



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

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ НЕВРОЛОГИИ И ПСИХИАТРИИ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ
НИЖЕГОРОДСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ВСЕРОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА НЕВРОЛОГОВ
ФГБОУ ВО «ПРИВОЛЖСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНЗДРАВА РОССИИ
НРОО «АССОЦИАЦИЯ ВРАЧЕЙ ПРИВОЛЖСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА»
ОФИЦИАЛЬНЫЙ СЕРВИС-ПАРТНЕР – КОМПАНИЯ «ТЕРРА ИНКОГНИТА»



Приволжский
исследовательский
медицинский университет
1920 – 2020



ТЕРРА
ИНКОГНИТА
ОФИЦИАЛЬНЫЙ СЕРВИС-ПАРТНЕР

12-13 НОЯБРЯ 2020 ГОДА

г. НИЖНИЙ НОВГОРОД

Редакционная коллегия:

Е.А. Антипенко, Л.Н. Касимова, И.Б. Карпухин, Е.И. Карпович

Представлены материалы исследований по актуальным вопросам
неврологии и психиатрии.

Предназначено для неврологов, психиатров, терапевтов, педиатров,
врачей общей практики, врачей-ординаторов

Материалы печатаются в авторской редакции.

За достоверность опубликованных авторами данных издательство
и редакционная коллегия ответственность не несет.

СОДЕРЖАНИЕ

Альбицкая Ж.В., Пролежаева Ю.С ОСОБЕННОСТИ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА.....	6
Александрова Е.А., Фомин С.В., Паршина Е.В., Бородачева И.В., Юлин В.С НЕЙРОДЕГЕНЕРАТИВНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ. ВОПРОСЫ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА С РАННИМ НАЧАЛОМ.....	8
Гурьянова Е. А., Васильева Д.А ФИЗИЧЕСКАЯ ТРЕНИРОВКА ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ИНСУЛЬТОМ.....	10
Карпухин И.Б, Карпухина Е.В., Мюллер А.С., Перевезенцева Е.А., Лемаева А.А. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ.....	12
Карпухин И.Б., Лемаева. А.А., Тришкова О.И ЦИФРОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ И ПСИХИАТРИИ: ВОЗМОЖНОСТИ БЛОКЧЕЙН ПЛАТФОРМ И ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ.....	14
Карпухин И.Б., Мюллер А.А., Перевезенцева Е.А. НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА И ШИЗОФРЕНИИ.....	15
Карпухин И.Б., Мюллер А.С., Голев Е.А., Перевезенцева Е.А., Иорданова О.Ю., Сафарова А. С. кызы ОСОБЕННОСТИ АДДИКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У УЧАЩИХСЯ ВУЗОВ.....	17
Карпухин И.Б., Карпухина Е.В., Байкина А.Н., Мюллер А.С., Тришкова О.И. ВЛИЯНИЕ ДЕПРЕССИВНЫХ И ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ НА КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ.....	19

Карпухин И.Б., Голев Е.А., Карпухина Е.В., Мюллер А.С. ВЛИЯНИЕ ПАНДЕМИИ COVID-19 НА ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ НАСЕЛЕНИЯ. ОПЫТ ЗАРУБЕЖНЫХ СТРАН В СТОЛКНОВЕНИИ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЭПИДЕМИЙ 21 ВЕКА.....	20
Колесников М.В., Шпагин М.В., Беликин А.А., Хахимов И.Д. ГЕМОМРАГИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ НА ФОНЕ ГИГАНТСКИХ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ.....	22
Книи К.С. ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА НА ПРИМЕРЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ЦЕЛЛЕКС.....	24
Лисицын В.В., Емельянов К.В., Ястребов Д.Н., Шпагин М.В. РЕБЕРНЫЕ ДИСФУНКЦИИ КАК ПРИЧИНА НЕКАРДИОГЕННЫХ КАРДИАЛГИЙ.....	25
Новотный Д.А., Шперлинг Л.П., Дружинина О.А., Жукова Н.Г., Столярова В.А., Жукова И.А., Агашева А.Е., Штаймец С.В ВИТАМИН D И ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.....	26
Никитина А.А., Хрулёв А.Е. ПОЗНАВАТЕЛЬНЫЕ ФУНКЦИИ У ЛИЦ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК, НЕ НАХОДЯЩИХСЯ НА ДИАЛИЗЕ.....	28
Панаюков Ю.В. АНТИТЕЛА К NR2-ПЕПТИДУ – НОВЕЙШИЙ ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ БИОМАРКЕР ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА.....	29
Пятойкина А.С. РЕДОКС-ДИСБАЛАНС У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВЫМ ЭПИЗОДОМ ШИЗОФРЕНИИ, АССОЦИАЦИЯ БИОМАРКЕРОВ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА С ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКОЙ И ПОБОЧНЫМИ ЭФФЕКТАМИ ТРАДИЦИОННОЙ ТЕРАПИИ.....	30
Сайфуллин А.П., Алейник А.Я., Боков А.Е., Мляевых С.Г. МЕЖОСТИСТАЯ ДИНАМИЧЕСКАЯ СТАБИЛИЗАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ГРЫЖ ДИСКА И СПИНАЛЬНОГО СТЕНОЗА: ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ.....	32

Сайфуллин А.П., Алейник А.Я., Боков А.Е., Израелян Ю.А., Млявых С.Г. ТЕХНОЛОГИЯ УСКОРЕННОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ (ERAS, FAST-TRACK) В СПИНАЛЬНОЙ НЕЙРОХИРУРГИИ.....	33
Сайфуллин А.П., Носов А.В., Дантанаряна В. Р., Лапшина О.В. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ СПИННОГО МОЗГА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА: СЕРИЯ КЛИНИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ.....	34
Сычугов Е.М., Леман Е.А., Вахотина Н.В. ЗНАЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АСИММЕТРИИ В ТЕРАПИИ ШИЗОФРЕНИИ.....	36
Хаятова З.Г., Залялова З.А. СОПОСТАВЛЕНИЕ ДВИГАТЕЛЬНЫХ И АФФЕКТИВНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ФОКАЛЬНЫМИ ФОРМАМИ КРАНИОЦЕРВИКАЛЬНОЙ ДИСТОНИИ.....	37
Черневский Д.К., Карпович Е.И. ОПТИМИЗАЦИЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ СПИНАЛЬНОЙ МЫШЕЧНОЙ АТРОФИИ II ТИПА У ДЕТЕЙ.....	39
Шперлинг Л.П., Дружинина О.А., Жукова Н.Г., Новотный Д.А. ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ДИСТОНИИ.....	40
Штаймец С.В. ОШИБКИ НАЗНАЧЕНИЯ ЛЕВОДОПОСОДЕРЖАЩИХ ПРЕПАРАТОВ ПО ДАННЫМ ЭКСПЕРТИЗ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ТЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА.....	42
Яриков А.В., Шпагин М.В., Липатов К.С., Перльмуттер О.А. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ОРГАНИЗАЦИИ ЦЕНТРОВ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ.....	43

Особенности речевого развития у детей с расстройствами аутистического спектра

Альбицкая Ж.В., Пролежаева Ю.С.
ФГБОУ ПИМУ Минздрава России

Актуальность. Данные официальной мировой медицинской статистики последних десятилетий свидетельствуют о стойкой и значительной тенденции роста аутистических расстройств в раннем детском возрасте.

Цель исследования- изучение особенностей речевого развития у детей с ранним детским аутизмом в различные возрастные периоды.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 518 детей с диагнозом Ранний детский аутизм на основании разработанных критериев включения и исключения. В работе использовались клиничко-психопатологический, клиничко-катамнестический, клиничко-статистический, психометрический методы, данные функциональных методов обследования и результаты экспериментально-психологических методик. Статистическая обработка полученных в процессе исследования данных проводилась с помощью пакетов программ «Statistica 7.0», «Stats» и «Fifer», написанных для языка программирования R 3.4.0 (RCoreTeam (2017)).

Результаты и выводы. Речевое развитие у детей с ДА в 100% (n=518) наблюдений имело свои особенности развития, но не различалось между подгруппами СК и ОА.

С рождения до 1 года у родителей в 80% (n=414) данный период не вызывал каких-либо опасений и тревоги. Однако, при конкретных и детальных вопросах, касающихся каждого месячного этапа (появление звуков, гуления, лепета, слогов, слов, продолжительности гуления и лепета, интонациях, частоте и т.д.) в 89,3% (n=463) наблюдений выявились отклонения и нарушения разной степени выраженности. Общеизвестно, что у здорового ребенка в 3-4 месяца формируется предречевой этап – гуление. Только в 13,1% (n=68) у аутичных детей гуление появлялось в возрастные сроки, в остальных случаях (n=378/72,9%) запаздывало на 2-3 месяца, было редким, малоинтенсивным и безэмоциональным, а в 14% (n=72) появлялось только к 1 году. При этом родители замечали, что вместо звуков дети использовали «непонятный визг или крик». Фаза лепета (при нормальном развитии возникающая в 6-7 мес, а к 8-9 месяцам ребенок должен отвечать звуками на обращенную к нему речь) к этому возрасту отсутствовала полностью у 100% (n=518) детей, и только в 17,6% (n=91) нормально сформировалась к 1 году. 84 (16,2%) ребенка переходили сразу к произнесению слогов без стадии лепета. В 84,1 % (n=436) случаев к 1 году у детей появлялись первые слоги и простые слова (от 3 до 5), которые, как правило, не использовались осознанно и по назначению, не были ни к кому обращены, не обозначали какое-либо желание или просьбу, а в 15,9% (n=82) – в период от 1,5 до 2х лет. Характерной и очень важной для диагностики особенностью данного периода являлось то, что после произнесения первых слогов и коротких слов к 1 году в 98,6% (n=511) наблюдений происходил регресс в развитии речевых навыков; дети «забывали» их, не произносили новые слова или слоги, практически полностью переставали использовать речь, а вместо слов использовали громкие нечленораздельные и трудные для интерпретации звуки и слоги. В последствии через 3-6 месяцев и позднее вновь появлялась речевая продукция, которая напоминала «лепет» или «птичий язык». У 35,3% (n=183) детей первые слова были не привычными и характерными для этого возраста (мама, папа, дай, баба и т.д.), а необычными и редко употребляемыми в детском возрасте: луч, свисток, приставка, прямоугольник, тень,

наушник, вертолет и другие. Практически все слова, употребляемые ребенком, не накапливались, а произносились в течении 1-2х месяцев, ни к чему не относясь, а затем забывались или заменялись другими, но также на короткое время. Обращало на себя внимание, что в 22,7% (n=118) у детей запаздывало появление слова «мама» (появлялось после полутора-двух лет), но оно было не обращенным и чаще появлялось после произнесения других слов, а 21 (4%) ребенок произнес это слово после 4х лет. Словарный запас, соответствующей возрастной норме (50-70 слов до 2х лет) не был выявлен ни в одном наблюдении (0/0%). Время появления фразовой речи (в норме появляющейся в возрасте с 2х до 2,5 лет) у всех детей с ДА в 100% (n=518) случаев было запоздалым. Можно сказать, что ни один ребенок к трем годам не овладел фразовой речью, состоящей из трех слов. В речи присутствовали обезличенные словосочетания, такие как «налить воды», «нет света», « не играть», «хочет гулять» и комментирующие фразы – «это кошка», «баба стирает», «игрушка громкая» и т.д.) , которые сформировались к 2,5 годам у 5% (n=259) детей, к 3 годам у 23,4% (n=121), и в 31,7% (n=164) позднее трех лет. Для первых фраз, как и для слов, которые дети произносили раннее, также было характерно неиспользование их для взаимодействия со взрослыми и детьми. В 100% (n=518) случаев в речи детей с присутствовали эхолалии, повторы слов, услышанных от других людей, мультфильмов или фраз из рекламных роликов. Часто эти фразы произносились с той интонацией, с которой они были услышаны. Все 518 (100%) пациентов не задавали вопросы и не обращались с просьбами ко взрослым. Во всех случаях наблюдений (518/100%) отмечалась бедная артикуляция, нарушение ритма речи, интонаций, монотонность. В этот же возрастной период у 64,5% (n=334) детей были выявлены вокальные стереотипии в виде «дельфиньего визга», повторения одного гласного звука или «мычания».

В дошкольном возрасте только в 13,1% (n=78) случаев средний возраст появления простой фразовой речи у детей составил 4,5-5 лет, а 440 (86,9%) детей не овладели фразовой речью. Особый интерес вызывало употребление и инверсия личных местоимений и отсутствие речи «от первого лица», что наблюдалось в 93,7% (n=485) случаях. Местоимение «Я», возникающее в норме к 2-2,5 годам детьми с ДА не использовалось вообще, и они говорили о себе во втором или третьем лице. У 61% (n=316) детей отмечалось нарушение звукопроизношения, невнятность, смазанность речи, внезапные «лепетные включения». Так же как и в предыдущие возрастные периоды, характерными особенностями для данной возрастной группы являлось не использование речи для коммуникации и диалога и сохранение в речи большого количества эхолалий и вербальных стереотипий. 429 (82,8%) детей постоянно повторяли определенные непонятные звуки, слова, без конца задавали одни и те же вопросы без потребности получить ответ, визжали, «мычали», шипели или «гудели».

К 7 годам только 14,7% (n=76) детей из общего числа обследованных имели простую фразовую речь, но при этом у овладевших развернутой разговорной речью сохранялись эхолалии и палилалии и со стороны речь казалась формальной, механической и монотонной, с бедными интонациями и отсутствием плавности. 29,6% (n=153) детей лучше справлялись с пониманием письменной речи, чем устной, а 34,9% (n=181) детей так и остались «безречевыми» или использовали несколько слов для объяснения своих просьб и обращения к родителям. 3,7% (n=192) детей овладели иностранной речью (простые предложения из 2-3 слов, заимствованные из компьютерных игр) и использовали только от 5-до 10 русских слов (в основном, команды – дай, хочу, принеси, одень и т.д). У 19,1% (n=99) детей была выявлена интересная особенность: сочетание бедной, однообразной и односложной коммуникативной речи с наличием длинных, сложных, но ни к кому не обращенных монологов. 8,1% (n=44) детей вели диалоги «сами с собой»

(например, о том как прошел день, что он сегодня делал...то есть, задавали себе вопросы и сами на них отвечали). Вокальные стереотипии, эхолалии, многочисленные повторы ранее услышанных фраз из книг, мультфильмов и рекламы сохранялись у 100% (n=518) детей, а в 84,8% (n=439) случаев выступали в качестве основного вида коммуникативного общения, а неполное понимание обращенной речи было зарегистрировано у 518 (100%) детей (таблица № 27).

Таким образом, результаты проведенного исследования показали, что особенности речевого развития у детей с аутизм специфичны, не встречаются при другой патологии и могут являться критериями диагностики.

Нейродегенеративные заболевания в молодом возрасте. Вопросы тактики ведения больных с болезнью Паркинсона с ранним началом

Александрова Е.А.¹, Фомин С.В.², Паршина Е.В.², Бородачева И.В.², Юлин В.С.².

¹Приволжский исследовательский медицинский университет, Нижний Новгород, Россия.

²ГБУЗ НО НОКБ им. Н.А. Семашко, Нижний Новгород, Россия.

Нейродегенеративные заболевания – актуальная проблема неврологии, поскольку течение данных заболеваний носит неуклонно прогрессирующий характер и приводит к глубокой инвалидизации пациентов. Принято считать, что нейродегенеративные заболевания поражают больных старшей возрастной группы, однако такие болезни, как болезнь Гентингтона, паркинсонизм с ранним началом, ранняя форма болезни Альцгеймера, нейродегенерация с отложением железа в мозге 1, лобно-височная дегенерация могут дебютировать в возрасте от 20 до 50 лет у ранее соматически и неврологически здоровых людей.

