипически - разнородную группу структурных поражений головного мозга генетического и дисэмбриогенетического характера. Клинический полиморфизм свойственный пациентам с данной морфологической патологией включает в себя такие синдромы как: мигрень, мигренеподобные пароксизмы, эпилептические синдромы, симпато - адреналовые расстройства часто сопряженные с сосудистыми нарушениями, мозжечковые расстройства. Мигрень - форма головной боли, как правило, локализована в одной половине головы, имеет пульсирующий характер и длится от 2 до 72 часов. Клинические проявления кистозных аномалий развития ЗЧЯ по данным литературы не имеют четких фенотипических характеристик. В этой связи, исследование неврологических проявлений при верифицированных кистозных аномалиях ЗЧЯ является очень актуальным, позволяет охарактеризовать широкое разнообразие клинических неврологических проявлений (в т.ч. пароксизмальные синдромы), достоверно ассоциированных с МРТ - верифицированными кистозными феноменами задней черепной ямки. Учитывая высокое

фенотипическое разнообразие как клинических, так и нейровизуальных вариантов кистозных аномалий развития ЗЧЯ, выявление достоверных клинических и/или нейровизуальных вариантов данного заболевания, имеет большое научное и прикладное значение.

Целью исследования было выявление достоверных клинических характеристик у больных с кистозными аномалиями ЗЧЯ и мигренью.

Для обследования были отобраны 24 больных с выявленными МРТ-верифицированными морфологическими изменениями головного мозга в форме кистозных аномалий ЗЧЯ сопровождающиеся с такими синдромами как: мигрень, мигренеподобные пароксизмы. Данное проводимое обследование включало: исследование жалоб, анамнестический, клинический, инструментальный, нейровизуализационный (магнитно-резонансная томография головного мозга в режимах в режиме DWI, Flair, F1, F2, бесконтрастная МРА), лабораторный (общеклинический, биохимический анализы, исследование электролитов), статистический анализы.

Обследованная группа больных включала 24 больных в возрасте от 20-60 лет. У всех пациентов данной исследуемой группы были выявлены МРТ-верифицированные морфологические изменения головного мозга в форме кистозных аномалий ЗЧЯ. По данным анализа клинических проявлений у 62,5% пациентов отмечались мигреноподобные пароксизмы, 50% наблюдали эпилептические синдромы. Также у 37,5% пациентов были выявлены изменения на ЭЭГ в виде очага эпиактивности подкорковых локализаций, в лимбических структурах, в височной и затылочно-теменной областях. По итогам неврологического обследования показало в 25% легкую степень координаторных расстройств и сохранность координаторной сферы в 75% больных.

Проведенный клинико-нейровизуализационный корреляционный анализ полученных клинических неврологических особенностей и МРТ-верифицированных кистозных аномалий развития ЗЧЯ позволяет выделить два клинических течения заболевания с единым патологическим механизмом: 1. Кистозные аномалии развития ЗЧЯ с мигренеподобными пароксизмами, 2. Кистозные аномалии развития ЗЧЯ с эпилептическими синдромами. Выявленные пароксизмальные синдромы, ассоциированные с кистозными аномалиями развития ЗЧЯ, позволят определить категории пациентов групп риска в части развития генерализованной идиопатической эпилепсии и предложить мероприятия по первичной профилактике неврологических проявлений.

НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Казакова Л.В.¹, Абаджиди Д.Е.¹, Рыхтик П.И.¹, Ким Е.Р.¹, Миронова Е.И.², Павлова Е.А.¹, Павлов С.С.¹, Шелкова Н.В.¹

¹ ФБУЗ "Приволжский окружной медицинский центр" ФМБА России

² ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет»
Минздрава России

В настоящее время особую актуальность приобретает проблема ранней нейробиологической диагностики болезни Паркинсона (БП). В связи с этим все больше внимания уделяется различным вариантам прижизненной нейровизуализации — магнитно-

резонансной томографии (МРТ), позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ), однако малодоступность и дороговизна данных методик, недостаточная чувствительность и специфичность выявленных изменений головного мозга диктуют необходимость применения современных нейробиологических исследований, в первую очередь ультразвукового сканирования структур головного мозга — транскраниальной сонографии (ТКС).

Особенностью представленного клинического наблюдения пациента являлись медленно прогрессирующие экстрапирамидные нарушения в виде акинетико-ригидного синдрома с выраженной постуральной неустойчивостью на фоне выраженного когнитивного дефицита. Отсутствие тремора покоя, анамнеза, свидетельствующего об одностороннем начале заболевания, прогрессирование когнитивных нарушений, наличие сосудистых факторов риска требовали дифференциальной диагностики синдрома и болезни Паркинсона с использованием методов нейровизуализации.

По данным МРТ головного мозга (1,5 Тесла), в белом веществе больших полушарий мозга визуализировались единичные мелкие очаги до 2,5 мм повышенной интенсивности сигнала на T2ВИ, FLAIR, расположенные субкортикально и паравентрикулярно. Срединные структуры головного мозга не были смещены. Желудочковая система сформирована правильно; боковые желудочки асимметричны, D<S; III желудочек неравномерно расширен до 10 мм; IV желудочек сохранял свою форму и размеры; возле боковых желудочков визуализировались перивентрикулярные зоны лейкоареоза, неоднородность на T2ВИ от ножек срединного мозга. Миндалины мозжечка расположены на обычном уровне. Краниовертебральный переход без особенностей. Кортикальные борозды умеренно диффузно неравномерно расширены; наиболее выражено расширение латеральных борозд (до 15 мм).

Сонографическое исследование проводилось согласно разработанному международному стандарту проведения обследования при экстрапирамидных расстройствах через височное акустическое окно по орбитомеатальной линии в преаурикулярной области с двух сторон в аксиальной плоскости сканирования. Измерение площади гиперэхогенности черной субстанции (ГЧС) проводили путем обводки вручную этой области с последующим автоматическим расчетом площади. Обнаружено диагностически значимое увеличение площади ГЧС до 32 см² и расширение III желудочка до 6мм.

Таким образом, у данного пациента диагностика БП осуществлялась не только клинически, но и на основе доступного неинвазивного нейросонологического исследования. Широкое использование ТКС с оценкой площади черной субстанции и величины III желудочка позволит глубже понять патогенетические аспекты формирования заболевания, поможет в дифференциальной диагностике БП и назначению своевременного лечения.

ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В РАМКАХ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ В СЕЛЬСКИХ РАЙОНАХ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Катин А.А.

ГБУЗ «Самарский областной наркологический диспансер», ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России

Аннотация. В сельских районах Самарской области, как и в регионе в целом, с 2015 по 2018 годы отмечалось существенное снижение эпидемиологических показателей, характеризующих наркологическую ситуацию. Так, отмечалось снижение показателей общей и первичной заболеваемости по всем нозологическим формам (алкоголизм, включая алкогольные психозы, наркомания, пагубное употребление алкоголя и наркотиков без синдрома зависимости). В данной публикации проводится обзор динамики эпидемиологических показателей наркологических заболеваний, а также рисков их развития, по данным диспансеризации сельского населения Самарской области. Также изучена взаимосвязь эпидемиологических показателей и факторов риска развития наркологических заболеваний, выявленных в ходе диспансеризации взрослого населения Самарской области.

Ключевые слова: распространенность, заболеваемость, наркологические заболевания, сельская местность, диспансеризация.

Введение. Актуальность проблемы алкоголизации и наркотизации населения отражена в Концепции развития здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года. Разработка новых, более эффективных методов и форм деятельности здравоохранения в области профилактики наркологических заболеваний является одной из наиболее важных задач научных исследований.

Одним из механизмов раннего выявления наркологических расстройств может являться диспансеризация взрослого населения. С апреля 2015 года порядок проведения диспансеризации взрослого населения определен Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 февраля 2015 г. № 36ан "Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения». Диспансеризация направлена на выявление и коррекцию основных факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета, злокачественных новообразований (повышенный уровень артериального давления, дислипидемия, повышенный уровень глюкозы в крови, **курение табака, употребление алкоголя и других психоактивных веществ**, нерациональное питание, низкая физическая активность, избыточная масса тела или ожирение) в РФ»(3,6). Таким образом, предполагается, что выявление факторов риска употребления психоактивных веществ, должно способствовать ранней диагностике наркологических заболеваний.

Диспансеризации взрослого населения проводится в два этапа. Как известно, выявление у граждан признаков хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, осуществляется в рамках первого этапа диспансеризации.

Для этого, в соответствии с методическим рекомендациям утвержденным главным специалистом по профилактической медицине Минздрава России, Бойцовым С.А.,

используются анкеты AUDIT, для определения факторов риска злоупотребления алкоголем и скрининг-тест на употребление наркотиков и психотропных веществ DAST.

Цель исследования. Провести анализ степени взаимосвязи выявленных по итогам диспансеризации сельского населения Самарской области факторов риска потребления алкоголя и наркотиков, и основных эпидемиологических показателей наркологических заболеваний в сельских районах Самарской области с 2015-2018годы.

Материалы и методы исследования. В работе использованы материалы официальной статистической отчетности Самарского областного медицинского информационно-аналитического центра (МИАЦ) и Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Самарской области (Самарстат) за 2015 – 2018 годы, а также база данных областного наркологического диспансера и статистические отчетные формы №11 «Сведения о заболеваниях наркологическими расстройствами», №37 «Сведения о больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией». Также использованы результаты диспансеризации сельского населения Самарской области с 2015-2018 годы, с факторами риска алкоголизации и наркотизации. Для определения факторов риска алкоголизации использовалась анкета AUDIT, в которой имеется 3 диагностических блока вопросов, необходимых для комплексной оценки рисков употребления спиртных напитков. Для определения факторов риска наркотизации использовался скрининг-тест на употребление наркотиков и психотропных веществ DAST включающий в себя 10 вопросов. Каждый положительный ответ на вопросы оценивается в 1 балл, кроме вопроса N3, в котором ответ «нет» оценивается в 1 балл, от количества набранных баллов зависит оценка факторов риска развития зависимости от наркотических и психотропных веществ. Для оценки степени взаимосвязи числа лиц с выявленными в ходе диспансеризации факторами риска развития наркологических расстройств и эпидемиологическими данными, отражающими распространенность наркологических расстройств в районах Самарской области, использовался коэффициент корреляции Спирмена (1). Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью пакета SPSS-22.