Среди нейродегенеративных заболеваний особое место занимает болезнь Паркинсона (БП) с ранним началом. В клинических исследованиях по-разному трактуется термин «болезнь Паркинсона с ранним началом». Ряд авторов под ранним началом подразумевают возраст появления симптомов болезни до 60 лет. Хотя дефиниции разнятся, общепринятыми считаются следующие возрастные рамки до 20 лет – ювенильный паркинсонизм, до 40 лет – паркинсонизм молодого возраста (0,9% от всех случаев БП), до 50 лет – паркинсонизм с ранним началом (3,6%) [1]. Клинический полиморфизм болезни Паркинсона с ранним началом, включающий в себя «дистонический» вариант дебюта, дебют с миофасциальных синдромов области плечевого пояса или головной боли напряжения, аффективных расстройства тревожно-депрессивного характера, синдрома «беспокойных ног», нарушения сна, высокая вероятность развития и тяжесть моторных флюктуаций и лекарственных дискинезий делают актуальным изучение этой формы патологии и разработку тактики ведения этой категории больных с учетом вышеуказанных особенностей [1, 2]. В тоже время возможности медикаментозной и немедикаментозной коррекции нарушений позволяют не только улучшить качество жизни, но и сохранить трудоспособность для данной категории больных, а в некоторых случаях предотвратить возникновение тяжелой инвалидизации [3, 4]. Пациент Д., 1977 г. с дебютом БП в 2006 г. в возрасте 29 лет наблюдается в неврологической клинике с 2013 г. В течение первых пяти лет наблюдения, за счет оптимизации терапии с использованием комбинации препаратов агонистов дофаминовых рецепторов (АДР), препаратов леводопы и ингибиторов МАО-В удавалось достаточно эффективно контролировать моторные симптомы, избегать развития тяжелых моторных

флюктуаций. Пациент работал. В 2018 году, несмотря на проводимое лечение, отмечалось прогрессирующее заболевание. Появились тяжелые моторные флюктуации по типу «включения-выключения» с эпизодами полной невозможности самообслуживания, развились лекарственные дискинезии по типу хореических гиперкинезов. В возрасте 41 года был вынужден уволиться с работы. Самостоятельно принимал до 8-10 таблеток леводопы в сутки.

Был направлен на нейрохирургическое лечение в Федеральный Центр Нейрохирургии им. академика Н.Н. Бурденко. В нейрохирургическом отделении 03.09.2020 г. выполнена операция: имплантация системы стимуляции глубоких структур мозга. Послеоперационный период протекал без особенностей. При осмотре на стимуляции – моторная компенсация удовлетворительная. Выписан с положительным эффектом, на фоне стимуляции исчезли флюктуации, снижена доза препаратов леводопы до $\frac{3}{4}$ т. 3 раза в день, проноран 150 мг. в сутки. Планирует вернуться к трудовой деятельности.

Таким образом, у молодых больных (до 50 лет) в силу особенностей течения заболевания и большей длительности предстоящей жизни вероятность развития флюктуации и дискинезии существенно выше, поэтому лечение леводопой необходимо максимально отсрочить. Лечение в этой возрастной группе может быть начато с ингибитора МАО-В, оптимальнее всего с разагилина (при умеренном двигательном дефекте) или агонистов дофаминовых рецепторов (АДР) (при более выраженном двигательном дефекте), далее к одному из этих средств или комбинации может быть добавлен амантадин. Если у пациента, несмотря на применение комбинации всех вышеуказанных средств в адекватных дозах, сохраняется выраженный тремор покоя, ограничивающий его жизнедеятельность, возможно добавление холинолитика в минимальной эффективной дозе. И только если комбинация ингибитора МАО-В, АДР, амантадина и холинолитика не обеспечивает оптимальный уровень функционирования больного, к лечению добавляют малые дозы леводопы [1].

Длительное наблюдение за больными БП с ранним началом в условиях специализированного приема позволяет длительно сохранить у таких пациентов хороший уровень моторной компенсации. После возникновения моторных флюктуаций и лекарственных дискинезий, требуется тщательная оценка необходимости установки стимулятора глубоких структур мозга и своевременного направления на нейрохирургическое лечение с целью получения наилучшего клинического улучшения.

Список литературы:

1. Иллариошкин С.Н., Руководство по диагностике и лечению болезни Паркинсона: учеб. пособие. / С.Н. Иллариошкин, О.С. Левин – М.: Издательские технологии, 2018. – 336 с.
2. Иллариошкин С.Н. Современные представления об этиологии болезни Паркинсона / С.Н. Иллариошкин // Неврологический журнал. 2015. Т. 20, № 4. – С. 4-13.
3. Chahine L.M., Stern M.B. Characterizing Premotor Parkinsons Disease: Clinical Features and Objective Markers. *Mov. Disord. Clin. Pract.* 2014; 1 (4): 299-306.
4. Turcano P., Mielke M.M., Bower J.H., Parisi J.E., Cutsforth-Gregory J.K., Ahlskog J.E., Savica R. Levodopa-induced dyskinesia in Parkinson disease: A population-based cohort study. *Neurology* 91, 2018; 22–43.

Физическая тренировка пациентов с перенесенным инсультом

Гурьянова Е. А., Васильева Д.А.

ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова»,
г. Чебоксары, Россия

Аннотация. Представлены результаты исследования влияния физической подготовки на пациентов с перенесенным инсультом. Рассмотрены следующие виды физических тренировок: кардиореспираторная, тренировка сопротивления и смешанная тренировка. Основными целями исследования являются – определение эффективности физической подготовки в отношении снижения смертности, недееспособности и инвалидности у пациентов с перенесенным инсультом.

Ключевые слова: инсульт, физическая подготовка.

В социально развитых государственных системах, когда население страдает от гиподинамии, требует доказательств постулат о том, что меры по повышению физической подготовки могут способствовать снижению смертности и инвалидности за счет повышения функциональности.

Цель работы - определить, способствует ли фитнес-подготовка после инсульта снижению смертности населения, недееспособности и инвалидности. Второстепенные задачи заключаются в определении воздействия тренировок по таким вопросам, как: нежелательные явления, факторы риска, физическая пригодность, мобильность, физическая функция, состояние здоровья и качество жизни, настроение и когнитивные функции.

Поиск данных проведен в базах Cochrane Stroke Trials Register, CENTRAL, MEDLINE, Embase, CINAHL, Sportdiscus, Psycinfo. Исследовались рандомизированные пробы, сравнивающие кардиореспираторную подготовку или тренировку сопротивления, либо и то, и другое (смешанная тренировка), или без упражнений для пациентов после инсульта.

Физическая подготовка имеет важное значение для повседневной деятельности, такой как: прогулка и/или подъем по лестнице. Однако, у всех она различна, к примеру: физическая подготовка у мужчин, как правило, несколько выше, чем у женщин; и по мере взросления, физическая активность у всех снижается. Известно, что данная подготовка у выживших после инсульта находится на низком уровне, и это может ограничить их способность выполнять повседневную работу, а также усугубит инвалидность, непосредственно связанную с инсультом. По этой причине была предложена физическая подготовка в качестве положительного подхода для пациентов с перенесенным инсультом. Участие в тренировках может иметь ряд других преимуществ, важных для людей с инсультом, таких как: улучшение когнитивных функций и настроения, а также качества жизни. И самое главное, это может уменьшить вероятность еще одного инсульта.

По нашим данным проводилось 75 исследований, участие в котором приняли 3617 человек, на всех этапах лечения, включая пребывание в больнице или в домашних условиях, в том числе кардиореспираторные тренировки или тренировки на выносливость (32 исследования, 1631 участник), тренировки на сопротивление или «силу» (20 исследований, 779 участников), и смешанные, которые представляют собой комбинацию кардиореспираторной тренировки и тренировки на устойчивость (23 исследования, 1207 участников). В итоге выяснилось то, что смерть не была вызвана каким-либо мероприятием; разность рисков равна 0,00 (неопрровержимые данные). В целом было отмечено небольшое число случаев смерти (19/3017 в конце мероприятия и 19/1469 в конце последующей деятельности). Показатели инвалидности были улучшены по

окончании курса кардиореспираторной подготовки (стандартизованная среднее значение 0,52, 95% КИ 0,19-0,84; 8 исследований, 462 участника; $P = 0,002$; данные средней степени достоверности) и смешанной подготовки (ССЗ 0,23, 95% КИ 0,03-0,42; 9 исследований, 604 участника; $P = 0,02$; неопровержимые доказательства).

Вторичные результаты показали многочисленные преимущества с точки зрения физической подготовки (пик VO_2), мобильности (скорость ходьбы) и физической функции (функции баланса). Эти физические эффекты, как правило, были связаны с конкретными видами вмешательства, с большей частью низкой или умеренной степенью достоверности. Данные о коэффициенте риска были ограниченными или не свидетельствовали о наличии эффектов, за исключением кардиореспираторного фитнеса (пик VO_2), который увеличивался после кардиореспираторных тренировок (средняя дифференция (MD) 3,40 мл/кг/мин, 95% CI 2,98 - 3,83; 9 исследований, 438 участников; доказательства с умеренной степенью достоверности). После того, как тренировки были прекращены, не было ясности в отношении положительных результатов, связанных с мобильностью.

Небольшое число смертей, в целом, говорит о том, что упражнения являются безопасным вмешательством, но мы не можем определить: снижают ли физические упражнения вероятность смерти или инвалидности. Кардиореспираторные тренировки и, в меньшей степени, смешанные тренировки, снижают инвалидность во время или после лечения инсульта; Это может быть достигнуто за счет повышения мобильности и сбалансированности. Имеется достаточно доказательств для того, чтобы включить в программы реабилитации после инсульта кардиореспираторную и смешанную тренировки, включающие в себя ходьбу, в целях улучшения физической формы, баланса и повышения скорости и качества ходьбы. Улучшения результатов в кардиореспираторных тренировках могут снизить вероятность инсульта на 7%. Показано, что смешанные тренировки повышают способность ходить и улучшают баланс, силовые тренировки - улучшают баланс.

Обзор показал, что недостаточно информации о влиянии фитнес-подготовки на качество жизни, настроение или когнитивные функции; мало данных о безопасности упражнений, особенно для пациентов после тяжелого инсульта (с потерей способности ходить).

Список литературы:

1. Saunders D.H., Sanderson M., Hayes S., Johnson L. et al. Physical fitness training for stroke patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020, Issue 3. Art. No.: CD003316. DOI: 10.1002/14651858.CD003316.pub7
2. Aidar F.J., J. de Oliveira R.J., Gama de Matos D, Mazini Filho M.L. et al. A randomized trial investigating the influence of strength training on quality of life in ischemic stroke. *Topics in Stroke Rehabilitation* 2016;**23**(2):84-9. [DOI: [10.1080/10749357.2015.1110307](https://doi.org/10.1080/10749357.2015.1110307)]
3. Барышов Д.Ю., Гурьянова Е.А. Способ восстановления функции ходьбы у постинсультного больного // В сб.: Выбор оптимальной стратегии у пациентов с сосудистыми заболеваниями. Региональный сосудистый центр 2019: итоги десятилетия. материалы Междисциплинарной научн-практ. конф. Под ред. Е.И. Бусалаевой. 2019. С. 15-20.
4. Гурьянова Е.А., Ковальчук В.В., Тихоплав О.А., Литвак Ф.Г. Функциональная электростимуляция при восстановлении ходьбы после инсульта. Обзор научной литературы // Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация. 2020. Т. 2. № 3. С. 244-262.

5. Kim S.M., Han E.Y., Kim B.R., Hyun C.W. Clinical application of circuit training for subacute stroke patients: a preliminary study. *Journal of Physical Therapy Science* 2016;**28**(1):169-74.

Качество жизни у лиц с психическими расстройствами

Карпухин И.Б., Карпухина Е.В., Мюллер А.С., Перевезенцева Е.А., Лемаева А.А.
ФГБОУ ВПО «Приволжский исследовательский медицинский университет»

Введение Психиатрия с каждым годом становится всё менее стигматизированным направлением медицины. Современный подход к лечению психических расстройств подразумевает уход от патерналистской модели взаимоотношений между врачом и пациентом с переходом к сотрудничеству всех участников лечебного процесса. Всё большее значение приобретает индивидуальный подход к терапии, с учётом всех потребностей пациента и его окружения. Применяются различные методы оказания психиатрической помощи в зависимости от тяжести и динамики течения заболевания, индивидуальных особенностей психопатологической симптоматики. Может быть использована стационарная, амбулаторная формы лечения, так и консультирование с использованием телемедицинских технологий и, при необходимости, психотерапевтическая помощь.

Качество жизни при психических расстройствах

Одним из важнейших факторов прогноза течения заболевания является субъективная оценка пациентами своего состояния. Качество жизни позволяет оценить, как субъективную удовлетворённость человека в жизни, так и создать целостную картину эффективности лечения и реабилитации. Качество жизни - согласно определению ВОЗ - «личное ощущение его или ее роли в жизни, в культуральном контексте и с позиции индивидуальной системы ценностей, а также его или ее отношение к целям, ожиданиям, критериям и социальным взаимоотношениям».

При изучении качества жизни пациентов с психическими расстройствами, вне зависимости от их этиологии, должна приниматься во внимание проводимая психофармокотерапия, которая, несомненно, оказывает влияние на оценку своего состояния самими пациентами. В ходе ряда работ как зарубежных, так и отечественных авторов была установлена следующая закономерность - после отказа от поддерживающей терапии у пациентов с диагнозом «шизофрения» происходит увеличение негативной симптоматики, становится более выражен дефект личности, вместе с тем возрастает частота повторных госпитализаций, и сокращение периода ремиссий. В то же время, около 30% пациентов, при наличии адекватной терапии, способны достигнуть степени «социального выздоровления», либо ремиссии с минимальной симптоматикой, позволяющей им социализироваться.

Качество жизни у пациентов с диагнозом шизофрения

Шизофрения представляет собой одно из наиболее распространенных психических расстройств (около 1% населения). В большинстве случаев данное заболевание имеет хроническое течение, либо вариант с частыми рецидивами, нарастающими изменениями личности и высоким уровнем инвалидизации (до 40% больных). В связи с этим вопрос об оценке успешности лечения, реабилитации, а также дальнейшем нахождении пациента в социуме, носит крайне острый характер. Важным фактором для прогноза течения заболевания и качества жизни пациентов с диагнозом шизофрения является раннее своевременное выявление начальных симптомов обострения.

Ряд зарубежных и отечественных авторов считают, что у больных с шизофренией оценка качества жизни имеет многогранные аспекты, исключительно индивидуальные для данного заболевания и объясняют данный феномен тем, что долговременный прием нейрорептиков может давать ряд побочных эффектов, приводя в конечном итоге к снижению комплаентности. При этом, закономерно, возникает потребность в пересмотре изначально назначенного лечения и переход к нестандартным вариантам терапии. С другой стороны, показатели оценки качества жизни пациентов с шизофренией характеризуют такие важные направления, как тяжесть и динамика течения заболевания, индивидуальные особенности психопатологической симптоматики. Субъективное восприятие пациентами качества жизни пациентом имеет тенденцию к снижению при каждой последующей госпитализации. Приверженность лекарственной терапии повышает такие показатели как мышление, память, концентрация внимания и ряд других критериев.

Изучение качества жизни пациентов с диагнозом шизофрения

Кафедра психиатрии Приволжского Исследовательского Медицинского Университета проводила исследование уровня качества жизни среди пациентов с диагнозом по МКБ 10: F. 20.01 (Шизофрения параноидная) с целью изучить закономерности формирования субъективной оценки своего состояния пациентами и обеспечить улучшение результатов проводимого лечения. В ходе исследования были опрошены три группы респондентов: пациенты с диагнозом шизофрения, находящиеся на стационарном лечении, пациенты с диагнозом шизофрения, находящиеся на лечении в отделении дневного пребывания (амбулаторные) и психически здоровые люди (контрольная группа). Исследование качества жизни проводилось с использованием международного опросника WHOQOL-100 (ВОЗ КЖ-100), который является субъективной мерой благополучия респондентов и их удовлетворенности условиями своей жизни. С его помощью была осуществлена оценка шести крупных сфер качества жизни: физические функции, психологические функции, уровень независимости, социальные отношения, окружающая среда, духовная сфера и восприятие респондентом своего качества жизни и здоровья в целом.

Результатами исследования была выявлена объективно значимая разница в оценке качества жизни у психически здоровых людей и пациентов с диагнозом шизофрения. Средний уровень оценок качества жизни у психически здоровых респондентов достоверно выше, чем у пациентов с диагнозом шизофрения. Средний уровень качества жизни пациентов в группе амбулаторных пациентов составил - 3,364 балла, в группе стационарных пациентов - 3,403 балла, а в группе «здоровые» составил 3,754 балла. Статистически значимые различия в оценках качества жизни наблюдаются между пациентами на стационарном и амбулаторном лечении только по отдельным параметрам опросника.

Заключение Таким образом, требуется подчеркнуть, что проблема качества жизни людей с психическими расстройствами в настоящий момент всё ещё остается в достаточной мере актуальной и требующей внимания. Определение «качества жизни» помогает пациенту быть активным участником лечебного процесса и облегчению перехода к принципу партнерства между врачом и пациентом.

В ходе лечения требуется помимо объективных критериев, таких как тяжесть и длительность заболевания, частота рецидивов, учитывать и субъективное восприятие больным своего состояния для достижения наилучшего результата, приводящего к максимальной социализации пациента. Возможно создание кризисных центров по месту жительства, являющихся альтернативой частой госпитализации, а также более развитая социальная поддержка лиц с психическими расстройствами, позволяющая отдалить или избежать потери у больных связи с социумом, контакта с близкими людьми и способности

самообслуживанию, то есть всех тех факторов, что участвуют в формировании удовлетворительного качества жизни.

Цифровые технологии в здравоохранении и психиатрии: возможности блокчейн платформ и правовые проблемы

Карпухин И.Б., Лемаева А.А., Тришкова О.И.

ФГБОУ ВПО «Приволжский исследовательский медицинский университет»

Введение Формирование цифровой экономики является одной из целей, сформированных в Указе Президента РФ от 09.05.2017 N 203 "О Стратегии развития информационного общества в Российской Федерации на 2017 - 2030 годы". В медицине необходимость цифровизации прописана в паспорте национального проекта «Здравоохранение», утвержденного президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам (протокол от 24.12.2018 N 16). Федеральный проект "Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ)" ставит своей задачей создание механизмов взаимодействия медицинских организаций на основе единой системы, внедрение цифровых технологий и платформенных решений (Постановление Правительства РФ от 26.12.2017 N 1640 (ред. от 18.10.2019) "Об утверждении государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения").

Применение блокчейн платформ в здравоохранении

В числе перспективных платформ для государственных организаций рассматривается и блокчейн. Это система хранения и передачи информации, в основе которой лежит децентрализация элементов, причем в каждом последующем блоке записывается информация о предыдущих. Специфика технологии в том, что раз внесенные данные изъять и поменять уже нельзя.

Система децентрализованного доступа применяется в банковской сфере, таможенной, а также для контроля оборота криптовалюты. Использование блокчейн в здравоохранении уже реализовано в ОАЭ, Бразилии, Эстонии, Германии. Россия ещё находится в самом начале освоения медицинских IT-технологий, в частности блокчейн платформ, и пути их развития прописаны в Дорожной карте «Системы распределенного реестра». Акцент сделан на защиту персональных данных и регулирование оборота лекарственных средств. В результате ожидают, что к 2022 году станет вполтину меньше случаев утечки медицинской информации, оборот контрафактных медицинских препаратов снизится также на 50%, а количество случаев заболевания в результате приема этих лекарств — на 30%. (Дорожная карта развития «сквозной» цифровой технологии «системы распределенного реестра» от 10.10.2019)

Основной нормативно-правовой акт, регулирующий сферу информационного права в России, — Федеральный закон "Об информации, информационных технологиях и о защите информации" от 27.07.2006 N 149-ФЗ, а в области обработки личной информации посетителей медицинских учреждений — Федеральный закон "О персональных данных" от 27.07.2006 N 152-ФЗ. Все законы были приняты до появления криптовалюты и блокчейн платформ, поэтому многие аспекты современных технологий не нашли в них отражения.

Использование IT- технологий в психиатрии

Непосредственно в психиатрии принцип сбора и хранения информации на платформе блокчейн позволяет устранить сразу ряд организационных трудностей:

- утечка личных данных пациентов;
- возможность подделать рецепты на психотропные препараты;
- манипулирование данными предыдущих историй болезни;
- запутанность бухгалтерии, многоступенчатая система работы страховой компании;
- отсутствие полной информации о пациенте, если ранее он не обращался за помощью в данное медучреждение.

Однако проведя анализ современного законодательства и принципов работы распределенных реестров, можно сделать следующие выводы о правовых проблемах применения системы блокчейн в здравоохранении:

1. Нет закрепленного термина в законодательстве, а значит не определен и правовой режим.
2. Необходимость сохранить бумажные аналоги системы, что создает дополнительную нагрузку на административную часть ЛПУ.
3. Отсутствие критериев «разумной достаточности» при сборе всей медицинской информации о пациентах.
4. Искусственное ограничение возможностей пациента по распоряжению личными данными.
5. Невозможность отозвать информацию.

Заключение Внедрение блокчейн платформ в рамках цифровизации здравоохранения в целом и психиатрии в частности требует пересмотра существующего законодательства или выбора другой системы хранения и обработки персональных данных пациентов. Порядок устранения пробелов в законодательстве прописан в паспорте национальной программы «Цифровая экономика России». По этому плану нормативное регулирование цифровой среды, начатое 1 ноября 2018 г., предполагается завершить к 31 декабря 2021 г., а полную проработку нормативно-правовых актов касательно цифровых технологий — до 31 декабря 2024 г.

Новые подходы к диагностике расстройств аутистического спектра и шизофрении

Карпухин И.Б., Мюллер А.А., Перевезенцева Е.А.
ФГБОУ ВПО «Приволжский исследовательский медицинский университет»;

Введение Ухудшение психического здоровья населения, в особенности подрастающего поколения, является одной из проблем современности. Наличие детей-инвалидов является одной из важнейших характеристик контингента психически больных. Около десяти лет в России и мире наблюдается постоянный рост психической патологии у детей, ведущих к нарушению из социальной адаптации и, в последующем, инвалидизации. При изучении данной проблемы было обнаружена сложность при разграничении раннего детского аутизма (РДА) и расстройств аутистического спектра (РАС) и шизофренией у детей, в виду схожести ряда симптомов, характерных для этих заболеваний.

Актуальность нозологической дифференциации расстройств аутистического спектра и детской шизофрении (ДШ) связана с высокой распространенностью этих

психических расстройств в детской популяции (РАС 62 на 10 000, ВОЗ, 2014 г., а детская шизофрения 1,66 на 10 000 в РФ, 2012 г.), трудностями диагностики, нарушениями социализации и недостаточной изученностью патогенеза обоих заболеваний.

Долгое время диагностика расстройств аутистического спектра базировалась только на клинических проявлениях данного заболевания, что значительно усложняло процесс разграничения нозологий. До недавнего времени в мире не существовало объективных показателей для нозологического разграничения РАС и детской шизофрении (ДШ). Оба заболевания обладают сходной фенотипической картиной, имеют примерно одинаковый клинический уровень продуктивных малоспецифических кататонических нарушений, социальную дезадаптацию и другие подобные проявления, характерные как для раннего детского аутизма, так и для шизофрении. Однако стоит учитывать, что при ДШ, помимо кататонических расстройств во время приступов, отмечаются и другие критерии шизофрении, такие как бред, галлюцинации и элементы синдрома Кандинского-Клерамбо (МКБ-10).

Диагностика РАС

Долгое время рекомендованным стандартом диагностики РАС для детей, в том числе на ранних этапах, был молекулярно-генетический метод. Стандартными цитогенетическими методами диагностики являются кариотипирование с G-окрашиванием и флуоресцентную гибридизацию *in situ* (FISH). Исследование кариотипа позволяет проанализировать хромосомный набор в целом, а также отследить крупные перестройки, однако, при этом существует ряд значительных ограничений (трудоемкость процесса, длительность исполнения, высокие требования к квалификации и опыту специалиста и др.), не позволяющих широко использовать данный метод

FISH-диагностика является более современным и менее трудоемким методом, состоящим в окрашивании хромосом набором флуоресцентных красителей, в результате чего гомологичные пары хромосом обретают идентичные спектральные характеристики, что значительно облегчает не только выявление таких пар, но и способствует обнаружению межхромосомных транслокаций, так как транслоцированные участки имеют спектр, отличающийся от спектра остальной хромосомы. С помощью данного метода можно различить последовательности дезоксирибонуклеиновой кислоты (ДНК), находящиеся на расстоянии 50–100 kb друг от друга, и его применение позволяет выявить патологические изменения в хромосомной структуре у 3% детей с РАС.

Последние годы предпринимаются попытки для обеспечения ранней и общедоступной диагностики РАС при помощи анализа биохимических показателей крови. В 2017 году Хаусмон и др. (Howson et al) представили разработанную ими статистическую модель, использующую биомаркеры, зависящие от фолиевой кислоты одноуглеродным метаболическим путем и транс-сульфурационными путями.

Диагностика шизофрении

Одной из актуальных проблем современной психиатрии на сегодняшний день по-прежнему является диагностика шизофрении на ранних этапах, оценка риска развития и течения заболевания. Для проведения адекватной и своевременной терапии, а также проведения разграничения нозологий требуется повышение эффективности диагностических методов раннего выявления заболевших.

В течение последних нескольких лет был разработан ряд методов диагностики нервно-психических заболеваний, основанных на оценке иммунологических и нейробиохимических показателей крови, специфического паттерна экспрессии генов, а также особенностях кровоснабжения различных структур головного мозга. Однако на данном этапе невозможно говорить о их стопроцентной точности, так как накопленные материалы

указывают, что шизофрения является полигенным заболеванием, при котором из генов-кандидатов обладает относительно небольшим размером эффекта.

С целью повышения точности постановки окончательного диагноза требуется увеличивать число определяемых мутаций, что значительно, в конечном итоге, повышает стоимость анализа и одновременно снижает его статистическую значимость. Одним из возможных путей повышения эффективности может считаться включение в диагностику не только генетических, но и нейрофизиологических методов.

Заключение Ранняя диагностика психических расстройств является одним из самых важных направлений развития психиатрии. Имеющиеся сейчас диагностические протоколы, требующие привлечения многих клинических специалистов, не могут удовлетворить критериям ранней диагностики, что приводит к несвоевременному началу терапии, снижая качество жизни пациентов. Высоко-достоверный анализ крови мог бы удовлетворить потребность в диагностике.

Генетические методы диагностики несмотря на свою эффективность, имеют ряд недостатков - высокая стоимость и сложность выполнения. Требуется более подробное изучение биохимических предикторов развития шизофрении и РАС. Для получения максимально достоверных результатов исследования требуется проводить дальнейшую валидацию с полным набором параметров на независимой выборке, в которой будут учитываться не только показатели больных людей, но и контрольных групп. Также необходимо формулирование стандартизированных протоколов для оценки определяемых параметров, необходимых для облегчения независимой проверки в других лабораториях.

Особенности аддиктивных расстройств у учащихся ВУЗов

Карпухин И.Б., Мюллер А.С., Голев Е.А., Перевезенцева Е.А., Иорданова О.Ю., Сафарова Айгюн Сахиб кызы

ФГБОУ ВПО «Приволжский исследовательский медицинский университет»

Введение Вопросы аддиктивного поведения среди молодых людей являются одними из самых актуальных в психиатрии последние десятилетия. Аддиктивное поведение, основным свойством которого является формирование труднопреодолимого стремления к уходу от реальности с использованием искусственного изменения своего психического состояния, чему способствует прием психотропных веществ или сосредоточение внимания на определенных видах деятельности с целью получения эмоционального удовлетворения, является разновидностью девиантного поведения.

Выделяют химические (наркомания, алкоголизм, табакокурение и другие зависимости, связанные с приёмом психоактивных веществ) и нехимические формы аддиктивного поведения (игромания, религиозная аддикция, интернет-зависимость и др.). Вне зависимости от способа ухода от реальности механизмы формирования синдрома зависимости одинаковы.

Актуальность Последние 20-30 лет проблема аддиктивного поведения является не только психиатрической проблемой, но и социально значимым явлением. Все варианты аддиктивного поведения обладают единой структурой развития, а также рядом особенностей: высокая склонность ко лжи, дезадаптивность (проявляющаяся как в общей дезадаптивности, так и в непринятии других), нарушение самоактуализации (временная дезориентация, ригидность поведения и низкая сензитивность), а также деструктивность (патологический уровень враждебности к окружающим). В ходе изучения различных форм зависимого поведения было установлено, что наибольшее распространение данное

психическое расстройство получило именно в группе молодых людей и подростков, в виду лабильности и восприимчивости их психики.

Варианты аддикций у учащихся ВУЗов К сожалению, потребление психоактивных веществ (ПАВ) только увеличивается, особенно в молодёжной среде, где, зачастую, присутствует практика группового применения. Наибольшую трудность при лечении предъявляют зависимые от, так называемых, «легких наркотиков». В виду того, что данные вещества не приводят к формированию ярко выраженной физической зависимости, ограничиваясь только психической составляющей, они получили широкое распространение в молодёжной среде. Помимо натуральных продуктов переработки конопли (наиболее распространённых ПАВ) последние годы получили широкое распространение её синтетические аналоги, более доступные для подростковой и студенческой среды.

Нехимические виды аддиктивного поведения, хотя и являются менее порицаемыми обществом, наносят столь же большой урон, что и химические зависимости. Интернет, практически повсеместно получивший распространение как в профессиональной, так и обыденной жизни людей, стал одним из объектов аддиктивного поведения. Главным образом, молодых людей манит возможность обретения собственного мира, в который не будет доступа взрослым, а также реалистичность виртуального мира и игровых процессов и свобода выбора, возможная в игровой действительности.

Последнее время всё большее число учёных указывает на коморбидность аддиктивного поведения, проявляющегося в сочетании химических и нехимических форм зависимостей. Игровая компьютерная зависимость не является исключением. Всё чаще среди группы, подверженной данной аддикции, встречается и целый ряд других зависимостей, таких как наркотическая, алкогольная, интернет-аддикция и другие. Зачастую, такие пациенты обращаются за помощью именно из-за проблем с психоактивными веществами, а не игроманией, считая её незначительной.

Цель исследования Провести оценку распространенности и уровня интернет-зависимости у студентов ВУЗа (ПИМУ) для разработки программы профилактики зависимого поведения.

Материалы и методы Было проведено сплошное тестированное студентов 1 и 5 курсов лечебного факультета Приволжского Исследовательского Медицинского Института. В ходе исследования было опрошено около 600 учащихся. Были выделены две группы. Первая группа – студенты 1 курса, средний возраст опрошенных – 18,4 лет. Вторая группа – учащиеся 5 курса, средний возраст которых составил 22,6 года. Обследование проводилось по Шкале Чена (CIAS), которая учитывает системообразующие факторы зависимого поведения, а также имеет высокий потенциал эффективности.

Результаты По результатам исследования студентов 1 курса было выявлено, что 25% относятся к первой категории минимального риска возникновения интернет-зависимого поведения; большая часть опрошенных – 60%, оказались в группе склонных к возникновению интернет-зависимого поведения; у 15% опрошенных выявлена выраженная и устойчивая интернет-зависимость. Среди студентов 5 курса 54% относятся к первой категории минимального риска возникновения интернет-зависимого поведения; 44% опрошенных склонны к возникновению интернет зависимого поведения; 2% имеют признаки выраженной и устойчивой интернет-зависимости.