Результаты исследования и их обсуждение. Выраженная тенденция по снижению эпидемиологических показателей, отражающих тяжесть наркологической ситуации, типичная для большинства регионов России (4,5), также характерна для сельских районов Самарской области. Так, количество зарегистрированных больных алкоголизмом, алкогольными психозами и наркоманиями сельских районов Самарской области сократилась с 1065,9 (на 100 тысяч населения) в 2015 году, до 634,2 в 2018 году (снижение на 40,5 %). Основное количество пациентов, зарегистрированных в изучаемый период – это больные алкоголизмом, алкогольными психозами (84,6% от общего числа зарегистрированных). На больных наркоманией и лиц, злоупотребляющих наркотиками, пришлось 15,4%.

Общая заболеваемость

Динамика общей заболеваемости наркологических расстройств в районах Самарской области можно проследить на диаграмме № 1.

Диаграмма № 1



Количество зарегистрированных пациентов с синдромом зависимости от алкоголя среди сельского населения Самарской области сократилось с 893,07 на 100 тыс. населения в 2015 году, до 533,11 в 2018 году (снижение показателя на 40,3 %). Обращает на себя внимание существенный разброс показателя числа зарегистрированных больных алкоголизмом в районах Самарской области. Так, максимальный показатель превышает минимальный в более чем 30 раз.

Наиболее высокие показатели числа зарегистрированных больных алкоголизмом в 2018 году наблюдались в Кинель - Черкасском (45,47 на 100 тыс. человек населения), Красноярском (41,08) и Ставропольском районах Самарской области (37,51). Наименьшие значения числа зарегистрированных пациентов отмечались в Елховском (1,42), Хворостянском (2,02) и Большечерниговском районах (2,49).

Количество зарегистрированных пациентов с синдромом зависимости от наркотиков среди сельского населения Самарской области сократилось с 142,89 на 100 тыс. населения в 2015 году, до 84,54 в 2018 году (снижение показателя на 40,9%). Наиболее высокие показатели числа зарегистрированных пациентов с синдромом зависимости от наркотиков наблюдались в Кинельском (15,1 на 100 тыс. человек населения), Похвистневском (12,1) и Красноярском (10,1) районах Самарской области. Наименьшие значения отмечались в Приволжском (0), Хворостянском (0) и Шенталинском районах (0,23).

Первичная заболеваемость

Динамика первичной заболеваемости алкоголизмом и наркоманией представлена на диаграмме №2

Диаграмма № 2



Первичная заболеваемость алкоголизмом (включая алкогольные психозы) в сельских районах Самарской области сократилась с 56,34 (на 100 тысяч населения) в 2015 году до 45,71 в 2018 году (снижение показателя на 19,6 %).

Наиболее высокие показатели первичной заболеваемости алкоголизмом в 2018 году наблюдались в Волжском (5,6 заболеваний на 100 тыс. жителей), Красноармейском (3,3), Кинель-Черкасском районах (3,4) Самарской области, что превышает средние показатели по сельским районам более чем в два раза. Наименьшие значения отмечались в Елховском (0), Безенчукском (0,23), Большеглушицком районах (0,23).

Наиболее высокие показатели частоты алкогольных психозов в 2018 году наблюдались в Ставропольском (2,5 на 100 тыс. жителей), Волжском (2,1) и Кинель-Черкасском районах (1,5) Самарской области. Наименьшие значения отмечались в Безенчукском, Клявлинском и Нефтегорском районах (психозы не регистрировались).

Первичная заболеваемость наркоманией в сельских районах Самарской области сократилась с 21,55 (на 100 тысяч населения) в 2015 году до 14,01 в 2018 году (снижение показателя на 33,3 %). Наибольший показатель первичной заболеваемости синдромом зависимости от наркотиков в сельских районах отмечается в Волжском (2,8 на 100 тыс. человек населения), Похвистневском (2,25) и Кинельском районах (2,01) Самарской области. Не регистрировались первичные случаи заболевания в 2018 году в Большечерниговском, Иса克林ском и Клявлинском районах.

Диспансеризация

Проведение диспансеризации определенных групп взрослого населения осуществляется согласно методическим рекомендациям, утвержденным Министерством здравоохранения России (2).

Для определения факторов риска злоупотребления алкоголем и наркотиками, на первом этапе диспансеризации используются анкеты AUDIT, и скрининг-тест на употребление наркотиков и психотропных веществ DAST. В данной публикации используются результаты, полученные в ходе диспансеризации сельского населения

Самарской области с 2015 по 2018 годы.

Динамика выявленных факторов риска злоупотребления алкоголем, жителями сельских районов Самарской области представлена в таблице № 1

Таблица №1

	2015г.	2016г.	2017 г.	2018 г.
Количество лиц, прошедших диспансеризацию в районах Самарской области	133244	129037	118510	118616
Процент выполнения плана диспансеризации	92,9	93	94,4	95,6
Число лиц, с выявленными факторами риска потребления алкоголя	1434	1315	1600	1299
Доля лиц с выявленными факторами риска потребления алкоголя (%)	1,08	1,02	1,35	1,10
Выявляемость фактора риска потребления алкоголя (на 100 тыс.населения)	172,62	157,61	190,83	154,23
Число лиц, с выявленными факторами риска потребления наркотиков	205	50	90	79
Доля лиц с выявленными факторами риска потребления наркотиков (%)	0,15	0,04	0,08	0,07
Выявляемость фактора риска потребления наркотиков (на 100 тыс.населения)	24,68	5,99	10,73	9,38

Приведенные в таблице №1 данные свидетельствуют: при достаточно высоком проценте охвата диспансеризацией сельского населения Самарской области, доля лиц с выявляемыми факторами риска потребления алкоголя на протяжении изучаемого периода остается относительно стабильной (1,02 – 1,10 % населения). Проведенные ранее оценки латентности хронического алкоголизма предполагают, что в России страдают хроническим алкоголизмом около 2,5% населения (3). Таким образом, можно предположить, что в ходе диспансеризации в сельских районах в результате анкетирования о проблемах с алкоголем указывает чуть менее половины лиц, имеющих подобные проблемы.

В 2018г наибольшие показатели доли выявленных лиц склонных к употреблению алкоголя прослеживались в Большечерниговском (5,57%), Елховском (5,18%), Кинель-Черкасском (1,85%) районах Самарской области. Районами с наименьшей долей выявленных факторов риска потребления алкоголя стали: Красноярский (0,15%), Пестравский (0,36%) и Хворостянский (0,36%) районы Самарской области.

В отношении выявления факторов риска потребления наркотиков в сельских районах, необходимо отметить, что в 2017 – 2018 годах отмечалась стабилизация доли выявленных лиц (0,08 – 0,07 % от всех прошедших диспансеризацию).

Районы с наибольшей долей выявленных в ходе диспансеризации лиц, склонных к употреблению наркотических веществ: Елховский (0,28%), Похвистневский (0,28%), Пестравский (0,27%) районы. Следует отметить, что в 11 районах области риск потребления наркотических веществ в 2018 году выявлен не был.

Обсуждение. Учитывая вышеизложенное, остается открытым вопрос: насколько итоги диспансеризации сельского населения (в части выявления факторов риска потребления алкоголя и наркотиков), отражают эпидемиологические показатели

III Съезд неврологов и психиатров Средневолжского научно-образовательного медицинского кластера Приволжского федерального округа

«Актуальные вопросы клинической неврологии и психиатрии»

28-29 ноября 2019 года

г. Нижний Новгород

распространенности наркологических расстройств в районах Самарской области.

Для выявления степени взаимосвязи выявленных в ходе диспансеризации факторов риска употребления алкоголя и наркотиков, с основными эпидемиологическими показателями проведен расчет коэффициента ранговой корреляции Спирмена по данным 2015 - 2018г.г.

Степень взаимосвязи выявленных факторов риска и основных эпидемиологических показателей представлена в таблице №2 для факторов риска связанных с употреблением алкоголя, и в таблице №3 для факторов риска употребления наркотиков.

Таблица №2

	Эпидемиологические показатели			
	Зарегистрировано больных алкоголизмом	Первичная заболеваемость алкоголизмом	Пролечено амбулаторно	Алкогольные психозы
2015год	-0,041	-0,112	-0,110	-0,114
2016год	0,162	0,452	0,150	0,452
2017год	0,656	0,501	0,667	0,513
2018год	0,212	0,196	0,042	0,261

Таблица №3

	Эпидемиологические показатели		
	Зарегистрировано больных наркоманией	Первичная заболеваемость наркоманией	Пролечено амбулаторно
2015год	0,185	0,189	0,015
2016год	0,529	0,333	0,348
2017год	0,397	0,322	0,310
2018год	0,447	0,516	0,179

Для таблиц № 1 и №2: Корреляция значима на уровне 0,01

Интерпретация результатов: При использовании коэффициента ранговой корреляции Спирмена условно оценивают тесноту связи между признаками, считая значения коэффициента равные 0,3 и менее - показателями слабой тесноты связи; значения более 0,4, но менее 0,7 - показателями умеренной тесноты связи, а значения 0,7 и более - показателями высокой тесноты связи. В таблицах № 1 и 2 выделены показатели с умеренной теснотой связи.

Выводы.

1. Выявлена отчетливая тенденция снижения основных эпидемиологических показателей, характеризующих наркологическую ситуацию в сельских районах Самарской области в период 2015 – 2018 г.г.
2. В течение изучаемого периода факторы риска потребления алкоголя и наркотиков по итогам диспансеризации в сельских районах Самарской области имели следующую динамику: выявленные факторы риска потребления алкоголя оставались на одном уровне (около 1 % населения, прошедших диспансеризацию); факторы риска потребления наркотиков имели тенденцию к снижению и

стабилизации в 2017 – 2018 годах (на уровне 0,07 – 0,08% населения, прошедших диспансеризацию).

3. По результатам оценки коэффициента корреляции Спирмена, не установлено высокой тесноты связи между числом выявленных в ходе диспансеризации факторов риска потребления алкоголя и наркотиков, с соответствующими основными эпидемиологическими показателями в районах Самарской области. Выявленная умеренной тесноты связь между числом выявленных в ходе диспансеризации лиц с риском потребления алкоголя и эпидемиологических показателей в 2017 году, скорее свидетельствует об особенностях проведения в указанном году диспансеризации, чем свидетельствует о наличии тесной связи, что требует дальнейшего изучения.
4. Достаточно интересным представляется оценка степени взаимосвязи числа выявленных в ходе диспансеризации лиц с факторами риска потребления алкоголя и наркотиков не только с эпидемиологическими, но и другими показателями: с числом лиц с острыми отравлениями алкоголем и наркотиками, числом лиц, умерших от хронической экзогенной интоксикацией, числом лиц, прошедшим стационарное лечение.

ПРОБЛЕМА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ В ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Кириллов Н.А.

ФГБОУ ВО «Марийский государственный университет»

По среднему показателю числа самоубийств среди молодежи 15-19 лет Россия занимает ведущее место в мире, превышая более чем в три раза средние общемировые значения. Процент суицидов в нашей стране среди подростков составляет от 18 до 20 на 100000 человек, что равноценно потере от 2500 до 3000 жизней в год. И это не конечные цифры, так как они не учитывают число тех, у которых причиной смерти обозначено «смерть от несчастного случая». При этом попыток самоубийства совершается значительно больше (в 10-20 раз от числа завершённых актов). По данным большинства исследователей, суицидальные мысли присутствуют более чем у половины девушек и трети юношей.

Среди остальных регионов Чувашская Республика занимает лидирующие позиции по суицидам. Здесь смертность от самоубийств среди детей и подростков до 17 лет в разные годы достигает 7-10% от всех причин смерти. Среди них доля городских жителей превышает 80%, а сельских – около 19%. И если среди взрослого населения по суицидам преобладают мужчины, то среди детей и подростков – девочки, которые способом ухода из жизни чаще выбирают отравление лекарственными препаратами, причем, большинство (85-90%) попыток самоубийства у них относится к категории демонстративных суицидов. При этом для мальчиков чаще характерны истинные суициды и другие способы ухода из жизни.

В целом, суициды по Чувашской Республике составляют 15-17% от общего числа причин, занимая второе место (после болезней органов систем кровообращения) среди остальных причин смертности вместе с травмами, отравлениями и некоторыми другими последствиями. Так, в одном Чебоксарском районе Чувашии с 2013 по 2018 гг. от

самоубийств ушло из жизни 619 мужчин и 466 женщин разных возрастов, что составляет 15,46% от общего числа всех причин.

Анализ совершаемых суицидов показывает, что наибольшее число суицидальных попыток среди детей и подростков совершается в весенние (март-апрель) и осенние (октябрь-ноябрь) месяцы, тогда как в летние (июнь-август) и зимние (декабрь-январь) месяцы, данные показатели приближаются к 1-3%. При этом среди взрослого населения попытки суицидов чаще можно наблюдать в летние месяцы (до 30%), особенно в августе (около 11%). Но в том и ином случае в конце каждого месяца наблюдается существенное повышение количества суицидов.

Наибольшее число попыток суицидальных попыток среди подростков фиксируется в понедельник (около 20%), а в течение дня – с 18 до 20 часов, тогда как в ночные и утренние часы суицидальная активность детей приближается к нулю. Связано это, видимо, с колебаниями утомляемости человека в вышеназванных временных периодах.

Как показывают результаты проведенных исследований, причинами высокой суицидальной активности чаще всего выступают: психоэмоциональная дезадаптация подростков из-за неравномерного распределения учебной нагрузки, что вызывает чрезмерную утомляемость школьников; различного рода социальные конфликты, вызывающие стрессовые состояния (например, конфликты в семье, с учителями, со сверстниками); влияние негативных форм молодежной субкультуры; развод или утрата родителей; неразделенная любовь; употребление психоактивных веществ; невысокий социальный статус или бедность.

Как видно из неполного списка причин самоубийств среди подростков, многие из них связаны с психическими травмами, которые ухудшают психическое состояние индивида и поэтому в профилактике суицидов центральное место занимает работа психолога, призванного координировать усилия родителей и учителей по предупреждению отклоняющегося поведения. Только таким образом мы сможем предупредить и сохранить уникальную единицу – жизнь отдельного ребенка.

ЗНАЧИМОСТЬ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПРОВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА В ФОРМИРОВАНИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧЕМ

Комшина К.С.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава
России

Актуальность работы. Детский церебральный паралич (ДЦП) является стабильным нарушением развития моторики и поддержания позы вследствие повреждения и/или аномалии развивающегося головного мозга у плода или новорожденного ребенка [1, 2, 3]. По данным мировой статистики 17 миллионов человек страдают ДЦП [2]. При этом боль у данных пациентов является существенной проблемой, по данным литературы 5-10% испытывают боль практически ежедневно, что ограничивает их повседневную активность [4]. Так как ДЦП является неизлечимым заболеванием, актуальность диагностики и лечения боли, составления тактики купирования различных ее видов сохраняется и после того, как пациенты переходят во взрослый возраст.

Цель работы. Определить особенности микроструктурных изменений проводящих путей белого вещества головного мозга с помощью ДТ-МРТ и трактографии у взрослых больных ДЦП, произвести клинико-инструментальное сопоставление полученных результатов.

Материал и методы исследования. Проведено обследование 20 взрослых пациентов с подтвержденным диагнозом ДЦП, установленным в детстве (12 мужчин, 8 женщин). Выделены 2 группы: основная - с наличием хронического болевого синдрома (14 человек) и контрольная - без хронического болевого синдрома (6 человек). Средний возраст пациентов составил 36 лет [18;53]. Уровни по GMFCS I-III (уровень I - 6 человек, уровень 2 – 8 человек, уровни III - 6 человек).

Пациентам проводилось исследование неврологического статуса, обследование с помощью клинических шкал (шкалы оценки двигательного дефицита MRC, модифицированных шкал Ашфорта и Тардье, шкалы Барри-Олбрайта, визуальной аналоговой шкалы, Русифицированного Мак-Гилловского болевого опросника (РМБО): сенсорной, аффективной и эвалюативной шкал, шкалы боли Bloechle, диагностического опросника нейропатической боли (DN4), Лидской шкалы оценки нейропатической боли (LANSS), госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), шкалы оценки нейропсихологического статуса (Моса), универсальной шкалы здоровья и инвалидности (МКФ), шкалы оценки активности жизнедеятельности Бартела).

Всем участникам исследования была проведена МР-томография головного мозга. Полученные данные обрабатывались в режиме диффузионно-тензорных изображений и трактографии. Получены показатели функциональной анизотропии и среднего коэффициента диффузии (ФА и СКД) с симметричных областей больших полушарий: по ходу кортико-спинальных трактов: в области прецентральной извилины, ножки мозга и заднего бедра внутренней капсулы; по ходу чувствительных проводящих путей: в области постцентральной извилины, заднего бедра внутренней капсулы, таламуса.

Результаты. При исследовании не обнаружено корреляций ФА и СКД спиноталамических путей с клинической формой заболевания, но данные показатели имели взаимосвязь с уровнем GMFCS. Интенсивность боли коррелировала с GMFCS ($R=0,45$, $p<0,01$). Таким образом, значительный моторный дефицит сопровождался интенсивным болевым синдромом, и это состояние имело анатомический субстрат в виде микроструктурных изменений в головном мозге.

СКД был выше у пациентов основной группы в сравниваемых областях по ходу сенсорных трактов и имел прямую положительную корреляцию с интенсивностью боли. Показатели ФА и интенсивности боли имели отрицательную корреляционную связь, более выраженную при исследовании ножек мозга, мозолистого тела, чем чувствительных путей. В таламусе, заднем бедре внутренней капсулы и постцентральной извилине, наоборот, наблюдалось повышение ФА у пациентов с болевым синдромом по сравнению с контрольной группой. Вероятно, это связано с усилением афферентации по сенсорным путям при наличии постоянных болевых стимулов. При этом было выявлено истончение путей болевой чувствительности у пациентов с хроническим болевым синдромом, коррелировавшее с его длительностью. При сравнении показателей выбранных областей на протяжении чувствительных путей на уровне таламуса ФА была наименьшей, а СКД - наибольшим ($p<0.01$).

Заключение. У взрослых пациентов с ДЦП выявляются распространенные поражения белого вещества головного мозга различной локализации. Диффузно-тензорную магнитно-резонансную томографию с оценкой состояния проводящих путей

головного мозга рекомендуется включать в обследование пациентов с ДЦП. Анализ таких показателей, как фракционная анизотропия (ФА) и средний коэффициент диффузии, (СКД), позволяет определить минимальные изменения проводников головного мозга и должен учитываться при определении уровня функционирования.

КЛИНИКО-НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ БОЛЬНЫХ С ЦЕФАЛГИЯМИ

Кушбанов К.А., Шпагин М.В., Юлин В.С.

ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №39»

В структуре болевых синдромов цефалгии занимают 3-е место: после болей в спине и суставных болей. Причиной являются более 100 болезней. Для лечения цефалгий медицина обладает большим арсеналом методов лекарственной терапии, физиотерапии.

Цель исследования. Оценить клинико-нейрофизиологические показатели больных с цефалгиями.

Материалы и методы. Клинические исследования проводились на клинической базе кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики Нижегородской государственной медицинской академии – ГБУЗ НО ОКБ им. Н.А. Семашко. Оценивались результаты озонотерапии 26 больных с диагнозом мигрень без ауры с редкими длительными пароксизмами (группа А) и 10 больных с головной болью напряжения (группа В).

Больным проводилось клинико-неврологическое, нейрофизиологическое, клинико-психологическое, нейроручевое обследования. В исследование цефалгического синдрома использовались: Анкета качества жизни при мигрени, SF-36, Индекс НИТ-6, LDQ, Индекс нарушения жизнедеятельности при болях в шее (по Н. Vernon), Госпитальная шкала тревоги и депрессии (по А.С. Zigmond и др.), HARTIndex. Детально изучался информационно-структурный анализ динамики болевого синдрома.

Статистический анализ и обработка материалов проводились в программе «SPSS Statistics 17.0». Использовался метод вариационной статистики с вычислением средней арифметической и стандартного отклонения ($M \pm m$), статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$. Использовался критерий Стьюдента.