Заключение У учащихся младших курсов, в силу совокупности разных факторов, таких как возраст, психологическая нагрузка, потребность в признании, стресс и т.д., более высок риск возникновения и/или прогрессирования интернет-аддикции, в сравнении со студентами пятого курса.

По результатам исследования требуется проведение динамического анализа аддиктивного поведения у студентов в процессе обучения и психологической реабилитации; изучение данного контингента на наличие других форм аддиктивного поведения (химическая и нехимические формы). Планируется разработка и проведение с обучающимися, у которых выявлена зависимость, психокорректирующих мероприятий, с целью уменьшения степени зависимости и предотвращения появления других видов аддиктивного поведения.

Влияние депрессивных и тревожных расстройств на когнитивные функции

Карпухин И.Б., Карпухина Е.В., Байкина А.Н., Мюллер А.С., Тришкова О.И.
ФГБОУ ВПО «Приволжский исследовательский медицинский университет»

Актуальность Депрессивные и тревожные расстройства чрезвычайно широко распространены в современном мире. По воздействию этих расстройств на экономическую ситуацию ВОЗ определило депрессию как наиболее обременительное заболевание по числу лет, утраченных в силу нетрудоспособности у лиц среднего возраста.

Расстройства депрессивного и тревожного спектров оказывают влияние не только на настроение и жизненный тонус индивидуума, но и определяют успешность его функционирования в социальной среде и возможность выполнения привычной работы.

Депрессивные расстройства и когнитивные нарушения

Нарушения идеаторной сферы при депрессиях классифицируются на две группы симптомов, первую группу составляют нарушения мышления по форме, вторую – расстройства мышления по содержанию.

В рамках когнитивной теории эмоциональные нарушения провоцируют изменения мыслительного процесса, поведения человека и способности интерпретировать происходящие события в позитивном ключе.

Важным вопросом является соотношение когнитивных искажений и когнитивного дефицита при депрессивном расстройстве. С одной стороны, для пациентов с депрессиями характерны общие трудности, связанные с концентрацией внимания и памятью. С другой - депрессивные пациенты легко фиксируются на негативных мыслях, касающихся их жизни, и без затруднений воспроизводят конгруэнтные аффекту воспоминания.

Отмечается, что при депрессии количество когнитивных ресурсов ограничено, а имеющиеся ресурсы направлены на обработку негативного эмоционального аффекта, а не на продуктивную деятельность. При депрессии наблюдаются трудности в ингибировании нерелевантной информации при выполнении задач, что может быть причиной снижения когнитивных возможностей и внимания.

Доказано, что когнитивное функционирование при депрессии характеризуется искажением ингибирующих процессов и дефицитов оперативной памяти; руминативным ответом на негативные эмоциональные состояния и неблагоприятные жизненные обстоятельства, а также неспособностью использовать положительные подкрепляющие стимулы для регуляции патологически сниженного настроения.

Особенности когнитивной дисфункции при депрессии

Обсуждается несколько механизмов развития когнитивной дисфункции при депрессии, отмечается влияние дефицита моноаминов на нейротрансмиссию, в частности

холинергических нейронов, обеспечивающих процессы памяти. Существуют исследования, в которых показано, что при длительно существующей депрессии отмечается атрофия гиппокампа, миндалевидного тела, передней части поясной извилины, префронтальной коры – областях, которые вносят вклад в когнитивное функционирование.

При тревожных расстройствах выделяют несколько нарушений в сфере когнитивного функционирования, а именно - внимание и исполнительные функции, память, когнитивный дефицит, а также аномальные когнитивные и метакогнитивные установки.

Выделяется три варианта нарушений функции внимания при тревоге: обостренное внимание к пугающим стимулам, приводящее к тому, что они обнаруживаются быстрее, чем нейтральные стимулы; трудности отвлечения и отклонение внимания от пугающих стимулов.

Влияние фармакотерапии депрессии на когнитивные способности

Отмечается, что антидепрессанты, атипичные нейрорептиктики, антиконвульсанты, транквилизаторы в лечение тревожных расстройств не приводят к значительному улучшению когнитивных функций, а зачастую способствует их утяжелению. Поэтому в терапии тревожных расстройств, сопряженных с когнитивной дисфункцией, помимо психотерапии, используются средства, улучшающие когнитивные функции. Важнейший когнитивный фактор развития всех тревожных расстройств – непереносимость неопределенности.

Заключение Трудности в диагностике и последующем лечении депрессивного и тревожного расстройств обусловлены прежде всего тем, что нарушения психоэмоциональной сферы часто расцениваются как следствие тяжелой сопутствующей соматической патологии и трактуются как состояния, не требующие коррекции, что впоследствии ведет к неизбежному прогрессированию данных расстройств и ухудшению качества жизни. В связи с этим необходимо отметить, что лечение людей с симптомами депрессии и когнитивных расстройств требует назначения анксиолитической и/или антидепрессивной терапии во избежание негативных медико-социальных последствий аффективных расстройств.

Влияние пандемии covid-19 на психическое состояние населения. Опыт зарубежных стран в столкновении с последствиями эпидемий 21 века.

Карпухин И.Б., Голев Е.А., Карпухина Е.В., Мюллер А.С.
ФГБОУ ВПО «Приволжский исследовательский медицинский университет»

Актуальность За последние 20 лет произошло несколько серьезных вспышек новых вирусных заболеваний, а именно: SARS-CoV в 2003, MERS-CoV в 2012, вирус Эбола в 2014. Для примера, коронавирус в 2020 году вызвал масштабную эпидемию, которая началась в Китае и распространилась на 24 страны. Большая часть тех вызовов, что были брошены системам здравоохранения большинства стран мира пандемией нового коронавируса, в той или иной форме уже встречалась в ходе перечисленных вспышек.

Распространение новых эпидемий заставляло людей физически изолироваться, пресекать социальные взаимодействия, и погружаться в постоянное состояние тревоги за здоровье себя и своих близких. Люди, непосредственно испытавшие на себе тяжелые симптомы новых заболеваний, впоследствии могли столкнуться с серьезными психиатрическими расстройствами. Сочетания этих факторов создало благоприятную среду для развития различного рода нарушений психического состояния людей.

В дополнение ко всему этому, пандемия 2020 года серьезным образом изменила социально-экономическую реальность, что привело к формированию кризиса, отразившегося на огромном количестве людей в разных странах. Новая коронавирусная инфекция стала бедствием глобального масштаба, чье развитие и последствия сложно поддаются прогнозированию.

Роль ограничительных мер В ходе первой волны коронавируса на различных формах карантина находились более 2 миллиардов человек. Меры массового карантина уже доказали свою эффективность в том числе в 2003 году во время вспышки ТОРС, когда общегородские карантинные меры были установлены в некоторых областях Китая и Канады.

В то же время люди, подвергшиеся карантину и изоляции, и в особенности те, кто уже имел историю травматических переживаний, впоследствии гораздо чаще предъявляли тяжелые депрессивные симптомы.

Из опыта ликвидации вспышки МЕРС известно, что люди, подвергнутые кратковременному карантину, даже несмотря на то что очень немногие по итогу оказывались зараженными, демонстрировали сильную тревогу, а также чувство возмущения и гнева, которые имели тенденцию к сохранению и после отмены ограничительных мер. При этом факторами риска являлись: наличие симптомов заболевания во время изоляции, неадекватное снабжение и финансовые потери. Все это сохранило свою актуальность и для нынешней ситуации, в связи с тем, что ограничительные меры сохраняются необычайно долго, и многие в то же самое время испытывают симптомы ОРВИ, которые зачастую неотличимы от симптомов новой коронавирусной инфекции.

Психотравматизация населения и долгосрочные последствия Стоит отметить, что МЕРС и SARS представляют собой симптоматически несколько более тяжелые заболевания, чем COVID-19 и обладают гораздо большим процентом летальности, чем новая коронавирусная инфекция. Однако SARS-CoV-2 в части случаев вызывает не менее серьезную жизнеугрожающую симптоматику. В связи с этим опыт наблюдения за последствиями предыдущих вспышек 2003 и 2012 годов для психики человека актуален.

Существует множество сообщений о долгосрочных последствиях вспышки SARS: даже спустя 3 года среди выживших были широко распространены психические расстройства и синдром хронической усталости. Среди причин их возникновения выделялись в том числе побочные эффекты лекарственной терапии и тяжелые отсроченные осложнения самого заболевания, что в свою очередь актуально и для пациентов с новой коронавирусной инфекцией.

Таким образом эпидемии необходимо рассматривать как массовое психотравмирующее событие, последствия которого невероятно разнообразны: от ПТСР и острых реакций горя, тревожных и депрессивных расстройств, до злоупотребления психоактивными веществами и появления суицидальных мыслей.

Для медработников интенсивные стрессовые факторы, характерные во время пандемии для каждого человека, могут дополняться еще и каждодневной встречей со смертью пациентов, увеличенной рабочей нагрузкой, а также повышенным риском заразить себя и своих близких. Все это обусловило большую распространенность ПТСР, а также депрессивных расстройств средней и тяжелой выраженности среди врачей и среднего медицинского персонала. Важную роль играет тот факт, что новая инфекция на момент первого контакта с ней персонала имеет неизвестный патогенез, прогноз и осложнения, а эффективное этиотропное лечение и вакцины только начали появляться, что, определенно, является фактором, подрывающим состояние медицинских кадров, изначально психологически более стойких, чем другие люди.

Роль страха и заблуждений В ходе предыдущих эпидемий была выявлена взаимосвязь между уровнем приверженности населения мерам безопасности и степенью оценки персонального риска. Люди в большинстве своем колеблются между паникой и отрицанием личного риска, и равновесие здесь зависит в том числе и от источника информации. В условиях быстрого распространения новой инфекции люди не всегда получают достоверные факты, что может в итоге приводить как к страху, так и к пренебрежению к опасности.

В деле борьбы с масштабной эпидемией это создает порочный круг. Объятые страхом медработники массово переводятся либо уходят в отпуска. Население с высоким уровнем психологического стресса и тревоги хуже соблюдает меры предосторожности. Тем самым страх и паника являются факторами, значительно увеличивающими разрушительный эффект самого заболевания, что проявляется в ухудшение контроля за ситуацией и увеличении количества жертв.

Заключение Таким образом, на данный момент остаётся крайне актуальным вопрос рассмотрения эпидемии как потенциального источника психических расстройств, в том числе и среди медицинского персонала.

Зарубежные страны, специалисты здравоохранения которых участвовали в ликвидации вспышек вирусных инфекций в 21 веке, смогли среагировать в должной мере в начале пандемии. В большей степени это относится к Китаю. Опыт работы с малоизученными инфекциями им был полностью усвоен и уже в настоящее время государственные и негосударственные меры, например, направленные на быстрое и качественное информирование населения, дополнительную психологическую помощь медицинским кадрам, дают положительные результаты.

Геморрагический инсульт на фоне гигантских артериовенозных мальформаций

Колесников М.В., Шпагин М.В., Беликин А.А., Хахимов И.Д.
ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №39»
г. Нижний Новгород

Гигантские внутричерепные артериовенозные мальформации (АВМ) определяются как АВМ с максимальным диаметром > 6 см. Они составляют примерно от 3,1% до 4,1% от всех внутричерепных АВМ по данным зарубежных авторов, и 12,9% по результатам исследований отечественных ученых. Частота АВМ, связанных с аневризмой, составила от 18% до 25%. Диагностика и лечение этих поражений в центральной нервной системе часто может оказаться сложной, поскольку внутричерепные АВМ представляют собой гетерогенную сосудистую патологию с вовлечением нескольких областей головного мозга.

Клинические проявления АВМ наблюдаются чаще всего у лиц трудоспособного возраста (20-50 лет). Симптомы и анамнез гигантских АВМ непредсказуемы: чаще всего это кровотечение (от 2% до 4%) и судороги (в 1% случаях), а также другие проявления, включая головные боли или очаговые нарушения, связанные с локализацией АВМ. Большинство АВМ головного мозга выявляются при обследовании по поводу острого кровоизлияния в мозг или случайно при визуализации, связанной с приступом головной боли.

Цель исследования: приводим необычный клинический случай консервативного ведения больного с гигантской АВМ.

В отделении для больных с ОНМК нашей больницы лечилась пациентка М., 77 лет с диагнозом: Острое нарушение мозгового кровообращения по геморрагическому типу с формированием внутримозговой гематомы в левой лобной области на фоне гигантских АВМ обеих гемисфер головного мозга, фузиформной аневризмы исходящей из левой внутренней сонной артерией (ВСА) с выраженной моторной афазией. Гипертоническая болезнь Шст, риск 4. Церебральный атеросклероз. Сахарный диабет 2 типа, целевой уровень HbA1c < 7.5%.

Анамнез заболевания: в начале ноября 2019 года вечером проживающий совместно мужчина обратил внимание на странности в общении (пациентка не понимала, где находится, на все вопросы называла свое имя). Вызвана бригада скорой медицинской помощи, которая доставила пациентку в приемное отделение больницы. Ранее подобных симптомов не отмечала. В приемном отделении были сданы анализы крови (значимых изменений не обнаружено), проведена компьютерная томография головного мозга (КТ): «Картина объемного образования левой гемисферы головного мозга (дифференцировать между атипичной фалькс-менингеомой и АВМ). Острая внутримозговая гематома слева. Дислокация срединных структур вправо». Для дообследования и лечения госпитализирована в отделение интенсивной терапии сосудистого центра (ОРИТ).

Дуплексное исследование магистральных артерий головы: «Гемодинамически незначимые стенозы ВСА справа 35-40%, ОСА справа 25-30%, ПКА справа 25%. Изгибы обеих ВСА, правой ОСА без значимого нарушения кровотока. По ТКД значимой асимметрии и нарушений спектра кровотока не выявлено».

Течение заболевания: при поступлении осмотрена нейрохирургом (заключение: оперативное лечение не показано. Рекомендовано проведение КТ исследования с контрастным усилением). Утром следующего дня (1 сутки) отмечается регресс моторной афазии. Жалуется на общую слабость и диффузные головные боли. На 3 сутки проведена КТ-ангиография головного мозга: «Картина гигантских АВМ обеих гемисфер головного мозга. Резко выраженная аномалия развития Виллизиева круга. Фузиформная аневризма патологического сосуда, исходящего из левой ВСА».

Проведен консилиум с участием неврологов и нейрохирургов, по решению которого пациентка переведена из ОРИТ в отделение неврологии, где продолжена консервативная терапия: лизиноприл, карбамазепин, метопролол, аторвастатин, натрия хлорид, магния сульфат, калия хлорид, холина альфосцерат, этил-метил-гидроксипиридина сукцинат, цефтриаксон.

На фоне проводимой терапии улучшилось общее самочувствие. Уменьшилась выраженность головных болей, нивелировались речевые нарушения. На 15 сутки выписана домой, но продолжает наблюдаться неврологом нашей клиники.

Заключение. Впервые выявленная гигантская артериовенозная мальформация в возрасте 77 лет, ранее не беспокоящая данную пациентку, представляет большой интерес для врачей неврологов и нейрохирургов. Большая редкость данного случая заключается в длительном отсутствии каких-либо клинических проявлений столь значимой аномалии сосудов головного мозга и демонстрирует компенсаторные возможности ЦНС.

Влияние препаратов метаболической поддержки на функциональные исходы в комплексной терапии у пациентов в остром периоде ишемического инсульта на примере применения препарата Целлекс

Кни К.С

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – доцент кафедры неврологии и нейрохирургии ФПК и ППС, д.м.н. Т.В.

Данилова

Актуальность Острые нарушения мозгового кровообращения (75-80% из которых приходится на ишемический инсульт) занимают одну из лидирующих позиций в структуре заболеваемости, смертности и инвалидизации взрослого населения. У 2/3 пациентов, перенесших инсульт, сохраняется различной степени выраженности очаговый неврологический дефицит, нередко приводящий к стойкой инвалидизации. При этом, несмотря на значительное число изучаемых препаратов, нейропротективной программы, продемонстрировавшей в клинических исследованиях достоверное улучшение исхода заболевания, не выявлено. Поэтому поиск адекватных лекарственных средств метаболической защиты нейронов и их окружения со стимуляцией нейропластичности остается одной из важнейших стратегических задач, в связи с чем любые экспериментальные и клинические исследования препаратов с мультимодальным метаболическим действием, понимая единство основных биологических процессов (нейропротекции, нейрогенерации и нейропластичности), а также несомненную роль ангиогенеза, имеют высокую актуальность.

Цель исследования оценка влияния препарата целлекс в комплексной терапии на динамику функциональных нарушений в остром периоде ишемического инсульта у пациентов с двигательными и афатическими нарушениями

Материал и методы Обследовано 40 пациентов в возрасте от 47 до 84 лет, из них 24 женщин и 16 мужчин, в остром периоде ишемического инсульта с развитием в результате инсульта двигательных и афатических нарушений. Диагностический комплекс включал клиническую оценку, нейровизуализацию, проведение экстракраниальной и транскраниальной доплерографии, кардиологическое обследование. Использовались шкала NIHSS, шкала оценки степени выраженности речевых нарушений Вассермана, модифицированная шкала Рэнкин. Основная группа и группа сравнения до начала лечения были сопоставимы по возрасту, пораженному сосудистому бассейну, времени от момента развития инсульта, тяжести инсульта согласно шкале NIHSS, степени выраженности речевых нарушений, а также по шкале Рэнкин. Всем пациентам проводилась стандартная медикаментозная терапия, включавшая базисную и антитромботическую терапию, и ранняя нейрореабилитация, согласно действующему федеральному стандарту оказания медицинской помощи больным с инсультом, а также 25% раствор магния сульфата 10,0мл, вводимый внутривенно капельно 2 раза в сутки. В исследуемой группе (20 человек) дополнительно вводился препарат целлекс подкожно 1,0мл 1 раз в сутки. Первая инъекция препарата выполнялась в течение первого часа от момента госпитализации пациента в стационар.

Результаты у пациентов, получавших целлекс, обнаружено статистически достоверное улучшение речи. В основной группе среднее значение по шкале Вассермана уменьшилось с $40,5 \pm 2,5$ до $33 \pm 3,3$ баллов, в группе сравнения – с $38,8 \pm 2,97$ до $36,8 \pm 3,0$ баллов \), то есть динамика регресса афатических нарушений по шкале Вассермана

составила 7,5 относительно 2,0 баллов у группы сравнения, $p < 0,05$. По шкале NIHSS отмечалось уменьшение баллов в основной группе с $10,3 \pm 3,1$ до $5,6 \pm 1,8$ баллов, в группе сравнения с $11,3 \pm 2,7$ до $7,4 \pm 3,1$, $p < 0,05$. По шкале оценки мышечной силы Британского совета медицинских исследований у пациентов основной группы сила в паретичных конечностях выросла в среднем с $3,1 \pm 0,76$ баллов до $4,6 \pm 0,47$, в группе сравнения – с $3,25 \pm 0,85$ до $4,07 \pm 0,53$ баллов ($p < 0,05$). При анализе динамики функциональной независимости пациентов по модифицированной шкале Рэнкин к 10 дню госпитализации обнаружено достоверно значимое уменьшение показателей от исходного уровня «4 балла» у больных основной группы по сравнению с пациентами группы сравнения (соответственно до 1,8 баллов и 2,6 баллов, $p < 0,05$).

Заключение На основании полученных нами данных можно сделать вывод об эффективности раннего применения препарата целлекс в комплексной терапии при лечении пациентов в остром периоде ишемического инсульта с афатическими и двигательными нарушениями. Препарат способствует повышению эффективности логопедических занятий, немедикаментозных методов восстановления движений, тем самым повышая реабилитационный потенциал.

Реберные дисфункции как причина некардиогенных кардиалгий

¹Лисицын В.В., ¹Емельянов К.В., ²Ястребов Д.Н., ¹Шпагин М.В.

¹ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №39»,

²Медицинский центр «Гарант» г. Нижний Новгород

Кардиалгический синдром, вызываемый вертеброгенными причинами, встречается по данным различных источников, в 25–40% случаев. Причиной болевого синдрома считается сдавление корешка смещенным межпозвоночным диском, раздражение пограничной симпатической цепочки, артрозо-артрит межпозвоночных суставов и т.д.

В мануальной медицине введено понятие реберные дисфункции, одним из клиническим проявлением которых являются некардиогенных кардиалгий. Причиной реберных дисфункций, как правило, является изменения (блокады) реберно-позвоночных суставов. Особое значение в этой ситуации имеют гипертонусы малой и большой грудных, а также мышц между ребрами от V до X слева. Блокады этих же ребер завершают патогенетический цикл изменений, формирующих клиническую картину болей в области сердца.

Имеющиеся в настоящее время стандарты оказания медицинской помощи позволяют достаточно быстро и точно отделить пациентов кардиологического профиля, требующих ургентной терапии. Когда подозрение на коронарный синдром не подтверждается, дальнейшие действия в отношении лиц с кардиалгиями пока не достаточно стандартизированы.

Для дифференциальной диагностики реберной дисфункции с коронарной кардиалгией требуется следующий минимум лечебно-диагностических мероприятий: проведение электрокардиографии, анализ жалоб с выявлением типичных признаков стенокардических болей. Важно проведение проб с антиангиальными препаратами, рентгенологическое исследование позвоночника. Необходимо также мануально-терапевтическое исследование паравертебральных мышц и мышц передней грудной стенки.

Группу обследования и лечения составили 40 человек (18 мужчин, 22 женщины в возрасте от 18 до 55 лет). Критерии включения – наличие кардиалгического синдрома.

Критерии исключения – имеющиеся у больного общие противопоказания для проведения мануальной терапии. Диагноз направившего учреждения: дорсопатия, мышечно-тонический синдром. Сопутствующие заболевания: патология гепатобилиарной системы выявлялась у 19 человек, гастроэзофагеальнорефлюксная болезнь – у 12 человек. Методы обследования: ЭКГ, ЭхоКГ, суточное мониторирование ЭКГ и проба с физической нагрузкой, рентгенологическое исследование шейного и грудного отделов позвоночника, ультразвуковое исследование брюшной полости и органов малого таза, эзофагогастродуоденоскопия, клинический анализ крови и мочи, определение гормонального профиля. Для определения выраженности боли в области грудной клетки использовалась визуально-аналоговая шкала. Сильная боль была выявлена у 16 (40%) человек, умеренная – у 19 (47,5%) человек, слабая – у 5 (12,5%) человек.

Всем пациентам проводилось комплексное лечение, состоящее из курса мануальной терапии и паравerteбральных блокад. После проведенного курса сильная боль сохранялась – у 1 (2,5%) человека, умеренная – 4 (10%), слабая – 5 (12,5%), отсутствие боли – у 30 (75%) человек.

Коррекция патобиомеханических изменений грудного отдела позвоночника должна быть комплексной, с использованием методов мануальной терапии. Это позволяет добиться более высокой эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий, подтверждающихся данными электрофизиологических методов исследования, а также способствует увеличению сроков ремиссии.

Витамин D и заболевания нервной системы

¹Новотный Д.А., Шперлинг Л.П., Дружинина О.А.

²Жукова Н.Г., Столярова В.А., Жукова И.А., Агашева А.Е., Штаймец С.В.

¹Областной центр экстрапирамидных заболеваний с кабинетом ботулинотерапии

²Сибирский Государственный Медицинский Университет (ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России).

Введение Исследователи вели изучение роли витамина D в регулировании фосфорного и кальциевого обмена в течение всего XX века. В ходе этих исследований было показано, что главным назначением активной формы витамина D является контроль метаболизма кальция и фосфора в тонком кишечнике, в то время как колебания содержания этих микроэлементов объяснялись недостаточностью витамина D. В этих случаях для коррекции назначались препараты витамина D. Дальнейшие наблюдения выявили факт того, что витамин D модулирует транскрипцию множества генов, осуществляет контроль в развитии головного мозга в эмбриогенезе, у взрослых контролирует его функционирование, а также принимает участие в осуществлении иммунного ответа. Исследования на животных моделях продемонстрировали, что посредством взаимодействия с нейронными кругами витамин D участвует в регуляции нейропротекции, дофаминергической активности и синаптической нейропластичности. У пациентов с нейровоспалительными и нейродегенеративными заболеваниями выявление низкого уровня витамина D навело на мысль о его возможной роли в патогенезе данных состояний.

Цель Установить взаимосвязь между уровнем витамина D и развитием заболеваний

нервной системы

Методы Поиск статей в системе PubMed (ПабМед) и через отечественные электронные ресурсы по тегам: vitamin D (витамин D), brain diseases (заболевания головного мозга), chronic nervous system diseases (хронические заболевания нервной системы), Alzheimer's disease (болезнь Альцгеймера), Parkinson's disease (болезнь Паркинсона), schizophrenia (шизофрения), multiple sclerosis (рассеянный склероз).

Результаты Витамин D, как стероидный гормон, стимулирует мозговую активность - и у эмбриона, и у взрослого индивида; регулирует деятельность нейронных кругов, двигательное и эмоциональное поведение. У пациентов с болезнью Паркинсона (БП), рассеянным склерозом (РС), болезнью Альцгеймера (БА), расстройством аутистического спектра, шизофренией и при нарушениях сна обнаружены низкие уровни витамина D в плазме крови.

Болезнь Паркинсона и Витамин D

Низкий уровень витамина D в плазме крови выявляется у большинства больных БП. Степень снижения витамина D может быть рассмотрена в качестве предиктора или фактора риска БП. Уровень витамина D зависит от степени тяжести заболевания. Именно дефицит витамина D превалировал у больных на более поздних стадиях БП. Исходя из этого, было сделано предположение, что показатели витамина D могут быть важными биомаркерами БП. В ряде исследований использование витамина D у пациентов с БП показало улучшение постуральной функции. Кроме того, есть данные, что кальцитриол (активный метаболит витамина D) способствует повышению секреции дофамина в пораженном стриатуме крыс, а также обладает нейропротекторным действием. Надо отметить, что не все свойства витамина D могут быть отслежены у пациентов с БП ввиду степени выраженности их двигательных расстройств и гастроинтестинальных проблем, которые приводят к нарушению всасывания витамина D. Более того, нет внятного объяснения, как именно влияет низкий уровень витамина D на биологические процессы у пациентов с БП, хотя воздействие витамина D на дофаминергическую систему доказано.

Рассеянный склероз и витамин D

Низкие уровни витамина D были выявлены у пациентов с РС. Исследования показали, что прием витамина D может снизить риск РС. Поскольку характер исследований был наблюдательным, осталось неясным, действительно ли дефицит витамина D может способствовать развитию заболевания. Добавим, что не все исследования по витамину D у больных с РС дали однозначные результаты. Интервенционные исследования по оценке эффектов витамина D у пациентов с РС претерпели неудачу в связи с некоторыми ограничениями, в частности, из-за короткого периода наблюдения. Генетические варианты метаболизма витамина D были связаны со специфичностью обмена при РС.

Расстройство аутистического спектра и витамин D

Хотя этиология РАС до сих пор не ясна, некоторые генетические факторы и факторы окружающей среды, включая дефицит витамина D, могут вносить вклад в развитие болезни. Многие исследования показали, что у детей с РАС выявлен низкий уровень витамина D. Соотнеся имеющиеся данные по биологическим механизмам влияния витамина D на нервную систему, некоторые авторы предположили, что недостаток витамина D может провоцировать развитие РАС.

Нарушение сна и Витамин D

Зоны мозга, которые регулируют сон, такие как гипоталамус, префронтальная кора и черная субстанция, содержат большое количество рецепторов к витамину D. Эпидемиологические исследования показали связь между гиповитаминозом витамина D и риском развития расстройств сна. Витамин D играет важную роль в регуляции сна.

Шизофрения и витамин D

Мета-анализ 19 исследований, в которых приняло участие 2804 пациентов с шизофренией, выявил у подавляющего большинства дефицит витамина D (более 65%). Тем не менее, механизмы, связывающие низкий уровень витамина D и развитие шизофрении до сих пор остаются неизвестными, и требуются дальнейшие исследования для большего понимания сути проблемы.

Обсуждение Данные представленных современных исследований зарубежных и отечественных авторов носят противоречивый характер, что говорит о необходимости дальнейшего изучения недостаточности (дефицита) витамина D и развития хронических заболеваний нервной системы, их прогрессирования, а также эффективности препаратов витамина D у пациентов с хронической патологией нервной системы.

Познавательные функции у лиц с хронической болезнью почек, не находящихся на диализе

Никитина А.А., Хрулёв А.Е.

ФГБОУ ВПО «Приволжский исследовательский медицинский университет»

Хроническая болезнь почек (ХБП) занимает одну из лидирующих позиций среди самых распространенных хронических неинфекционных патологий в РФ и мире. Согласно прогнозам, к 2040 г. ХБП займет 5-е место среди ведущих причин ранней смертности в мире, уступая ведущие позиции только таким заболеваниям как ИБС, инсульт, инфекции нижних дыхательных путей и ХОБЛ [1]. Нарастающие со временем нарушения структуры и функций почек обуславливают ряд патологических перестроек церебрального сосудистого русла и предрасполагают к развитию, как церебральных сосудистых событий, так и прогрессирующего когнитивного дефицита [2, 3]. В этой связи пациенты с ХБП, как правило, имеют очень высокий или высокий риск развития церебро-vasкулярных заболеваний и когнитивных расстройств. Нарушения познавательных функций является одной из ключевых причин ухудшения качества жизни пациентов ХБП.

Цель исследования: изучение познавательных функций у лиц с ХБП, не находящихся на диализе.

Материалы и методы: обследовано 68 пациентов ХБП стадии 1-4. Пациенты были разделены на 3 группы. В 1-ю группу вошли пациенты ХБП стадии с1, во 2-ю группу - пациенты ХБП стадии с2-с3а, в 3-ью группу – пациенты ХБП стадии с3б-с4. Исследование познавательных функций пациентов проводили с помощью SAGE-теста.

Результаты и обсуждение

Обнаружена достоверная взаимосвязь выраженности когнитивных нарушений со степенью ХБП, а также уровнем образования исследуемых пациентов ($p \leq 0,001$). Наибольшие трудности вызывали задания на счет и кратковременную память, поиск общего между двумя предметами, построение последовательности, в то время как ориентация в пространстве и времени, функция называния предметов оставались неизменными практически у всех обследуемых.

Выводы

Когнитивные нарушения у пациентов ХБП возникают уже на ранней стадии заболевания и прогрессируют по мере нарастания почечной недостаточности и стажа заболевания. Пациенты ХБП нуждаются в постоянном наблюдении невролога или нейропсихолога, регулярном проведении нейропсихологического тестирования и

персонифицированной своевременной когнитивной реабилитации с учетом результатов нейропсихологического обследования в каждом конкретном случае.

Список литературы:

1. GBD 2017 SDG Collaborators. Measuring progress from 1990 to 2017 and projecting attainment to 2030 of the health-related Sustainable Development Goals for 195 countries and territories: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. The Lancet; 2018; 392: 2091-138.

2. Атеросклероз и дислипидемии. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации, VII пересмотр. 2020;1(38):7-42. DOI: 10.34687/2219-8202.JAD.2020.01.0002.

3. Хрулёв А.Е., Никитина А.А., Хрулёва Н.С. Специфические факторы риска развития цереброваскулярных нарушений у пациентов хронической болезнью почек в додиализный период. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2019;18(3):88-93. <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2019-3-88-93>.