В лечение больных использовалось регионарное подкожное обкалывание озонкислородной смесью аппаратом «MedozonsBM» краниальных пространств в зонах Захарьина – Геда, вазальных точек (позвоночных, каротидных), орофасциальных зон с концентрацией озона 2500-5000 мкг/л по 2-5 мл (дозировка определяется в зависимости от выраженности болевого синдрома), а также в/в капельные инфузии озонированного физиологического раствора с концентрацией озона 1600 мкг/л. Курс озонотерапии состоял из 7 ежедневных процедур в течение 30-40 мин каждая.

Результаты. Сроки госпитализации группы А составило 14 ± 3 койко-дня, группы В – 10 ± 2 койко-дней. За время проведенного лечения наблюдалось уменьшение количества приступов, стойкое снижения выраженности болевого синдрома, снижение уровня тревоги/депрессии, улучшились показатели жизнедеятельности.

Выводы. Полученные положительные результаты, отсутствие отрицательных последствий позволяют рекомендовать способ регионарной озонотерапии как метод

лечения цефалгий и применению в практическом здравоохранении.

СТРУКТУРА ИНТРАКРАНИАЛЬНЫХ ВЕН И УПРУГО-ВЯЗКОСТНЫЕ СВОЙСТВА МЕМБРАН ЭРИТРОЦИТОВ ПОДРОСТКОВ С СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОЙ ДИСПАЗИЕЙ

Машин В.В., Белова Л.А., Прошин А.Н., Белов Д.В.

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

Цель. Исследовать при помощи магнитно-резонансной ангиографии особенности интракраниальных вен и методом атомно-силовой микроскопии – упруго-вязкостные свойства мембран эритроцитов подростков с соединительнотканной дисплазией.

Введение. Состояние церебральной гемодинамики зависит от структуры интракраниальных сосудов и реологических свойств крови, которые в свою очередь зависят от агрегации и деформируемости эритроцитов, составляющих 99% всех клеток крови. Остаются не изученными упруго-вязкостные свойства мембран эритроцитов при ДСТ, непосредственно отражающие особенности реологических свойств крови, которые играют важную роль в патогенезе цереброваскулярной патологии.

Материал и методы. Основную группу (ОГ) составили 82 подростка с признаками ДСТ в возрасте от 11 до 18 лет (средний возраст $14,68 \pm 1,53$ лет). Группу сравнения (ГС) составили 74 подростка без проявлений ДСТ в возрасте от 11 до 18 лет (средний возраст $14,58 \pm 1,54$ лет). ДСТ оценивали по шкале Л.Н. Абакумовой 2006г.

Магнитно-резонансная ангиография проводилась на аппарате Siemens Magnetom Symphony, оснащенный сверхпроводящей магнитной системой с силой поля 1,5 Тесла.

С целью изучения состояния цитоплазматической мембраны эритроцитов, были изготовлены сухие препараты эритроцитов. Препарат подвергался сканированию, которое проводилось с помощью атомно-силового микроскопа фирмы «NT-MDT» (Зеленоград, Россия), модель «SOLVER P47-Pro», оснащенного неконтактным кремниевым зондом серии NSG10 (NT-MDT) с жесткостью 3,08 – 37,6 Н/м.

Результаты. У большинства подростков ОГ выявлены анатомические варианты строения синусов твердой мозговой оболочки (симметричное–9(11%); варианты строения–73(89%)). При этом гипоплазия синусов у пациентов ОГ диагностировалась чаще, чем асимметрия данных структур (асимметрия–26(32%); гипоплазия–47(57%)). У пациентов ГС количество анатомических вариантов строения синусов твердой мозговой оболочки также превалировало над симметричным строением (симметричное–26(35%); варианты строения–48(65%)), но в данной группе статистически значимо чаще диагностировалась асимметрия синусов (асимметрия–31(43%); гипоплазия–17(23%)).

У пациентов ОГ модуль Юнга был равен $185,16 [156,71; 197,71]$ МПа, в ГС – $118,51 [106,03; 134,28]$ МПа. Сравнительный анализ значений модуля Юнга в двух группах пациентов показал статистически значимое превосходство данного показателя в ОГ ($p < 0,05$). Корреляционный анализ степени выраженности ДСТ и значений модуля Юнга выявил умеренную, прямую, статистически значимую корреляцию между данными показателями. Коэффициент корреляции $r = 0,56375$ ($p < 0,05$).

Таким образом, проведенные исследования свидетельствуют о пониженной эластичности и вязкости клеточной мембраны эритроцитов пациентов с ДСТ и,

III Съезд неврологов и психиатров Средневолжского научно-образовательного медицинского кластера Приволжского федерального округа

«Актуальные вопросы клинической неврологии и психиатрии»

28-29 ноября 2019 года

г. Нижний Новгород

следовательно, о более низкой способности эритроцитов к упругой деформации при прохождении через микроциркуляторное русло, что в совокупности с особенностями анатомического строения интракраниальных вен может способствовать развитию цереброваскулярной патологии у данной категории пациентов.

Заключение. Вследствие вышеизложенного можно предположить, что имеющиеся при ДСТ структурные особенности церебральных сосудов и микроциркуляции, заложенные в процессе эмбриогенеза, ухудшают функциональные и адаптационные возможности интракраниальных сосудов, что способствует возникновению и прогрессированию церебральных венозных расстройств с их последующей клинической манифестацией.

ЦЕРЕБРАЛЬНАЯ ВЕНОЗНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У ПОДРОСТКОВ С СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ

Машин В.В., Белова Л.А., Прошин А.Н., Белов Д.В.

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

Цель. Выявить клинические проявления церебральной венозной недостаточности у подростков с дисплазией соединительной ткани.

Введение. Сосудистые аномалии у пациентов с дисплазией соединительной ткани (ДСТ) являются фактором риска развития сосудистых катастроф в более молодом возрасте, чем в общей популяции. Так как количество вен преобладает в структуре сосудистой системы головного мозга, выявление симптомов церебральной венозной недостаточности у подростков с ДСТ ткани является актуальным с точки зрения профилактики сосудистых заболеваний головного мозга.

Материал и методы. Основную группу (ОГ) составили 82 подростка с признаками ДСТ в возрасте от 11 до 18 лет (средний возраст $14,68 \pm 1,53$ лет). Группу сравнения (ГС) составили 74 подростка без проявлений ДСТ в возрасте от 11 до 18 лет (средний возраст $14,58 \pm 1,54$ лет). ДСТ оценивали по шкале Л.Н. Абакумовой 2006г. При опросе выявляли жалобы на головную боль; головокружение; отечность/пастозность лица и век в утренние часы; усиление головной боли, головокружения, шума в голове при ношении тугих воротников и во время сна с низким изголовьем; ощущение «засыпанности глаз песком» в утренние часы; нарушения сна; чувство заложенности носа вне симптомов ОРЗ. При осмотре оценивали наличие следующих симптомов: отечность лица/век; инъекцирование склер; венозная сеточка на передней поверхности грудной клетки/шеи; акроцианоз; гипестезия 1 или 2 ветви тройничного нерва.

Результаты. В ОГ чаще, чем в ГС, встречались следующие жалобы: головная боль (ОГ–100,0%; ГС–56,8%) диффузная (ОГ–31,7%; ГС–21,6%), локализованная (ОГ–73,2%; ГС–35,1%), интенсивность которой усиливается при работе в наклонном положении (ОГ–31,7%; ГС–16,2%), во время или после ночного сна (ОГ–36,6%; ГС–10,8%), при кашле и натуживании (ОГ–17,1%; ГС–8,1%), уменьшается во второй половине дня (ОГ–29,3%; ГС–16,2%), после умеренной физической нагрузки (ОГ–13,5%; ГС–9,8%); головокружение (ОГ–68,3%; ГС–21,6%) системное (ОГ–26,8%; ГС–8,1%), несистемное (ОГ–41,5%; ГС–13,5%), усиливающееся при перемене положения тела (ОГ–36,6%; ГС–16,2%), поворотах головы (ОГ–14,6%; ГС–5,4%), наклоне (ОГ–31,7%; ГС–16,2%); отечность/пастозность лица

и век в утренние часы (ОГ–35,1%; ГС–17,1%), симптом «высокой» подушки (ОГ–14,6%; ГС–5,4%), симптом «тугого» воротника (ОГ–29,3%; ГС–5,4%), ощущение «засыпанности глаз песком» в утренние часы (ОГ–27,1%; ГС–17,1%); кошмарные сновидения (ОГ–46,3%; ГС–16,2%), частые ночные пробуждения из-за головной боли (ОГ–24,4%; ГС–13,5%); чувство заложенности носа вне симптомов ОРЗ (ОГ–37,8%; ГС–31,1%). Также в ОГ чаще выявлялись симптомы, характерные для наличия церебральной венозной недостаточности: отечность лица/век (ОГ–31,7%; ГС–8,1%); инъекирование склер (ОГ–17,1%; ГС–2,7%); венозная сеточка на передней поверхности грудной клетки/шеи (ОГ–31,7%; ГС–2,7%); цианоз губ/носогубного треугольника (ОГ–17,1%; ГС–2,7%), гипестезия 1 или 2 ветви тройничного нерва (ОГ–14,6%; ГС–4,1%).

Заключение. У подростков с ДСТ клинические признаки церебральной венозной недостаточности были более выраженными, чем в ГС, что свидетельствует о необходимости как можно более раннего выявления нарушений венозной гемодинамики, последующего динамического наблюдения и проведения профилактических мероприятий с целью предупреждения раннего развития цереброваскулярных заболеваний у данной категории пациентов.

КОМОРБИДНОСТЬ ТИКОЗНЫХ ГИПЕРКИНЕЗОВ С ИМПУЛЬСИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Мунасипова С.Э.¹, Залялова З.А.^{1,2}, Хасанова Д.М.¹

¹ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России

²Республиканский клиничко-диагностический центр экстрапирамидной патологии и ботулинотерапии

Ключевые слова: синдром Туретта, синдром гиперактивности с дефицитом внимания, обсессивно-компульсивное расстройство, моторные тики, вокальные тики.