Антитела к NR2-пептиду – новейший прогностический биомаркер ишемического инсульта

Панаюков Ю.В.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова

В России ежегодно происходит около 500 тыс. инсультов, а также проживает более 1 млн. людей с хронической ишемией головного мозга, которые находятся в группе повышенного риска ишемического инсульта. Ранняя (лабораторная!) диагностика наличия хронической ишемии мозга, являющейся одной из основных причин возникновения инсульта, позволяет оценить риск развития острых нарушений мозгового кровообращения и принять своевременные организационные и терапевтические меры, направленные на предупреждение возникновения инсульта еще на догоспитальном этапе.

Стенозирующие или тромботические процессы в сосудах головного мозга приводят к нарушению поступления глюкозы и кислорода к нейронам, что является причиной церебральной ишемии.

Избыточное высвобождение глутамата вследствие ишемизации мозговой ткани вызывает гиперактивацию, в том числе, глутаматных рецепторов NMDA-типа. NMDA-рецепторы являются основными возбуждающими нейрорецепторами, которые регулируют передачу электрических сигналов между нейронами и поддерживают функционирование микрососудов головного мозга.

В результате гиперактивации и гиперпродукции NMDA-рецепторы расщепляются серинпротеазой, образуя NR2-субъединицы – пептиды, которые проникают через скомпрометированный ишемией гематоэнцефалический барьер и попадают в кровоток.

Ввиду иммунной изолированности головного мозга общая иммунная система активируется и начинает вырабатывать антитела к пептиду NR2. Эти антитела сохраняются в кровотоке до 3-6 месяцев после одного или нескольких ишемических эпизодов.

Концентрация антител к NR2 в крови у здоровых взрослых в норме составляет <2,0 нг/мл. Высокая концентрация в крови антител к NR2 (выше порога в 2,0 нг/мл) коррелирует с риском возникновения повторных транзиторных ишемических атак или ишемического инсульта.

Тест на антитела к NR2 позволяет диагностировать на доклиническом уровне наличие и степень хронической ишемии.

Основные показания к применению теста:

- 1) хроническая ишемия головного мозга, сопровождающаяся головной болью, головокружением, нарушением памяти, эмоциональными расстройствами и очаговыми клиническими симптомами;
- 2) факторы риска острых сердечно-сосудистых заболеваний: артериальная гипертензия, дислипидемия и атеросклероз, сахарный диабет, нарушения сердечного ритма;
- 3) определение степени риска развития ишемического инсульта: низкий (2,0-3,0 нг/мл), средний (3,0-5,0 нг/мл) и высокий (> 5,0 нг/мл);
- 4) контроль эффективности профилактической терапии у пациентов со средним и высоким уровнем риска развития ишемического инсульта;
- 5) наличие в анамнезе перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения по ишемическому типу;
- 6) определение риска развития повторного ишемического инсульта и контроля эффективности профилактической терапии в подостром и отдаленном периодах заболевания;
- 7) диагностика ранее перенесенного бессимптомного/малого ишемического инсульта и оценка течения хронической ишемии мозга (дисциркуляторной энцефалопатии).

Редокс-дисбаланс у пациентов с первым эпизодом шизофрении, ассоциация биомаркеров оксидативного стресса с психопатологической симптоматикой и побочными эффектами традиционной терапии.

Пятойкина А.С.
ГБУЗ НО "КПБ №1 г.Н.Новгорода

Введение. Окислительный стресс является отличительным признаком нейродегенеративных заболеваний, в том числе шизофрении. Окислительное повреждение липидов, белков, ферментов, углеводов и ДНК клеток может играть важную роль в патофизиологии данного заболевания. Недавние исследования показали, что пациенты с шизофренией имели более низкий антиоксидантный статус с нарушенной антиоксидантно-ферментной активностью. Однако при оценке уровней отдельных ферментов многие исследования зачастую демонстрируют противоречивые или недостоверные результаты. Во многом это связано с тем, что не учитываются такие факторы, как длительность заболевания, возраст испытуемых, курение, прием медикаментозной терапии.

Особый интерес представляет вопрос о том, связан ли окислительный статус с клиническими симптомами шизофрении. Было показано, что общий антиоксидантный статус отрицательно коррелирует с негативными симптомами. Однако влияние окислительного стресса на тяжесть симптомов, переносимость терапии нейрореплептиками и выраженность побочных эффектов еще не до конца изучено.

Целью данной работы являлось сравнение уровня маркеров оксидативного стресса у пациентов с шизофренией и здоровых доноров, изучение корреляции уровня антиоксидантов (глутатион, супероксиддисмутаза, каталаза) и продуктов перекисного окисления липидов (малоновый диальдегид) и белков (альдегид-2,4-динитрофенилгидразоны, кетон-2,4-динитрофенилгидразоны) с психопатологическими особенностями, тяжестью побочных эффектов терапии.

Материал и методы исследования: Было обследовано 50 пациентов и 37 здоровых добровольцев. Критериями включения пациентов в исследование являлись подтверждение диагноза шизофрении с помощью структурированного клинического диагностического «Международного нейропсихиатрического интервью» для психотических расстройств Диагностического и статистического руководства 5-й версии (Mini International Neuropsychiatric Interview, MINI для DSM-5); способность пациента дать осознанное добровольное информированное согласие на участие в исследовании; отсутствие хронических соматических заболеваний и неврологических расстройств, ассоциированных с оксидативным стрессом; отсутствие приема антиоксидантов в течение месяца до включения в исследование.

Критериями включения здоровых добровольцев в исследование являлись: отсутствие зарегистрированных ранее на протяжении жизни психических расстройств (здоровый доброволец не наблюдается у психиатра и ранее не обращался к психиатрам по поводу проблем с психическим здоровьем), социальной дезадаптации, злоупотребления психоактивными веществами; соответствие по полу и возрасту пациентам, включенным в исследование; отсутствие хронических соматических заболеваний и неврологических расстройств, ассоциированных с оксидативным стрессом; отсутствие приема антиоксидантов в течение месяца до включения в исследование.

После получения добровольного информированного согласия, прохождения всех психодиагностических методик производился забор крови на биохимические исследования уровней глутатиона (GSH), супероксиддисмутазы (SOD), каталазы (CAT), малонового диальдегида (МДА), альдегид-2,4-динитрофенилгидразонов (АДНФГ), кетон-2,4-динитрофенилгидразонов (КДНФГ) сыворотки крови. Уровни маркеров оксидативного стресса оценивали спектрофотометрическим методом.

Результаты: уровень CAT у пациентов статистически значимо ниже, чем у здоровых ($p=0,0007$), а уровень окислительных модификаций белков, характерный как для ранних этапов (АДНФГ) ($p=0,025$), так и для поздних этапов (КДНФ) ($p=0,000076$), выше. Уровень GSH также ниже в группе пациентов, однако не достигает статистически значимой величины ($p=0,061$), что может быть связано с недостаточным объемом выборки. Однако, среди женщин выявлено достоверно значимое снижение GSH ($p=0,043$). Половых различий параметров оксидативного стресса в обеих группах выявлено не было. Была выявлена статистически значимая корреляция уровня GSH со стереотипным мышлением ($r=-0,34$), моторной заторможенностью ($r=-0,31$), снижением критичности к своему состоянию ($r=-0,34$). Уровни СОД ($r=-0,35$) и CAT ($r=-0,45$) имеют достоверно значимую корреляцию с общей негативной подшкалой PANSS. Статистически значимых корреляций параметров окислительного метаболизма и тяжестью побочных эффектов лечения выявлено не было. Не отмечено также достоверно значимых отличий параметров оксидативного стресса в подгруппах пациентов, получающих терапию антипсихотиками первого и второго поколения.

Заключение: Приведенная выше комплексная оценка маркеров оксидативного стресса у пациентов с первым эпизодом шизофрении демонстрирует наличие редокс-дисбаланса у пациентов с первым эпизодом шизофрении по сравнению с группой здорового контроля: антиоксидантная защита снижена (уровни GSH и CAT), а окислительные повреждения белков и липидов повышены. Выявленный статистически значимый дефицит CAT, которая может являться одним из наиболее ранних и чувствительных к избытку АФК ферментов, и накопление продуктов перекисного окисления белков у пациентов говорит о наличии у них повреждающего действия прооксидантов. Наличие корреляции уровня антиоксидантов с преимущественно негативной симптоматикой шизофренией говорит о вкладе редокс-дисбаланса в этот

кластер симптомов шизофрении. Также на основании полученных данных можно предположить, что отсутствие корреляции изучаемых биохимических маркеров с тяжестью побочных эффектов терапии нейролептиками является доказательством того, что оксидативный стресс является обособленным от обмена дофамина патогенетическим звеном данного заболевания, требующим отдельной медикаментозной коррекции.

Авторы выражают благодарность:

1. Мазо Галина Элевна, д.м.н., главный научный сотрудник, руководитель отделения эндокринологической психиатрии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Минздрава России, Россия, Санкт-Петербург;

2. Касимова Лала Наримановна, д.м.н., зав. кафедрой психиатрии и медицинской психологии ФГБОУ ВО "Приволжский исследовательский медицинский университет" Минздрава России;

3. Благонравова Анна Сергеевна, д.м.н., профессор кафедры эпидемиологии, директор НИИ профилактической медицины ФГБОУ ВО "Приволжский исследовательский медицинский университет" Минздрава России;

4. Жилиева Татьяна Владимировна, к.м.н., доцент кафедры психиатрии и медицинской психологии ФГБОУ ВО "Приволжский исследовательский медицинский университет" Минздрава России.

Межостистая динамическая стабилизация в лечении грыж диска и спинального стеноза: отдаленные результаты

Сайфуллин А.П., Алейник А.Я., Боков А.Е., Мляевых С.Г.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» МЗ РФ
г.Нижний Новгород

Распространённость симптоматической грыжи диска поясничного отдела позвоночника колеблется в пределах 1-3%, выявляясь чаще всего среди людей трудоспособного возраста [M. Segura-Trepichio et al., 2018]. При этом операция при данной патологии показана только в случае неудачи консервативного лечения, а «золотым» стандартом является проведение дискэктомии [Wang et al., 2014]. Тем не менее иногда она может быть связана с развитием в послеоперационном периоде рецидива грыжи диска и болевым синдромом [Parker et al., 2015]. Одним из возможных путей решения этой проблемы может быть использование межостистых систем динамической стабилизации, которые стабилизируют инструментируемый сегмент, позволяют обеспечить стабильность позвоночно-двигательного сегмента и предотвратить развитие болезни смежного уровня без необходимости проведения спондилодеза [Lee et al., 2015]. Однако публикации об использовании IDSS после дискэктомии неоднозначны и противоречивы, в связи с чем нельзя сделать окончательные выводы об отдалённых результатах.

Цель исследования. Оценка отдаленных результатов межостистой динамической стабилизации в сочетании с декомпрессией позвоночного канала.

Материалы и методы. В исследование включены 155 пациентов (77 мужчин, 78 женщин) с диагнозом спинальный стеноз или грыжа диска в поясничном отделе, прооперированные в Нижегородском институте Травматологии в период 2006 – 2010 гг включительно, которым проведена декомпрессия позвоночного канала с межостистой

стабилизацией системой DIAM (Device for Intervertebral Assisted Motion, Medtronic). Проведен ретроспективный анализ медицинских карт пациентов. Отдаленные результаты отслежены на контрольных осмотрах пациентов или методом телефонного анкетирования. Средний возраст $41,0 \pm 10,2$ года. Для оценки результатов лечения использовалась шкала Macnab, визуальная шкала оценки боли (ВАШ), оценивалась частота повторных операций на целевом и смежных сегментах. Отдаленные результаты (10 лет после операции) отслежены у 78 пациентов (35 мужчин, 43 женщины), средний возраст 40,25 (от 17 до 72). Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы IBM SPSS Statistics 23.

Результаты. Отмечено достоверное уменьшение интенсивности болевого синдрома (ВАШ) после операции от $53,96 \pm 25,87$ до $9,83 \pm 15,30$ ($p < 0,05$) в течении первых 24х месяцев после операции. На момент последнего анализа (10 лет после операции) отмечается относительное усугубление показателей $32,18 \pm 23,83$ по сравнению с предыдущими показателями ($p < 0,05$), тем не менее средние значения показателей боли по ВАШ остались значимо ниже дооперационного уровня ($p < 0,05$). 21 пациент (26,92%) через 10 лет после операции считали себя полностью здоровыми, 49 (62,82%) - были полностью удовлетворены результатом операции, но испытывали проблем, связанных с болями в спине и ногах. 6 пациентов (7,69%) – удовлетворены результатами операции, но нуждались в регулярном лечении по поводу болей в спине и ногах. 2 пациента (2,56%) были полностью не удовлетворены результатом лечения. 12 пациентов (15,38%) были повторно оперированы за период наблюдения. Из них 6 (7,69%) были оперированы в течении первого года после операции и 6 (7,69%) в более отдаленные сроки. Лишь у 5 пациентов (6,4%) потребовалось удаление межостистого импланта. У 73 (93,6%) пациентов межостистые импланты сохранены на протяжении 10 лет после имплантации и не потребовалось применения повторной стабилизирующей операции. Лишь у 2 пациентов (2,56%) отмечены признаки болезни смежного сегмента, потребовавшие хирургического вмешательства.

Выводы. Межостистая динамическая стабилизация в сочетании с декомпрессией позвоночного канала является эффективным методом в лечении пациентов с грыжей диска и поясничным стенозом с высокой частотой положительных отдаленных результатов. При описанной хирургической тактике обеспечивается низкий уровень развития болезни смежного сегмента, по сравнению с поясничным спондилодезом. Тем не менее он не позволяет значимо снизить общего числа повторных операций.

Технология ускоренного восстановления (eras, fast-track) в спинальной нейрохирургии

Сайфуллин А.П., Алейник А.Я., Боков А.Е., Израелян Ю.А., Млявых С.Г.
ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» МЗ РФ г.
Нижний Новгород

Введение. В последние годы активно развиваются технологии быстрого восстановления после оперативного лечения. Это является требованием современности, обусловливаемое развитием знаний и медицинских технологий. Несмотря на то, что протоколы технологии ускоренного восстановления (Enhanced Recovery After Surgery – ERAS или fast-track) разработаны и внедрены во многих хирургических специальностях (гинекология, кардиохирургия, проктология и др.), в спинальной нейрохирургии применение ERAS осуществляется только последние годы, но до сих пор не утвержден

единый протокол. Целью данного обзора была попытка изучить, проанализировать и обобщить исследования, посвященные применению ERAS в хирургии позвоночника.

Материалы и методы. Авторы проанализировали и систематически изучили опубликованную литературу по технологии быстрого восстановления после операции (ERAS) в хирургии позвоночника и спинного мозга с использованием базы данных PUBMED до 15 мая 2020 года, ориентируясь на элементы технологии PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) по поиску литературы

Результаты. В общей сложности в изучение и анализ было включено 25 полнотекстовых публикаций, соответствующие критериям включения и исключения. В обзоре авторы рассматривают применение технологии быстрого восстановления после операции (ERAS) в спинальной хирургии, с целью определения применяемых ключевых элементов ERAS и экономической эффективности, а также место технологии ERAS в следующих разделах хирургии позвоночника: деформации, дегенеративные и опухолевые заболевания.

Выводы. По данным обзора литературы авторы приходят к мнению, что технологии ускоренного восстановления после операции (ERAS) является многообещающим эффективным инструментом для сокращения сроков госпитализации и реабилитации, снижения выраженности послеоперационного болевого синдрома и повышения удовлетворенности пациента результатом лечения в разных направлениях хирургии позвоночника. Однако требуются дальнейшие исследования для объективизации полученных данных и разработки единого протокола ERAS в спинальной нейрохирургии.