Введение. По частоте тики занимают одно из ведущих мест среди неврологических заболеваний детского возраста (Богданов Э.И., Залялова З.А., 2002 г., Khalifa, N., 2003). В возрасте до 10 лет тики встречаются у 20 % детей (т.е. у каждого пятого ребенка). Синдром Туретта, самая распространённая причина тиков, проявляется в широком спектре двигательных и поведенческих расстройств, таких как, синдром гиперактивности и дефицита внимания и обсессивно-компульсивное расстройство (Мунасипова С.Э., Залялова З.А., 2016). Эти поведенческие расстройства больше, чем тики нарушают жизнедеятельность и, если не корригируются, то могут привести к значительной социальной и эмоциональной дезадаптации.

Цель. Установить коморбидность психоневрологических расстройств у пациентов с тиковыми гиперкинезами.

Материалы и методы. В исследование были включены 111 пациентов с тиковыми гиперкинезами различного возраста и пола, которые находились на амбулаторном наблюдении в Клиничко-диагностическом центре экстрапирамидной патологии и ботулинотерапии РТ (РКДЦЭПиБТ) в период с 2011 по 2014 гг. Проведены клиничко-анамнестические, лабораторно-инструментальные и статистические методы исследования.

Результаты и выводы. В исследуемой нами группе пациентов тики встречались чаще у лиц мужского пола (в 71,6% случаев), а также численно преобладали пациенты с синдромом Туретта с учетом обращаемости в РКДЦЭПиБТ. Клинические проявления обсессивно-компульсивных расстройств встречались не только у пациентов с синдромом Туретта, но и в принципе они характерны 53,2% пациентов с различной тяжестью и феноменологией тикозных гиперкинезов. Также вне зависимости от структурной и феноменологической характеристики тикозных гиперкинезов они почти всегда ассоциировались с синдромом гиперактивности с дефицитом внимания с преобладанием гиперактивности.

Заключение. Таким образом, тикозные гиперкинезы представляют собой психоневрологическое расстройство сложной «природы» в виде моторных и вокальных тиков, коморбидных нейропсихиатрических синдромов, таких как, СДВГ, ОКР, импульсивное расстройство, наряду с депрессией, диссомнией, мигренью (Kumar A., Trescher W., Byler D., 2016). Вероятно, тикозные гиперкинезы и нейропсихиатрические сопутствующие проявления имеют патофизиологическую общность и предположительно связаны с дисфункцией кортикально-стриато-таламо-кортикальной цепи. Оценка и лечение сопутствующих заболеваний являются неотъемлемой частью плана терапии для всех пациентов с тикозными гиперкинезами.

ДИНАМИКА ЕСТЕСТВЕННОГО ТЕЧЕНИЯ СИРИНГОМИЕЛИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С МАЛЬФОРМАЦИЕЙ КИАРИ

Нуруллина Ч.С., Менделевич Е.Г.

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава
России

Актуальность. Изучение динамики сирингомиелии длительное время оставалось затрудненным, в связи с отсутствием прижизненных, неинвазивных методов оценки параметров полости. До эпохи МРТ считалось, что сирингомиелия имеет медленно прогрессирующее течение, в основе которого лежит увеличение размеров полости. Появление МРТ открыла новые возможности в исследовании сирингомиелии. От 51 до 90% сирингомиелии являются следствием ликвородинамических нарушений в области краниовертебрального перехода при мальформации Киари (МК). Основным патогенетическим методом лечения сирингомиелии, ассоциированной с МК, был предложен оперативный, а именно декомпрессия задней черепной ямки. С появлением возможности нейровизуальной оценки, также широко распространилась оперативная тактика лечения, что затруднило изучение естественного течения сирингомиелии на современном этапе и сохранила о ней традиционное мнение, как о неуклонно медленно прогрессирующем заболевании. В мировой литературе за последние десятилетия стали появляться данные о случаях, течение которых отличалось доброкачественностью и отсутствием спинальных симптомов. Кроме того, были представлены единичные случаи с МРТ-верифицированным спонтанным спадением полости. А также был описан «post-syrinx» синдром, определенный как этап длительного течения сирингомиелии, характеризующийся развернутыми клиническими проявлениями миелопатии и спаившейся полостью. Все эти данные позволили предположить о наличии других вариантов динамики

развития неврологических и нейровизуальных симптомов болезни, которые отличаются от традиционного медленно прогрессирующего, и указали на необходимость более подробного исследования пациентов с естественным течением.

Цель. Провести анализ динамики неврологических и нейровизуальных симптомов у пациентов с сирингомиелией, сочетанной с МК, при естественном течении заболевания.

Задачи.

1. Изучить клинические и нейровизуальные характеристики динамического развития сирингомиелии, ассоциированной с МК, при консервативной тактике ведения.

2. Выделить и классифицировать основные клиничко-нейровизуальные варианты динамики естественного (безоперативного) течения сирингомиелии, ассоциированной с МК, и определить их частоту.

3. Описать особенности миелопатических синдромов в сопоставлении с МРТ параметрами полости и их связи с рядом показателей заболевания при естественном (безоперативном) течении.

Материалы и методы. В когортное ретроспективное исследование, выполненное на базе неврологического отделения РКБ МЗ РТ, включены 64 пациента с сирингомиелией, ассоциированной с МК, со стажем заболевания 8 и более лет. Исследование состояло из двух этапов: на первом этапе проводилась ретроспективная оценка клинических и нейровизуальных параметров раннего периода заболевания (первые 7 лет), второй этап включал клинический и инструментальный методы исследования в позднем периоде заболевания (более 7 лет от начала заболевания).

Результаты. Выделены клинические варианты динамики: прогрессирующий (64,1%) и непрогрессирующий (35,9%). Оценка динамики сирингомиелитической полости на МРТ показала, что в 51,6% случаях полость уменьшилась в диаметре, в 43,7% полость осталась без динамики и в 4,7% увеличилась. Сопоставление нейровизуальной и клинической динамики позволило выявить основные клиничко-нейровизуальные варианты естественного течения сирингомиелии, ассоциированной с МК: асимптомный, abortивный, post-syrinx и прогрессирующий. Асимптомный вариант сирингомиелии описан у пациентов (10,9% n=7) со случайно выявленными полостями при проведении МРТ по поводу других патологических состояний. При тщательном неврологическом осмотре на раннем и позднем этапах миелопатических расстройств выявлено не было, пациенты оставались бессимптомными за период наблюдения 8-10 лет. Abortивный вариант (25% n= 16) характеризуется легкими миелопатическими симптомами и отсутствием прогрессирования симптомов. Для данных пациентов типично наличие полостей с признаками спадения (узкая «сплюснутая» нитевидная полость с аналогичной деформацией спинного мозга) на МРТ в отдаленном периоде заболевания, а также в некоторых случаях сочетание с подъемом миндалин мозжечка. Post-syrinx вариант динамического течения сирингомиелии (26,6%, n=17) характеризуется наличием на отдаленных этапах узких спавшихся полостей на МРТ, однако в отличие от abortивной сирингомиелии клиническая картина имеет выраженные спинальные проявления. Прогрессирующий вариант (37,5% n=24) был определен у пациентов с прогрессированием миелопатических симптомов и наличием стабильных (32,8%) или прогрессирующих (4,7%) полостей при нейровизуальном обследовании на позднем этапе заболевания.

Выводы.

1. Сирингомиелия, ассоциированная с МК, при консервативной тактике ведения имеет различные варианты динамики как клинической картины с прогрессированием

симптомов в 64,1%, отсутствием прогрессирования в 35,5%, так и нейровизуальных параметров - со спадением полости в 51,6% и без спадения в 48,4%.

2. Естественная (безоперационная) динамика сирингомиелии, ассоциированной с МК, характеризуется четырьмя основными клинико-нейровизуальными вариантами: асимптомным (10,9%), abortивным (9,4%), post-syrinx (42,2%), прогрессирующим (37,5%). Клинико-нейровизуальные варианты отличаются между собой по возрасту дебюта ($p=0,001$), стажу заболевания ($p=0,015$), степени тяжести в позднем периоде заболевания ($p<0,001$), МРТ-признаками спадения, а также временем спадения полости в отношении стажа заболевания.

3. А. Асимптомный вариант характеризуется длительным бессимптомным течением (8-10 лет) при стабильных показателях полости на МРТ.

Б. Abortивный вариант характеризуется наличием легких миелопатических симптомов с отсутствием их прогрессии, в сочетании с МРТ признаками спадения полости.

В. «Post-syrinx» вариант характеризуется наличием прогрессирования до выраженных миелопатических симптомов и МРТ признаками спадения полости.

Г. Прогрессирующий вариант характеризуется прогрессированием миелопатических симптомов в сочетании с МРТ признаками не спавшейся сирингомиелитической кисты.

ПРЕДИКТОРЫ ИСХОДА СИНДРОМА ВЕСТА

Прыгунова Т. М.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России

Введение. Синдром Веста – младенческая эпилептическая энцефалопатия, характеризующаяся инфантильными спазмами, изменениями на электроэнцефалограмме (ЭЭГ) в виде гипсаритмии и задержкой психомоторного развития [1]. Целью терапии служит купирование приступов, блокирование интериктальной эпилептиформной активности и улучшение психического развития ребенка [2]. Исходы у детей с синдромом Веста различны и зависят от множества факторов [3].

Цель. Определение прогностически значимых факторов исхода синдрома Веста.

Задачи исследования.

1. Выявить значимые критерии неблагоприятного исхода синдрома Веста
2. Оценить роль этиологии синдрома Веста в прогнозировании исхода заболевания
3. Исследовать влияние эпилептических спазмов и других видов приступов на психомоторное развитие

Материалы и методы. Данные катамнеза 132 детей (частично по данным медицинской документации). У всех пациентов когда-либо регистрировались эпилептические спазмы и был диагностирован синдромом Веста. Среди вошедших в исследование детей 74 – мужского пола, 58 – женского. Таким образом, распределение пациентов по полу составило 1,28:1.

Пациентов разделили на 3 группы в зависимости от этиологии синдрома Веста. В 1-ю группу вошло 60 пациентов (45,5%) со структурной формой заболевания, во 2-ю группу – 39 детей (29,5%) с установленной генетической формой заболевания, в 3-ю группу – 33 ребенка (25,0%) с неустановленной этиологией заболевания в связи с отсутствием

структурной патологии при проведении нейровизуализации, отрицательными результатами генетических тестов и малым периодом динамического наблюдения.

При сборе данных пациентов внимание уделяли акушерскому анамнезу, течению неонатального периода, характеристике эпилептических спазмов. Многократно проводили неврологический осмотр, детей консультировали психолог и логопед. Проводили инструментальное обследование: ЭЭГ или ЭЭГ- видеомониторирование, магнитно-резонансную томографию, генетические анализы.

Результаты. Спазмы были купированы у 57,6% пациентов. Положительный результат достоверно чаще удавалось достичь у пациентов 3-й группы в сравнении с пациентами 2-й и 1-й группы – 29 (87,9%) случаев против 19 (48,7%) и 28 (46,7%) соответственно, $p < 0,05$. Полная ремиссия у 36,4%. Частота ремиссии достоверно выше в 3-й группе (72,7%) в сравнении с 1-й (26,7%) и 2-й (27,6%). Таким образом структурную и генетическую форму заболевания можно считать предикторами неблагоприятного исхода синдрома Веста. Другими факторами оказывающими достоверно негативное влияние на исход заболевания были: неонатальные судороги, наличие эпилептиформной активности на ЭЭГ до спазмов, нарушение нервно-психического развития до спазмов, наличие очаговой патологии до спазмов, наличие других приступов кроме спазмов, сохранение ЭА в динамике.

Моторное развитие у детей с неизвестной этиологией синдрома Веста было компенсированным чаще (94,0%), чем с генетической (46,2%) и структурной (21,7%) формой, $p < 0,05$. Показатели нервно-психического развития были выше у детей в 3-й группе (36,4%), чем в 1-й (0%) и 2-й (2,6%), $p < 0,05$. С нашей точки зрения это было связано с более частым купированием спазмов и достижением ремиссии в группе с неизвестной этиологией синдрома Веста.

Заключение. Неблагоприятными предикторами исхода синдрома Веста можно считать структурную и генетическую форму заболевания, неонатальные судороги, наличие эпилептиформной активности на ЭЭГ до спазмов, нарушение нервно-психического развития до спазмов, наличие очаговой патологии до спазмов, наличие других приступов кроме спазмов, сохранение эпилептиформной активности в динамике. Купирование спазмов и достижение ремиссии повышает вероятность компенсации моторного и психоречевого развития.

АССОЦИАЦИЯ БИОМАРКЕРОВ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА С НЕГАТИВНЫМИ И КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ. ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ N-АЦЕТИЛЦИСТЕИНА. ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Пятойкина А.С.¹, Семенов И.В.²

¹ГБУЗ НО "Клиническая психиатрическая больница №1 г. Нижнего Новгорода"

²ФГБОУ ВО "Приволжский исследовательский медицинский университет»
Минздрава России

Введение. Известно, что потенциальным нейробиологическим фактором развития шизофрении и когнитивных нарушений при этом заболевании является окислительный стресс. Стресс-индуцированная гибель клеток в префронтальной и передней лобной

области мозга приводят к нарушению когнитивных и исполнительных функций при шизофрении. Глутатион (GSH) является основным антиоксидантом, защищающим клетки от токсического эффекта активных форм кислорода. В настоящее время в качестве одного из потенциальных препаратов для лечения когнитивного дефицита при шизофрении рассматривают N-ацетилцистеин (NAC), являющийся предшественником GSH. Рандомизированное контролируемое исследование на пациентах с шизофренией показало, что NAC привел к значительному снижению негативных симптомов, когнитивных нарушений и побочных эффектов лекарств. При этом авторами было выдвинуто предположение, что NAC будет более полезен на более раннем этапе болезни.

До настоящего времени масштабного исследования маркеров окислительного стресса у пациентов с первым эпизодом шизофрении и возможности их коррекции не проводилось.

Целью данной работы являлось изучение психопатологических особенностей и когнитивного дефицита при шизофрении, ассоциированных с редокс-дисбалансом, в частности, уровнем GSH, возможностей персонифицированного применения NAC как потенциального препарата для коррекции нейрокогнитивного дефицита при шизофрении, а также оценка прогностической значимости оценки уровня GSH для персонифицированной терапии NAC пациентов с шизофренией.

Материал и методы исследования. К настоящему моменту набрано 16 человек, соответствующих критериям включения: возраст 18-44 лет, диагноз параноидной шизофрении, подтвержденный с помощью MINI для DSM-5, стадия становления ремиссии или ремиссии, длительность со времени дебюта заболевания не более трех лет, прием стабильной антипсихотической терапии.

Критерии исключения: возраст младше 18 и старше 44 лет, наличие тяжелой психической патологии, сопровождающейся измененным сознанием, нарушениями поведения, наличие органического заболевания головного мозга, злоупотребления или зависимости от психоактивных веществ, тяжелого соматического состояния, прием биологически активных добавок и/или лекарственных препаратов с антиоксидантным действием в течение месяца до включения в исследование.

После получения добровольного информированного согласия, прохождения всех психодиагностических методик, забора крови на биохимические маркеры пациенты рандомизировались с использованием метода блоковой рандомизации: каждые новые два пациента, включающихся в исследование, распределялись случайным образом: 1 в основную группу (прием NAC в дозе 2000 мг/сут), 1 в группу плацебо (прием микрокристаллической целлюлозы). Результаты лабораторного анализа биомаркеров на момент психопатологического обследования пациента зашлеплены для врача-исследователя. Через 60 дней от начала приема NAC производилась общая оценка психического состояния пациента, повторное рейтингование по психодиагностическим шкалам и нейрокогнитивным тестам, забор крови натощак для оценки уровня биохимических маркеров оксидативного стресса.

Результаты. Средний уровень исходного GSH среди пациентов с шизофренией составлял 885 ± 171 мкМоль при норме 950-1250 мкМоль, при этом доля пациентов с показателем ниже нормы составила 56,25% (9 человек из 16). Участников исследования с показателем GSH, превышающим норму, среди испытуемых выявлено не было. По окончании исследования в опытной группе средний уровень GSH в плазме крови вырос до 1050 ± 144 мкМоль, в группе плацебо средний уровень GSH составлял 972 ± 126 мкМоль. В опытной группе по сравнению с плацебо отмечены положительные изменения в негативной, общей подшкалах PANSS. По данным когнитивных тестов в заданиях на

вербальную память, моторику, тесте на шифровку выявлено улучшение в опытной группе по сравнению с плацебо, в задании на последовательность чисел, в задании "Башня Лондона" не обнаружено разницы между группами пациентов.

Заключение. Первые результаты исследования демонстрируют, что средние показатели плазменного GSH пациентов с шизофренией ниже нормальных значений. В группе приема NAC на момент окончания исследования выявлен более высокий уровень GSH, а также улучшение по негативной, общей подшкалам PANSS, показателей вербальной памяти, тесте на шифровку, двигательных тестов по сравнению с группой контроля. Полученные данные не исключают ассоциации дефицита GSH и с большей выраженностью негативных симптомов и нейрокогнитивного дефицита при увеличении числа наблюдений. Прием NAC может быть перспективным методом коррекции имеющихся нарушений у данной категории пациентов.

КЛИНИЧКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕБЮТОМ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ В НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

Фомин С.В., Александрова Е.А., Паршина Е.В., Бородачева И.В.

ГБУЗ НО «Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А. Семашко»

Актуальность исследования. Возникновение болезни Паркинсона (БП) у лиц молодого возраста представляет серьезную медицинскую и социальную проблему из-за потенциально раннего развития ограничения жизнедеятельности, осложнений развернутых и поздних стадий БП в трудоспособном возрасте, необходимости в высокотехнологичных методах лечения.

Задача исследования. Изучить клиничко-эпидемиологические особенности болезни Паркинсона с началом в молодом возрасте для совершенствования оказания специализированной медицинской помощи этой категории больных.

Материалы и методы. Проводилась оценка клиничко-эпидемиологических особенностей у 37 пациентов с БП с началом в молодом возрасте, наблюдающихся в Областном кабинете экстрапирамидных расстройств ГБУЗ НО «Областная клиническая больница имени Н.А. Семашко», г. Нижний Новгород.

Результаты и обсуждение. Возраст пациентов был от 49 до 62 лет ($54,03 \pm 3,26$ года); дебют БП отмечался в возрасте от 38 до 49 лет ($46,08 \pm 3,17$ года). Продолжительность БП составила $7,92 \pm 3,17$ года. Преобладали женщины (26 случаев). Различий в стороне дебюта не отмечено – в 18 случаях - справа, в 19-и - слева. Преобладали больные с 3 стадией БП (23 пациента). У 6-и была 4 стадия, а у семи - вторая; в одном – первая, что коррелировало с продолжительностью БП. Наследственная отягощенность по БП была в 4 случаях (10,8%). Среди клинических особенностей отмечались: преобладание гипокинезии и ригидности над тремором; наличие дистонических нарушений конца дозы в большом числе случаев- 13 человек (35%) и дискинезии пика дозы (10 человек - 29,7%) Особенно значимыми больные считали амбулаторный спазм стопы (4 пациента) и оромандибулярную дистонию (3 пациента), что согласуется с другими исследованиями (Mehanna R. et al., 2014). Особенности течения БП могут быть связаны с различиями в морфофункциональных изменениях головного мозга у пациентов с разным возрастом

дебюта БП. Известны различия в паттернах МРТ при раннем и средневозрастном дебюте БП – плотность серого вещества по результатам воксельной морфометрии у больных молодого возраста ниже в скорлупе слева, в нижней лобной извилине и островках, а выше затылочной доле задней доле мозжечка слева у больных более старшего возраста (Хуан М. et al, 2019). Обнаруживались различия в функциональном плане в стриатуме, сенсомоторной коре, средней лобной извилине, верхней и нижней теменных долях, верхней и нижней височной извилине и мозжечке (Нюу Y.,2016). Таким образом, больные БП являются особой группой пациентов, требующих при назначении терапии учета особенностей клинической картины болезни, а также построения долгосрочной стратегии этапности оказания специализированной медицинской помощи.

ЭКЗОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ РИСК РАЗВИТИЯ МИАСТЕНИИ ГРАВИС

Хафизова И.Ф., Галявиева А.Р.