Первый опыт применения нейростимуляции спинного мозга в лечении хронического болевого синдрома: серия клинических наблюдений

Сайфуллин А.П., Носов А.В., Дантанаряна В. Р., Лапшина О.В.
ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» МЗ РФ г.
Нижний Новгород

Аксиальный болевой синдром каждый год является причиной операций на позвоночнике более чем у 1 млн. человек. К сожалению, 40% хирургических вмешательств не достигают желаемого результата, и пациенты после операции продолжают испытывать хроническую боль (И.Н. Морозов, 2015) Одной из эффективных хирургических методик, позволяющих значительно снизить выраженность болевого синдрома, является нейростимуляция спинного мозга.

Цель исследования. Проанализировать применение первого опыта использования эпидуральной нейростимуляции спинного мозга при лечении пациентов с хроническим болевым синдромом нейропатического генеза.

Материалы и методы. Ретроспективно проанализировано лечение 11 пациентов с хроническим болевым синдромом путем проведения эпидуральной стимуляции спинного мозга в период с ноября по декабрь 2019 года на базе нейрохирургического отделения Нижегородской областной клинической больницы им. Н.А. Семашко. Средний возраст пациентов составил $51,5 \pm 13,5$ (от 23 до 73 лет), из которых 7 женщин в возрасте $44,7 \pm 7,1$ (от 23 до 56 лет) и 4 мужчины в возрасте $63,3 \pm 11,7$ (от 59 до 73 лет). Клиническая оценка болевого синдрома и выраженность нейропатического компонента боли оценивалась с помощью стандартизированных опросников (ВАШ, PainDetect R.Freyenhagen, 2006; LANSS, 2001; DN4). Все пациенты были проанкетированы на предмет выраженности болевого синдрома до операции, на следующий день после установки

тестового и постоянного электродов, а также через 1 месяц и 9 месяцев с момента нейростимуляции. Опрос пациентов в отдалённом послеоперационном периоде осуществлялся по телефону или на контрольном осмотре.

Результаты. В структуре нозологий преобладали поясничные дегенеративные компрессионные синдромы – 6 человек (55%), травмы нервов – 2 (18%) и состояния после операций на позвоночнике – 3 (27%). У 5 пациентов ранее была проведена операция на позвоночнике по поводу основного заболевания, у одной пациентки в анамнезе был факт травмы. Все пациенты длительно получали консервативную терапию с кратковременным успехом. Средняя длительность существования болевого синдрома до применения нейростимуляции (мес) – $81,7 \pm 76,8$ (от 3 до 240 мес). Выраженность болевого синдрома до операции на момент анкетирования составила $8,1 \pm 1,3$ (от 6 до 10), при этом интенсивность наиболее сильного приступа боли за последние 4 недели – $8,6 \pm 1,2$ (от 6 до 10), а интенсивность боли в среднем за последние 4 недели – $8,1 \pm 1,8$ (от 5 до 10). Распределение по характеру болевого синдрома: непрерывная боль с периодическими приступами – в 4 наблюдениях, приступы боли без болевых ощущений в промежутках между ними – у 4 пациентов, и приступы боли, сопровождающиеся болевыми ощущениями в промежутках между ними наблюдались в 3 наблюдениях. В оценке нейропатического компонента боли (LANSS, 2001) у пациентов получилось в среднем $15,5 \pm 2,5$ баллов (от 11 до 19). После проведенной нейростимуляции выраженность болевого синдрома составила $1 \pm 0,8$ (от 0 до 3). В среднем пациенты находились на тестовой стимуляции (N=5) до постановки постоянных электродов 8 ± 1 дней (от 6 до 10). Продолжительность пребывания после установки системы постоянной нейростимуляции составила $5,5 \pm 1,2$ суток. Проведенное через 1 месяц анкетирование показало, что выраженность болевого синдрома составила $2,5 \pm 1,3$ (от 1 до 5). Через 9 месяцев – $4 \pm 1,6$ (от 1 до 6).

Выводы. Нейростимуляция спинного мозга является эффективной методикой в лечении пациентов с хроническим нейропатическим болевым синдромом, которая позволяет значительно снизить интенсивность боли, повысить функциональные возможности и активность в повседневной жизни. Однако стоит помнить о строгом подборе больных, а также активном взаимодействии неврологов и нейрохирургов с целью успешного лечения этой сложной группы пациентов.

Значение функциональной асимметрии в терапии шизофрении

Сычугов Е.М., Леман Е.А., Вахотина Н.В.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» МЗ РФ
 г.Нижний Новгород

Индивидуальный профиль функциональной асимметрии является фенотипическим выражением особенностей латерализации психических функций в головном мозге. Современная теория выделяет понятия моторной, сенсорной и психической асимметрий, сочетание и степень выраженности которых уникальны для каждого индивида. Результаты многочисленных исследований подтверждают важность определения индивидуального профиля функциональной асимметрии как для психологии индивидуальных различий, так и для клиники психических заболеваний. В частности, расстройства шизофренического спектра в целом характеризуются уменьшением степени мозговой латерализации психических функций, а также значительными нарушениями процессов межполушарного взаимодействия. Целью проведённого нами исследования явилось изучение влияния особенностей индивидуального профиля функциональной асимметрии на эффективность терапии пациентов с диагнозом шизофрения.

Обследованы 92 пациента, находившихся на стационарном лечении в ГБУЗ НО «Городская клиническая психиатрическая больница №1» с установленным диагнозом шизофрения, согласно диагностическим критериям МКБ-10. Оценка особенностей моторной и сенсорной асимметрии проводилась с использованием специально разработанного протокола, содержащего клинические и инструментальные методы. В зависимости от числа отклонений от типичной правосторонней латерализации были определены пять возможных профилей: правый (отсутствие отклонений), преимущественно правый (отклонение по одному признаку), симметричный (отклонение по двум признакам), преимущественно левый (отклонение по трём признакам) и левый (отклонение по всем признакам). Эффективность терапии заболевания оценивалась путём анализа архивных историй болезни, содержащих необходимую информацию о характере и динамике лечения.

Частота встречаемости типов индивидуальных профилей функциональной асимметрии в исследуемой выборке распределилась следующим образом:

Индивидуальный профиль функциональной асимметрии	Правый профиль	Преимущественно правый профиль	Симметричный профиль	Преимущественно левый профиль	Левый профиль
Распределение профилей в исследуемой выборке	16 (17,4%)	34 (37%)	24 (26%)	18 (19,6%)	0 (0%)

Статистическая обработка полученных данных подтвердила достоверность следующих результатов исследования. Симметричный профиль функциональной асимметрии у больных шизофренией сопряжён с большей частотой обострений требующих повторных госпитализаций в психиатрический стационар, а также с большей частотой возникновения экстрапирамидных побочных эффектов нейролептической терапии. Наличие отклонений от типичной правосторонней латерализации по зрению и слуху наряду с симметричным профилем является неблагоприятным прогностическим фактором для возникновения экстрапирамидных побочных эффектов, требуя в

большинстве случаев назначения максимальных дозировок препаратов группы корректоров. Превосходство степени асимметрии моторных функций над слухоречевыми при их общей левополушарной латерализации является прогностически благоприятным фактором эффективности терапии. Для данной группы пациентов характерна меньшая продолжительность первичной госпитализации в психиатрический стационар и быстрый терапевтический ответ на лечение нейр



Представленные результаты исследования подтверждают необходимость дальнейшего изучения характера влияния индивидуального профиля функциональной асимметрии на терапию шизофрении с целью развития персонифицированного подхода к лечению психических заболеваний.

Сопоставление двигательных и аффективных проявлений у пациентов с фокальными формами краниоцервикальной дистонии.

¹Хаятова З.Г., ²Залялова З.А.

¹ ФГБОУ ВО "Казанский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации, Казань, Россия

² Республиканский клинико-диагностический центр экстрапирамидной патологии и ботулинотерапии Республики Татарстан, Казань, Россия

Введение. Мышечная дистония – это расстройство движения, характеризующиеся постоянными или прерывистыми мышечными сокращениями, вызывающими патологические, часто повторяющиеся движения и/или позы, как правило, напоминающие скручивания или дрожание (Albanese et al., 2013). Первичные мышечные дистонии, дебютирующие во взрослом возрасте, чаще всего носят фокальный характер и локализуются в краниоцервикальной области. Снижение качества жизни у пациентов с краниоцервикальной дистонией обусловлено непосредственно двигательными нарушениями, а также немоторными проявлениями, к числу которых относится тревога и депрессия (Avanzino et al., 2010). Научные данные свидетельствуют о большей

распространенности депрессии и тревоги у пациентов с дистониями, нежели у пациентов с другими хроническими заболеваниями (Kuiper D. et al., 2011). В различных исследованиях было установлено, что немоторные симптомы являются более важным определяющим фактором качества жизни, чем двигательные проявления у пациентов с такими расстройствами движения, как болезнь Паркинсона и дистония (Findley L. et al., 2003, Löhle et al., 2009, Wolters ECh., 2009). Целью исследования явилось изучение спектра и характера эмоциональных расстройств и их взаимосвязи с двигательными проявлениями изолированной краниоцервикальной дистонии.

Материалы и методы. На базе Клинико-диагностическом центре экстрапирамидной патологии и ботулинотерапии РТ (РКДЦЭПиБТ) в период с 2014 по 2019 гг было обследовано 160 человек: 133 пациента с фокальной краниоцервикальной дистонией и 31 человек с гемифациальным спазмом в качестве группы контроля. Основная группа включала две подгруппы: пациенты с цервикальной дистонией (ЦД) и пациенты с блефароспазмом (БС). Дизайн исследования представлял сопоставление клинических данных пациентов с фокальной краниоцервикальной дистонией с группой контроля. Оценка выраженности двигательных проявлений проводилась с использованием Унифицированной шкалы дистонии, у пациентов с цервикальной дистонией – дополнительно с помощью Шкалы спастической кривошеи западного Торонто (TWSTRS), Модифицированной шкалы TSUI для цервикальной дистонии, у пациентов с блефароспазмом использовалась Шкала оценки блефароспазма Янковича, Функциональная шкала блефароспазма для оценки повседневной активности. Клиническая оценка тяжести лицевого гемиспазма в контрольной группе проводилась согласно Шкале персональной классификации лицевого гемиспазма. Все пациенты были протестированы с помощью Шкалы депрессии Бэка, Шкалы тревоги Бэка.

Результаты. Средние значения по Шкале депрессии Бэка в основной группе составили $14,8 \pm 10,7$ баллов, в контрольной группе соответствующие показатели составили $8,8 \pm 6,4$ баллов ($p < 0,05$). Таким образом, значения по шкале тревоги Бэка и Шкале депрессии Бэка достоверно выше в основной группе, чем в группе контроля ($p = 0,000$). У 67 пациентов (49,6%) основной группы была выявлена депрессия. У 24 человек (18%) наблюдалась депрессия легкой степени выраженности, у 28 (21,1%) – депрессия средней степени выраженности, у 14 (10,5%) – депрессия тяжелой степени выраженности. Доля депрессивных аффективных нарушений у пациентов группы контроля составила 19,4% (6 пациентов), среди которых у 4 (12,9%) – депрессия легкой степени выраженности, у 2 (6,5%) – депрессия средней степени выраженности. У 87 пациентов (65,1%) с фокальной дистонией (основная группа) был выявлен незначительный уровень тревожности, у 35 пациентов (26,5%) – средний уровень тревожности, у 11 человек (8,4%) – высокий уровень тревожности. В контрольной группе у всех 31 пациентов (100 %) был выявлен незначительный уровень тревоги. В основной группе пациентов с незначительным уровнем тревоги (<21 балла по шкале тревоги Бэка) достоверно меньше, чем в контрольной группе ($p = 0,000$), а пациентов со средним уровнем тревоги достоверно больше, чем в контрольной группе ($p = 0,002$). При исследовании корреляции между двигательными и недвигательными проявлениями у пациентов с ЦД были обнаружены следующие закономерности. Обнаружена слабая прямая корреляция между значением по УШД и Шкалой депрессии Бэка ($r = 0,269$; $p = 0,033$), между значением по шкале TWSTRS и значением по шкале тревоги Бэка ($r = 0,286$; $p = 0,022$), между значением по шкале TWSTRS и значением по шкале депрессии Бэка ($r = 0,381$; $p = 0,002$). Не было обнаружено достоверной корреляции между показателями по УШД и показателями по Шкале тревоги Бэка (0,090; 0,481), между показателями по Шкале TSUI и значениями по Шкалам тревоги и депрессии Бэка ($r = 0,179$; $p = 0,159$; $r = 0,231$; $p = 0,069$ соответственно).

Обнаружена слабая прямая корреляция между показателями по шкале БС Янковича и Шкале тревоги Бэка ($r=0,488$; $p=0,025$), а также Шкале депрессии Бэка ($r=0,470$; $p=0,031$). Соответствующей корреляции аффективных проявлений для показателей по Функциональной шкале БС обнаружено не было.

Выводы. Представленность и выраженность депрессии и тревоги достоверно выше в основной группе, чем в группе контроля ($p=0,006$). Нет достоверных данных, чтобы утверждать, что выраженность аффективных проявлений зависит от тяжести двигательных проявлений у пациентов с фокальными формами краниоцервикальной дистонии. Отсутствие зависимости тяжести психоэмоциональных нарушений от выраженности клинических проявлений может косвенно указывать на то, что депрессия и тревога у этих пациентов не является вторичным проявлением двигательного расстройства, а относится к не двигательным проявлениям заболевания.

Оптимизация ранней диагностики Спинальной мышечной атрофии II типа у детей

Черневский Д.К.

ординатор II года кафедры нервных болезней ПИМУ

Руководитель: д.м.н. Карпович Екатерина Ильинична

Введение Актуальность изучения спинальных мышечных атрофий (СМА) обусловлена внедрением генной терапии данных патологий, что требует оптимизации их ранней диагностики, оценки течения и ответа на патогенетическую терапию. Заболеваемость СМА среди новорожденных составляет приблизительно 1/8000 [Ettinger, 2019]. По встречаемости СМА занимает II место среди орфанных болезней, уступая только входящему в неонатальный скрининг муковисцидозу [Kraszewski, 2018]. Мутация в гене SMN1 приводит к дефициту белка выживаемости мотонейронов, прогрессирующей дегенерации клеток передних рогов спинного мозга, ухудшению двигательных функций, инвалидизирующим осложнениям и летальному исходу. Наиболее распространенным вариантом классической (5q) СМА является болезнь Дубовица или СМА II типа, занимая примерно 45% в общей структуре. [Шаймурзин, 2019]. Её дебют приходится на возраст от 6 до 18 месяцев. Двигательные расстройства выражены не так ярко, как при СМА I типа и прогрессируют медленнее, что затрудняет своевременную диагностику и замедляет начало патогенетической терапии. Однако к 2-3 годам большинство детей прикованы к инвалидной коляске. Смерть часто наступает от дыхательных осложнений [Селивёрстов, 2015]. В последние несколько лет успехи в терапии этого заболевания позволили расширить программы неонатального скрининга в ряде стран, однако в РФ скрининг новорожденных для СМА ограничен. Этот факт требует клинической настороженности для выявления пациентов с СМА, особенно II типа.

Цель и задачи Оптимизация и создание алгоритма ранней клинической диагностики СМА II типа у детей раннего возраста, протекающей под маской синдрома вялого ребенка. Для этого необходимо определить основные клинические симптомы СМА II типа по данным анализа наиболее важных фенотипических признаков заболевания у группы пациентов.

Материалы и методы Был проведен двухлетний анализ клинических симптомов и нейрофизиологических характеристик у 6 детей с СМА II типа из Нижегородской области в возрасте 1 года - 4 лет на протяжении 2 лет. У всех детей диагноз был подтвержден генетически: выявлена гомозиготная делеция 7–8 экзонов гена SMN1 и наличие 3 копий

гена SMN2. Исследовались анамнез заболевания, проведен объективный неврологический осмотр, лабораторно-инструментальные обследования, отдельное внимание было уделено результатам стимуляционной электронейромиографии (ЭНМГ).