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава
России

Введение. Миастения гравис (МГ) – мультифакториальное аутоиммунное заболевание периферической нервной системы, при котором в результате повреждения аутоантителами структур постсинаптической мембраны нервно-мышечного соединения развивается патологическая мышечная утомляемость. Известными эндогенными кофакторами заболевания являются пол, возраст, наличие опухоли вилочковой железы (тимомы). Анализ же определяющего влияния экзогенных факторов на риск возникновения МГ в полной мере не был изучен. Целью нашей работы явилось выявить экзогенные факторы, определяющие риск развития миастении гравис.

Материалы и методы. Было выполнено аналитическое эпидемиологическое исследование методом случай-контроль жителей г.Казани и республики Татарстан путем анкетирования 63 пар «больной миастенией гравис-контроль». Опрос проведен по анкете разработанной кафедрой неврологии и нейрохирургии РГМА на основе эпидемиологической карты, рекомендованной для применения в странах юго-восточной Европы (Z.Levic Хорватия и N.Koch-Henriksen Дания 1997). Контрольная группа подбиралась парным методом в соответствии с известными кофакторами (пол, возраст). Статистический анализ проводился с использованием программ Microsoft EXEL, IBM SPSS Statistics 20.

Результаты. Зарегистрировано 63 пациента с достоверным диагнозом МГ: 36 женщин (57,1 %) и 27 мужчин (42,9 %), соотношение женщин и мужчин 1,33:1. У подавляющего большинства пациентов выявлена генерализованная форма заболевания (84%) и только у 16% глазная форма, соотношение 5:1. Большинство больных на момент осмотра входили в возрастную группу старше 50 лет (53,8% женщин и 59,3% мужчин), при этом в возрасте до 30 лет миастенией страдали только женщины (11,1%), что говорит о более раннем дебюте заболевания у женщин. Наблюдали два возрастных пика заболеваемости у женщин возрасте от 20 до 40 лет и от 60 до 80 лет. В отличие от женщин, у мужчин дебют заболевания происходит в более позднем возрасте, в диапазоне от 40 до 60 лет (59,2%). Выявлено, что заболевшие миастенией достоверно чаще контактировали с

такими экзогенными факторами как бензин и нефтепродукты (больные миастенией 80 %, контроль 20%). Шансы развития миастении у людей длительно контактирующих с бензином и нефтепродуктами был в 4,7 раза выше, чем у людей не подвергающихся воздействию данного фактора (ОШ=4,7; 95% ДИ: 1,3-17,6, $p=0,025$). Среди тех, кто страдал генерализованной МГ контакт с вредными веществами подтвердили 17,5% и только 0,63% с глазной МГ, что, возможно, свидетельствует о влиянии данных вредных веществ на форму МГ. Около химических предприятий длительно проживали 91,7% больных МГ, в то время как среди группы контроля эта цифра была значительно ниже (8,3%). Выявлено, что у людей проживающих близ химических предприятий вероятность развития МГ в 13,1 раз выше (ОШ=13,1; 95% ДИ: 1,6-105,0, $p=0,04$).

Выводы. Республика Татарстан отличается значительной концентрацией промышленных предприятий (нефтеперерабатывающих, химических). В нашем исследовании было выявлено, что заболевшие МГ статистически достоверно чаще имели длительный контакт с бензином, нефтепродуктами ($p=0,025$) и длительно проживали в радиусе 5 км от химических предприятий ($p=0,04$), что возможно, связано с особенностями региона проживания. Обнаруженная ассоциация МГ с неблагоприятными экологическими условиями требует дальнейшего изучения их влияния на механизмы развития заболевания и проведения мер по улучшению экологической обстановки.

ИСТОРИЯ ИЗУЧЕНИЯ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ДИСТОНИИ: ОТ ДРЕВНИХ ВРЕМЕН К СОВРЕМЕННОСТИ

Хаятова З.Г.¹, Залялова З.А.^{1,2}

¹ФГБОУ ВО "Казанский государственный медицинский университет" Минздрава
России

²Республиканский клиничко-диагностический центр экстрапирамидной патологии и
ботулинотерапии Республики Татарстан

Описания различных форм расстройств движения можно найти уже в древних медицинских манускриптах. Путь изучения дистонических гиперкинезов имеет тысячелетнюю историю. Начиная от рисунков и скульптурных изображений Древнего мира и до сегодняшнего дня, постепенно формировались современные представления о феноменологии, происхождении и методах ее лечения. Упоминания о спастической кривошее, блефароспазме и синдроме Мейжа встречаются еще у Гиппократ и Цельса. В описаниях Плутарха есть указания, позволяющие историкам предположить цервикальную дистонию у Александра Великого. На некоторых скульптурах правителя действительно есть некоторое отклонение шеи влево. Современникам оставлены изображения и памятники искусства древних цивилизаций, как то статуэтки цивилизации Моче, предположительно демонстрирующие цервикальную дистонию и синдром Мейжа.

Эпоха Средневековья оставила науке записи о цервикальной дистонии и множество иллюстраций, находящихся на религиозных изображениях. Первое известное упоминание термина тортиколлис принадлежит Пантегрюэлю Франсуа Рабле. Позже термин стал встречаться и в медицинских текстах. Одно из самых ранних медицинских записей о цервикальной дистонии сделано шведским врачом Феликсом Платерусом. Эпоха Просвещения характеризовалась развитием всевозможных классификаций болезней, в

которых дистонии звучали как отдельные классы. Карл Линней создал нозологию болезней, так называемую *Geneta Morborum*, в которой был выделен класс «Двигательные II» для произвольных движений. Сюда относились спастические состояния, а отдельной веткой были выделены неклассифицируемые динамические состояния, сопровождающиеся произвольными движениями. Были предприняты и другие попытки классификации болезней в этот исторический период, например работа Франсуа Буисье де Соважа «Методическая нозология» (1763), и система нозологии Уильяма Каллена, обе из которых включали спастическую кривошею.

С конца XIX века началось активное изучение этиологии и патофизиологии фокальных дистоний, что привело к научным спорам о вкладе психогенного компонента в развитие заболевания. В 1888 году Шарко представил клиническое наблюдение «клонического спазма грудиноключичноподъязычной и трапецевидной мышцы у биржевого маклера. Эдуард Бриссо назвал это состояние «ментальной кривошеей», сославшись на психогенную причину дебюта и возможность коррекции позы шеи легким прикосновением к голове. Первыми о корригирующих жестах заговорили Генри Мейж и Луис Фейндель. Уильям Говерс предполагал участие нижних отделов мозга, а Иосиф Бабинский предположил кортикоспинальную патологию. Рене Крус описал 357 случаев спастической кривошеи, разделив их на 7 классов по этиологии.

Современные тенденции в развитии знаний о дистониях характеризуются расшифровкой генов, ответственных за возникновение различных форм первичных дистоний и описанием их фенотипа. Новые знания о генетике дистонии показывают, насколько стерта граница между психическими расстройствами и собственно дистонией. Поиск истины о вкладе психических нарушений в клиническую картину болезни продолжается, и, хочется надеяться, что мы стоим на пороге грандиозных открытий в этой области.

ВЛИЯНИЕ НЕЙРОПЕПТИДА ГАЛАНИНА НА ВЕГЕТАТИВНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

Хегай О.В.

ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера» Минздрава России

Цель работы. Изучить влияние нейропептида галанина на вегетативные проявления болезни Паркинсона.

Задачи.

1. Оценить неврологический статус пациентов с установленным диагнозом болезни Паркинсона.
2. Дать характеристику вегетативного статуса у пациентов БП.
3. Установить корреляции между результатами клинического и лабораторного обследования.

Материалы исследования. Дизайн исследования - «случай-контроль». Основную группу составили 73 пациента с установленным диагнозом БП без отягощенной соматической патологии, способной имитировать вегетативные симптомы, средний возраст составил 69 [65;73] лет. В группу контроля вошли 16 практических здоровых лиц,

сопоставимых по полу и возрасту с основной группой (68[66;76] лет). В исследовании использовалась шкала Хен-Яр и шкала для оценки вегетативных нарушений у пациентов с БП, разработанной Фёдоровой Н.В., Яблонской А.Ю. (ГОУ ДПО Российская медицинская академия последипломного образования). Определение количественного содержания нейрпептида галанина в сыворотке крови проведено методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием набора ELISA Kit for Galanin (США). Полученные показатели сопоставлялись с группой контроля. Обработка данных проводилась непараметрическими методами в программе Statistica 10. Для количественных данных, не имеющих нормального распределения, рассчитывалась медиана, первый и третий квартили (Me [Q1;Q3]). Для оценки корреляций использовался критерий Спирмена. При сравнении групп использовался критерий Манна-Уитни. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимался равным 0,05.

Полученные результаты. Все пациенты основной группы предъявляли жалобы на классические двигательные симптомы. Жалобы на симптомы вегетативной дисфункции выявлялись у большей части исследуемых при более активном расспросе. Стаж заболевания составил в среднем 3[2,5;5] года, стадия заболевания по шкале Хен-Яр оказалась равной в среднем 2[1;3]. Согласно шкалы для оценки вегетативных проявлений были выявлены все степени выраженности, преобладали легкие и умеренные, общий средний балл составил 15[7;19]. Средняя выраженность сердечно-сосудистых нарушений составила 4[1;7] балла, мочеполовых расстройств - 4[1;5], желудочно-кишечных - 8[2;5], терморегуляционных - 1[0;1,5], трофических - 1[0;2]. Среднее содержание галанина сыворотки крови в основной группе оказалось пониженным (6[4,2;10,3] нг/мл) по сравнению с группой контроля (16,9[9,8;18,1] нг/мл). Значимость различий составила 0,002. Корреляционный анализ показал обратную взаимосвязь уровня галанина со всеми вегетативными проявлениями, включая общий средний балл ($R = -0,9$; $p = 0,001$), тяжесть сердечно-сосудистых ($R = -0,6$; $p = 0,0001$), желудочно-кишечных ($R = -0,7$; $p = 0,0001$), терморегуляционных ($R = -0,7$; $p = 0,001$), трофических ($R = -0,6$; $p = 0,01$), и мочеполовых ($R = -0,6$; $p = 0,001$) расстройств.

Выводы.

1. У пациентов с болезнью Паркинсона отмечается снижение уровня галанина сыворотки крови.
2. Содержание галанина оказывает влияние на выраженность вегетативных проявлений при болезни Паркинсона и ассоциировано с более выраженными вегетативными расстройствами.
3. Определение сывороточного галанина может рассматриваться в качестве объективного метода оценки вегетативных расстройств при болезни Паркинсона.

ИССЛЕДОВАНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПОГРАНИЧНОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

Царева И.С., Фомичев Д.С., Романов Д.В.

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава
России

В современной научной литературе отмечается высокая степень ассоциации личностных расстройств с эмоциональной неустойчивостью и болезнью зависимости от психоактивных веществ. Подобная коморбидность негативно влияет на протекание реабилитационных мероприятий. Своевременное выявление личностных расстройств у данной группы пациентов позволяет присоединить к комплексной терапии заболеваний специфическую психотерапию и психокоррекцию.

Целью данного исследования стало изучение распространенности пограничного расстройства личности (ПРЛ) среди пациентов наркологического диспансера.

Материалы и методы исследования: исследованы 112 пациентов мужских и женских отделений областного наркологического диспансера. Критериями включения выступало наличие алкоголизма, наркомании или полинаркотоксикомании без явлений в настоящих момент психоза и выраженных когнитивных нарушений. Условием включения в исследование являлось добровольное согласие пациентов. Применены следующие методики: скрининговый опросник пограничного расстройства личности МСІ, тест DIB-R, а также разработанное на кафедре психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии СамГМУ стандартизированное клиническое интервью для диагностики ПРЛ (ШКОПОР). Выявленные случаи верифицировались посредством клинического интервью, проведенного экспертной группой.

Получены данные, свидетельствующие о высокой коморбидности ПРЛ и наркотической зависимости. Выявленная распространенность ПРЛ среди пациентов наркологического стационара значительно превышает распространенность в популяции (24% и 2-7% соответственно). Проведено сравнение профиля ПРЛ у пациентов наркологического стационара и ПРЛ, выявленного у студентов высших учебных заведений. Составлена программа психопрофилактических мероприятий лечебных рекомендаций для выявленных пациентов с ПРЛ.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ МАГНИТНОЙ СТИМУЛЯЦИИ В ИССЛЕДОВАНИИ ПАТОЛОГИИ СРАМНОГО НЕРВА У ПАЦИЕНТОК С ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛЬЮ

Ширяева А.В.¹, Беляков К.М.², Антипенко Е.А.¹, Стрельцова О.С.¹, Максименко Д.Д.²

¹ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет»
Минздрава России

²ГБУЗ НО «Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А. Семашко»

Актуальность. По данным литературы, около 30% женщин предъявляют жалобы на боли в области органов малого таза, а также проблемы в сфере половой жизни. Компрессия полового нерва в канале Алкока может быть одной из причин хронической тазовой боли. С целью верификации поражения полового нерва у женщин нами предложена методика применения метода транскраниальной магнитной стимуляции.

Цель исследования. Изучение возможностей транскраниальной магнитной стимуляции (ТКМС) в исследовании полового нерва.

Материалы и методы. ТКМС выполнялась на аппарате «Нейро-МС/Д» совмещенным с электронейромиографом «Нейро МВП-4» (компания «Нейрософт», Россия, г. Иваново). Под наблюдением находилось 17 пациенток, 7 – с хронической тазовой болью (хроническим уретральным болевым синдромом) в возрасте 18-65 лет, 10 – здоровая группа в возрасте 18-65 лет.

В работе использовался круглый койл диаметром 15 см. В качестве отводящих применялись катетерные электроды. Корковая и сегментарная стимуляция проводилась по общепринятому алгоритму. Отводящий электрод вводился в уретру до внутреннего сфинктера, а затем во влагалище к передней стенке. Оценивались следующие показатели: терминальная латентность М-ответов полученных при сегментарной стимуляции, а также их амплитуда.

Результаты. В здоровой группе при сегментарной стимуляции с отведением от мышц передней стенки влагалища латентность М-ответов составила $5,3 \pm 3,3$ мс, от внутреннего сфинктера уретры - $5,7 \pm 3,5$ мс. Амплитуда М-ответов с влагалища составила $0,8 \pm 0,6$ мВ, с внутреннего сфинктера уретры - $1,0 \pm 1,0$ мВ.

У пациенток с хроническим уретральным болевым синдромом при отведении с мышц передней стенки влагалища латентность составила - $3,9 \pm 2,1$ мс, с мышц внутреннего сфинктера уретры - $9,5 \pm 2,5$ мс. Амплитуды с мышц влагалища - $1,7 \pm 2,0$ мс, с мышц внутреннего сфинктера уретры - $0,6 \pm 0,5$ мВ. Достоверные отличия от контрольной группы ($p=0,01$) получены только по величине латентности при отведении с мышц внутреннего сфинктера уретры.

Выводы. Таким образом, методом ТКМС можно изучать половой нерв у женщин при хронической тазовой боли. Достоверные отличия между контрольной группой и группой пациенток с хроническим уретральным болевым синдромом получены только по величине латентности при отведении с мышц внутреннего сфинктера уретры, что может быть связано с компрессией срамного нерва в канале Алкока. Поскольку количество наблюдений пока небольшое, требуется дальнейший набор материала.

Работа поддержана грантом РФФИ №19-07-00395.

КЛИНИКО-НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ БОЛЕВЫМИ СИНДРОМАМИ

Шпагин М.В., Юдин А.П., Кайгасов Э.П., Колесников М.В., Хуторская О.Ю.

ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №39»

Благодаря активному изучению проблемы боли в биологии и медицине отмечается значительный рост научных исследований данного феномена, а в большинстве развитых стран мира созданы многочисленные общественные организации, поддерживающие такие исследования.

В Нижнем Новгороде разработана информационно-структурная теория боли, по которой «Боль – это психонейрофизиологическое (интегративное) состояние организма, возникающее вследствие болевых (ноциальных) кодов, формирующихся в периферической и центральной нервной системах в результате воздействия сверхсильных повреждающих стрессоров, вызывающих функционально-органические изменения органов и тканей». Под ноциогенными зонами (НЗ) понимаются структуры, в которых генерируется ноциальный код. Автором информационной теории боли, проф. В.Д. Трошиным, высказана гипотеза, что причиной хронизации боли является перемещение ноциогенных структур в сенсорно-алгической системе человека.

Цель исследования. Оценить клиничко-нейрофизиологические показатели хронических болевых синдромов.

Материалы и методы. Клинические исследования проводились на базе отделений неврологии и нейрохирургии ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 39». В клиническом исследовании участвовали пациенты, давшие добровольное информированное согласие на участие в клиническом исследовании. Обследовано и пролечено 693 пациента, страдавших люмбалгиями (296), артралгиями (149), цервикалгиями (217), абдоминалгиями (31).

Всем больным проводилась инвазивная региональная фармакотерапия (далее ИРФ), которая блокировала ноциогенные зоны (НЗ). Пациентам с люмбалгиями проведены курсы эпидуральной фармакотерапии с установкой эпидурального катетера (n=296). Для эпидуральной фармакотерапии использовались местные анестетики и нестероидные противовоспалительные препараты. Больным с артралгиями и цервикалгиями (n=366) применялась региональная фармакотерапия местными анестетиками и нестероидными противовоспалительными препаратами. Больным абдоминалгиями после ИРФ анестетиками использовали нейродеструктивное вмешательство на чревном сплетении.

Пациентам проводились клиничко-неврологическое, клиничко-стоматологическое, клиничко-алгологическое, нейрофизиологическое, клиничко-психологическое и нейроручевое исследования. Детально изучалась информационно-структурная динамика болевого синдрома в анамнезе.

Результаты и выводы. Клиничко-нейрофизиологическое исследование больных в процессе регионального инвазивного выключения ноциогенных зон выявили их миграцию по каналам прямой и обратной афферентации формируя доминантные и субдоминантные ноциогенные зоны различного уровня.

ВЛИЯНИЕ НЕМОТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ НА УРОВЕНЬ ПОВСЕДНЕВНОЙ АКТИВНОСТИ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧЕМ (ДЦП)

Шулынди́н А.В., Антипенко Е.А.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России

Цель. Оценить наличие и встречаемость немоторных нарушений и их влияние на повседневную активность у взрослых пациентов с ДЦП

Материалы и методы. Нами было проведено обследование 51 пациента (36 мужчин, 15 женщин) с подтвержденным диагнозом G 80.0 спастический церебральный паралич, тетрапарез. Медиана возраста составила 37,5 лет [26,75; 49]. Медиана функционального уровня по GMFCS составила 2 [1; 3]. Помимо стандартного неврологического обследования больным проводились оценка когнитивных функций по шкале MoCa, оценка выраженности тревоги и депрессии по шкале HADS, а также оценивался уровень повседневной активности методом определения индекса Бартела.

Результаты. Медиана показателя оценки когнитивных функций по шкале MoCa составила 20 [17; 25] баллов. Медианы тревоги и депрессии по шкале HADS составили соответственно 7 [4; 9] и 3 [2; 5] баллов. Индекс Бартела у обследованных больных составил 70 [50; 90] баллов. При анализе результатов обследования когнитивных функций у взрослых больных ДЦП по шкале MoCa была определена прямая зависимость между балльным показателем когнитивных функций по шкале MoCa и индексом Бартела ($r_s=0,449$; $p=-0,028$). Была выявлена обратная корреляция показателя функционального уровня по GMFCS и индекса Бартела ($r_s=-0,855$; $p=-0,01$) у взрослых больных ДЦП. Также имелись обратная корреляция функционального уровня по GMFCS у обследованных пациентов и выраженности тревожных расстройств ($r_s=-0,599$; $p=0,002$) и отсутствие достоверной корреляции функционального класса по GMFCS и показателей депрессии по шкале HADS.

Выводы. У взрослых больных ДЦП со спастическим тетрапарезом имеет место наличие когнитивной дисфункции легкой и умеренной степени выраженности, субклинической тревожной и отсутствию депрессивной симптоматики. У обследованных больных определяется снижение уровня повседневной активности. Определяется прямая зависимость между способностью больных к самообслуживанию и степенью сохранности когнитивных функций. Уровень повседневной активности взрослых больных ДЦП тем выше, чем менее ограничены двигательные возможности обследованных пациентов. У взрослых больных ДЦП способных к самостоятельному передвижению чаще имеет место тревожная симптоматика, чем у больных с более выраженными двигательными ограничениями.