Результаты Анализ акушерского анамнеза выявил отягощение (угроза прерывания беременности) у 3 пациентов. Наследственность была отягощена у 1 ребенка, отец которого страдал неуточненной СМА, а дядя по линии отца муковисцидозом. Заболевание манифестировало у 5 детей в возрасте 1 год ± 2 месяца, а у девочки с отягощенной наследственностью – в 2 мес. Моторное развитие до заболевания было нормальным у 5 детей, у 1 - с отставанием. Первыми симптомами у 5 детей были слабость в ногах, утрата возможности стоять и ходить самостоятельно, тремор рук, у 1 с рождения отмечалась задержка моторных навыков. Неврологический осмотр не выявил патологии черепных нервов у всех детей. Вялый тетрапарез отмечен у 1 ребенка, нижний вялый парапарез с незначительным снижением силы в руках - у 4, нижний вялый парапарез с сохраненной силой в руках у одного. Сухожильные рефлексы с ног отсутствовали у всех 6 детей, с рук отсутствовали у 1 ребенка, были снижены у 4, были оживлены у одного. Признаков патологии ЦНС не выявлено ни у одного пациента. Среди прочих симптомов: кифоз грудного отдела позвоночника – 2, плоско-вальгусные стопы - у 6 больных. У всех детей в дебюте заболевания отмечался мелкоразмашистый тремор рук. Креатинфосфокиназа была в норме у 5 детей, повышена в 2 раза у одного. Параметры стимуляционной ЭНМГ (амплитуда М ответа, скорость проведения, F волна, оценка количества ДЕ) позволили предположить патологию мотонейрона у 6 пациентов.

Таким образом, клинический анализ группы детей с СМА II типа позволил выделить ряд общих фенотипических признаков: начало заболевания во II полугодии со слабости в нижних конечностях и отсутствия приобретения моторных навыков. Ведущими клиническими симптомами были нижний вялый парапарез, отсутствие сухожильных рефлексов с ног. У всех детей в дебюте заболевания фиксировался тремор рук. Были характерны плоско-вальгусные стопы. Патология со стороны ЦНС не выявлялась. Признаки поражения мотонейрона по данным стимуляционной ЭНМГ.

Обсуждение и выводы Проведенное исследование подтверждает необходимость генетического обследования на СМА II типа детей раннего возраста с синдромом «вялого ребенка», не способных самостоятельно ходить, с явным преобладанием вялого нижнего парапареза, часто в сочетании с тремором верхних конечностей на фоне нормального психического развития.

Таким образом, знание клинических симптомов СМА II типа позволит определить алгоритм дальнейшего диагностического поиска с целью своевременного начала патогенетической терапии данного заболевания.

Трудности диагностики цервикальной дистонии

Шперлинг Л. П.1, Дружинина О.А.1, Жукова Н.Г.2, Новотный Д.А.1

¹ Государственное автономное учреждение здравоохранения Новосибирской области "Городская клиническая поликлиника № 1". Областной центр экстрапирамидных заболеваний с кабинетом ботулинотерапии

² Сибирский государственный медицинский университет (ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России)

Цервикальная дистония (ЦД)- одна из распространенных форм мышечных фокальных дистоний, дебют которой отмечается у пациентов в молодом работоспособном

возрасте и имеет тенденцию к хронизации. При прогрессировании заболевания наступает инвалидизация больных, что ведет к отказу от профессиональной деятельности и социальных контактов. Этиология и патогенез дистонического гиперкинеза в последние годы рассматривается с позиции мультифакториальности: сочетание генетических и экзогенных триггеров; формирование сетевых расстройств с вовлечением подкорковых структур, соматосенсорных областей и мозжечка. Фенотипический полиморфизм и динамичность проявлений создают определенные трудности в выявлении заболевания. Приоритет в диагностике болезни остается за клиническими симптомами.

Цель исследования: изучить клинико-неврологические особенности, моторные симптомы и немоторные состояния у пациентов с ЦД.

Материалы и методы: в Областном центре экстрапирамидных заболеваний (ОЦЭЗ) было обследовано 120 пациентов с цервикальной дистонией, из них 89 (74,16%) – женщины, 31 (25,84%) – мужчины ($p < 0,0001$). Средний возраст $54,4 \pm 12$ лет. В группе выявлены следующие паттерны ЦД: тортиколлис – 58 (48,3%), латероколлис – 41 (34,2%), другие формы (латерокапут, ретроколлис, антерокапут, антероколлис, сагиттальный и латеральный шифты) – 21 (17,5%). ЦД встречалась в виде изолированной формы у 84% и комбинированной с вовлечением в гиперкинез соседних областей в 16%. Отмечалось сочетание ЦД с дистоническим тремором головы и/или руки – у 70 (58,3%) пациентов, с миоклониями – у 14 (11,6%).

Результаты Анализ синдромов при формировании патологической позы головы и/или шеи показал, что у 43 (36%) пациентов боль в области затылка и/или шеи предшествовала дистонической установке головы. У 40 (33%) – заболевание началось с тремора головы; у 19 (16%) – с гиперкинеза соседней области (насильственное зажмуривание глаз; частое непроизвольное моргание; дрожание руки и/или ноги; неподдающиеся контролю подергивания в мышцах нижней половины лица). Только 18 (15%) – сообщили об изначальной насильственной установке головы и/или шеи. Проведена оценка степени выраженности клинических проявлений (тяжесть гиперкинеза, трудоспособность пациента и ограничение повседневной активности из-за болевого синдрома) с помощью рейтинговой шкалы ЦД Западного Торонто (TWSTRS, Toronto Western Spasmodic Torticollis Rating Scale). Общий средний балл по TWSTRS был $46,13 \pm 8,88$ при максимальном – 85 баллов. Наиболее выраженная по степени тяжести ЦД отмечалась у пациентов из группы «другие варианты ЦД» (ретроколлис, антероколлис, антерокапут, латерокапут, сагиттальный и латеральный шифт), по сравнению с пациентами с латероколлисом ($p=0,0006$) и тортиколлисом ($p=0,0171$). Также степень нетрудоспособности была достоверно более тяжелой в сравнении с группой пациентов с латероколлисом ($p=0,0229$).

Анализ диагнозов, с которыми пациенты были направлены на консультацию в ОЦЭЗ, показывает, что только у 36 (30%) больных была заподозрена ЦД. У 84 (70%) респондентов группы ЦД предполагались другие заболевания. Самыми частыми первичными диагнозами были: хроническая цервикалгия на фоне остеохондроза шейного отдела позвоночника – у 51 (42,5%) пациента и эссенциальный тремор – у 35 (29,2%). Среди других первично установленных диагнозов были: у 10 (8,3%) пациентов – болезнь Паркинсона/синдром паркинсонизма; у 9 (7,5%) – аффективное расстройство; у 3 (2,5%) – хроническая ишемия головного мозга; у 1 (0,8%) – тики; у 1 (0,8%) – резидуальные явления нейроинфекции. В связи с тем, что лечение назначалось с учетом первичных диагнозов, больные получали отсроченную терапию по ЦД. При сравнении между группами «латероколлис», «тортиколлис», «другие варианты цервикальной дистонии» мы не получили достоверной разницы в первоначальных диагнозах. Также не установлены межполовые различия внутри этих групп и между ними ($p > 0,05$). Полученные

результаты показывают, что диагностика ЦД затруднена в связи с полиморфизмом клинической картины, недостаточностью критериев диагностики и профессионального опыта врача. Трудности верификации диагноза также показывают следующие данные: при первичной общетерапевтической консультации ЦД диагностировалась через год и более лет у 88 (73,3%) пациентов, только у 32 (26,7%) - дистоническая патология была выявлена в первые месяцы (соотношение 2,75:1). При обращении к неврологу за медицинской помощью диагноз ЦД установлен у 62 (51,7%) через год и более, у 58 (48,3%) пациентов - в первые месяцы (соотношение 1,06:1). Достоверных отличий в сроках верификации ЦД в зависимости от патологических вариантов и полового фактора не выявлено ($p > 0,05$). Диагностирование ЦД в первые месяцы более результативно было с периода первичного обращения больных за специализированной помощью в сравнении с тем, когда пациенты обращались за консультацией к врачам первичного звена. Также, по нашим данным, на своевременность определения диагноза – ЦД значительную роль играло своевременность направления пациентов в ОЦЭПЗ при подозрении на экстрапирамидную патологию.

Заключение: Проведенный анализ группы пациентов с ЦД в ОЦЭЗ показал полиморфную клиническую картину данного заболевания, дебют которого начинается в большинстве случаев не с патологической позы, а других немоторных симптомов. Наиболее выраженная по степени тяжести ЦД отмечалась у пациентов из группы «другие варианты ЦД»: ретроколлис, антероколлис, антерокапут, латерокапут, сагитальный и латеральный шифт. Полученные данные показывают, что только менее, чем треть пациентов, направлена с правильным диагнозом в специализированный центр. Верификация ЦД выше при осмотре врачами-неврологами по сравнению с врачами общетерапевтической практики. Таким образом, результаты исследования говорят о сложностях диагностики дистонического гиперкинеза на разных этапах консультативной помощи.

Ошибки назначения леводопасодержащих препаратов по данным экспертиз качества медицинской помощи и их влияние на течение болезни Паркинсона

Штаймец С.В.

БУЗОО «Городская поликлиника №3», Российская Федерация, г. Омск
Научный руководитель: Н.Г. Жукова д-р мед. наук, профессор кафедры неврологии и
нейрохирургии. ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет»

Цель исследования: изучить влияние нарушений (не назначения, не верных доз, кратности приёма) назначения леводопасодержащих препаратов на течение болезни Паркинсона (БП).

Произведен анализ 7264 случаев оказания медицинской помощи пациентам с БП, по которым выполнены экспертизы качества медицинской помощи 1754 пациентам. Из них 814 (46,4%) мужчин и 940 (53,6%) женщин. Период наблюдения: 60 месяцев (с 2011-2014 гг. по 2016-2018 гг.).

Критерии включения: 1) наличие верифицированного диагноза БП; 2) не менее 4-х обращений за медицинской помощью в период 60 месяцев; 3) не менее 2-х экспертиз качества медицинской помощи.

Критерии не включения: ОНМК и их последствия, опухоли ЦНС и метастазы в ЦНС, психиатрическая патология, эссенциальный тремор, эпилепсия.

За весь период наблюдения из исследования были исключены 274 пациента по следующим причинам: ОНМК в период наблюдения, смертельный исход, диагностика опухоли или метастатического поражения ЦНС. В конечной точке исследования было зарегистрировано 1480 лиц.

Результаты. Из 1480 пациентов с БП на конечном этапе: 577 (39%) лиц изменило стадию заболевания на более тяжелую, несмотря на проводимую терапию. 903 (61%) - сохранили прежнюю стадию БП, а 223 (15%) человека достоверно ($p < 0.001$) утратили прежний уровень адаптации на более худший (появление инвалидизации либо усугубление степени инвалидизации). Наличие дефектов оказания медицинской помощи в виде не назначения препаратов леводопы ($p < 0.01$) и назначение в неверной дозе и кратности приема ($p < 0.001$) показало достоверное влияние как на пациентов группы с прогрессирующим БП, так и с ухудшением адаптации ($p < 0.001$).

Выводы. Статистически достоверно показано, что у пациентов с болезнью Паркинсона на клиническое прогрессирование заболевания с ухудшением степени как социальной, так и профессиональной адаптации оказывает не адекватное назначение (неверные дозы и кратность приема) или не назначение препаратов, содержащих леводопу.

Цели и задачи организации центров лечения хронических болевых синдромов

¹Яриков А.В., ²Шпагин М.В., ¹Липатов К.С., ²Перльмуттер О.А.
¹ФБУЗ «Приволжский окружной медицинский центр» ФМБА,
²ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №39»
г. Нижний Новгород

Болевой синдром (БС) – основная причина обращений пациентов за медицинской помощью. Большая распространенность БС обуславливает значительные материальные и социальные потери. БС негативным образом влияет на качество жизни человека и существенным образом ограничивает продолжительность жизни.

Часто пациент, страдающий хроническими или рецидивирующими БС, не может найти адекватной медицинской помощи из-за отсутствия специальных лечебных альготерапевтических учреждений, характеризующихся интерактивным, междисциплинарным подходом к лечению БС.

Цель исследования: рассмотреть цели и задачи организации центров лечения боли.

В большинстве развитых стран мира на протяжении многих лет существует специализированная служба оказания помощи лицам с БС. Многочисленные исследования показали актуальность и социальную значимость создания, развития и совершенствования этой службы. Отсутствие специализированной помощи приводит к росту длительности нетрудоспособности и хронизации БС. Количество лиц, страдающих БС, прогрессивно возрастает ежегодно. Хотя постоянно внедряются новые методы лечения, качество лечения не улучшилось, ремиссия недостаточная.

Это дало импульс к созданию и развитию специализированных подразделений – мультидисциплинарных центров и клиник БС.

В литературе приводится описание актуальной системы оказания противоболевой помощи, которая основывается на 3 моделях – мультидисциплинарные амбулаторные

клиники, мультидисциплинарные (междисциплинарные) клиники боли (МдКБ) и мультидисциплинарные центры боли (МдЦБ).

МдКБ и МдЦБ представляют собой наиболее высокоорганизованную и сложную модель, базирующуюся на платформе медицинских образовательных учреждений, госпиталей и университетских госпиталей, но могут быть представлены и в системе частной медицины (Австралия, Канада).

Основные задачи центров лечения БС:

1. купирование или снижение БС;
2. снижение риска ятрогенных осложнений;
3. расширение функциональных возможностей пациента;
4. снижение дней нетрудоспособности;
5. улучшение качества жизни;
6. оптимизация обезболивающей терапии;
7. снижение количества обращений за медицинской помощью;
8. обучение родственников или опекунов пациента;
9. улучшение или развитие у больных способности к самообслуживанию;
10. обучение медперсонала принципам и особенностям работы с лицами с БС;
11. оценка качества и эффективности проводимой терапии (выраженность БС, качество жизни и трудоспособность пациента, физическое и психологическое состояние);
12. информирование населения относительно вопросов лечения БС;
13. проведение научных исследований, касающихся распространенности, причин возникновения и хронизации БС, методов измерения и лечения БС;
14. разработка и публикация информационных пособий по лечению БС для специалистов других специальностей и населения;
15. анализ результатов работы центра лечения БС;
16. участие или самостоятельное проведение специализированных конференций или семинаров по БС.

Использование данных критериев позволяет судить об эффективности лечения с медицинской, социальной и экономической точек зрения.

МдКБ и МдЦБ представляются самой высокоспециализированной ступенью в градации отделений по лечению БС.

Подобные отделения должны организовываться на каждые 1,5-2 миллиона населения для наиболее эффективной работы.

Поскольку БС носит междисциплинарный характер необходимо участием врачей различных специальностей: нейрохирург, анестезиолог, травматолог-ортопед, невролог, рефлексотерапевт, физиотерапевт, врач лечебной физкультуры, психотерапевт, мануальный терапевт, рентгенолог, ревматолог, стоматолог.

В числе консультантов в центре лечения БС должны присутствовать: хирург, ангиохирург, торакальный хирург, кардиолог, гастроэнтеролог, уролог, гинеколог, врач функциональной и электрофизиологической диагностики.

В составе этих клиник должны быть следующие диагностические отделения: экспресс-диагностики, клинической диагностики, функциональной диагностики, иммунологии, радиоизотопной диагностики, лучевой и ультразвуковой диагностики, эндоскопии, профилактики и лечения инфекций.

Выводы В настоящее время, по имеющимся сведениям, в РФ нет специализированных центров или клиник лечения БС, соответствующих определениям и требованиям международных стандартов. В настоящее время во многих городах РФ идет расширяющийся процесс поиска организационных форм отечественной системы

противоболевой медицинской помощи. Однако этот процесс сталкивается с рядом трудностей и в основном с отсутствием стандартов оснащения, структуры, штатов, принципов организации работы.