



НАЦИОНАЛЬНАЯ
АССОЦИАЦИЯ
ЭКСПЕРТОВ
ПО КОМОРБИДНОЙ
НЕВРОЛОГИИ

ISSN 3034-185X (print)

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

КОМОРБИДНАЯ НЕВРОЛОГИЯ

COMORBIDITY NEUROLOGY

№ 4 Том 1

ДЕКАБРЬ 2024

DECEMBER 2024 • VOLUME 1 • ISSUE 4



**Национальная ассоциация экспертов по коморбидной неврологии –
медицинская профессиональная некоммерческая организация, объединяющая
профессионалов в области неврологии и других специальностей из России
и стран ближнего зарубежья.**

ОБ АССОЦИАЦИИ

- ✓ За 2020–2024 гг. проведено > 200 научно-образовательных мероприятий
- ✓ Аудитория мероприятий > 95 000 врачей
- ✓ Лицензия на осуществление образовательной деятельности
- ✓ Собственная образовательная платформа: com-neurology.ru
- ✓ Профессиональная студия в г. Москве
- ✓ > 50 ведущих экспертов России и стран СНГ в президиуме
- ✓ Издает журнал «Коморбидная неврология» и газету для неврологов



РАЧИН АНДРЕЙ ПЕТРОВИЧ,
доктор медицинских наук, профессор,
президент Национальной ассоциации
экспертов по коморбидной неврологии,
главный редактор журнала
«Коморбидная неврология»

Уважаемые коллеги!

Я рад пригласить Вас присоединиться к проектам Национальной ассоциации экспертов по коморбидной неврологии. С 2011 года мы активно проводим научно-образовательные мероприятия для врачей различных специальностей, имеем лицензию на образовательную деятельность. Вы можете участвовать в онлайн-проектах в удобное для Вас время, а также посетить конгресс и очные школы по коморбидной неврологии, где будет возможность повысить свою квалификацию и лично пообщаться с ведущими российскими и международными экспертами.

Кроме того, Ассоциация активно развивает социальные сети, в которых размещаются полезные видеоматериалы и передовые новости медицины, издает журнал «Коморбидная неврология», газету для неврологов и проводит лицензированные образовательные программы с выдачей документов установленного образца.

Будем рады Вашему участию! Приглашаем Вас стать частью профессионального сообщества!

Присоединяйтесь к каналам Ассоциации в социальных сетях:



@com_neurology



@com_neurology



@com-neurology

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

КОМОРБИДНАЯ НЕВРОЛОГИЯ

№ 4 • Том 1 • 2024

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

РАЧИН А.П., д.м.н., проф. (Москва, Россия)

ОТВЕТСТВЕННЫЙ РЕДАКТОР

УСОВА И.А., к.и.н. (Москва, Россия)

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Амелин А.В., д.м.н., проф. (Санкт-Петербург, Россия)
Ахмадеева Л.Р., д.м.н., проф. (Уфа, Россия)
Ачкасов Е.Е., д.м.н., проф. (Москва, Россия)
Барулин А.Е., д.м.н., проф. (Волгоград, Россия)
Беляева И.А., д.м.н., проф. (Москва, Россия)
Власов П.Н., д.м.н., проф. (Москва, Россия)
Вознюк И.А., д.м.н., проф. (Санкт-Петербург, Россия)
Гусева М.Е., к.м.н., проф. (Москва, Россия)
Дехнич Н.Н., д.м.н., доц. (Смоленск, Россия)
Джурабекова А.Т., д.м.н., проф. (Самарканд, Узбекистан)
Доронина О.Б., к.м.н., доц. (Новосибирск, Россия)
Екушева Е.В., д.м.н., проф. (Москва, Россия)
Еремешкин М.А., д.м.н., проф. (Москва, Россия)
Заваденко Н.Н., д.м.н., проф. (Москва, Россия)
Захаров В.В., д.м.н., проф. (Москва, Россия)
Зыков В.П., д.м.н., проф. (Москва, Россия)
Игумнов С.А., д.м.н., проф. (Минск, Беларусь)
Камчатнов П.Р., д.м.н., проф. (Москва, Россия)
Каракулова Ю.В., д.м.н., проф. (Пермь, Россия)
Карпов С.М., д.м.н., проф. (Ставрополь, Россия)
Карраро У., проф. (Падуя, Италия)
Корсунская Л.Л., д.м.н., проф. (Симферополь, Россия)
Котов С.В., д.м.н., проф. (Москва, Россия)
Кочиш А.Ю., д.м.н., проф. (Санкт-Петербург, Россия)
Куликова Н.Г., д.м.н., проф. (Москва, Россия)
Курушина О.В., д.м.н., проф. (Волгоград, Россия)
Маджидова Я.Н., д.м.н., проф. (Ташкент, Узбекистан)

Лаш Н.Ю., к.м.н., проф. (Москва, Россия)
Маркин С.П., д.м.н., доц. (Воронеж, Россия)
Машин В.В., д.м.н., проф. (Ульяновск, Россия)
Менделевич Е.Г., д.м.н., проф. (Казань, Россия)
Мишина И.Е., д.м.н., проф. (Санкт-Петербург, Россия)
Наумов А.В., д.м.н., проф. (Москва, Россия)
Овсянкин А.В., к.м.н., доц. (Смоленск, Россия)
Орлова О.Р., д.м.н., проф. (Москва, Россия)
Парфенов В.А., д.м.н., проф. (Москва, Россия)
Поляев Б.А., д.м.н., проф. (Москва, Россия)
Приори А., проф. (Милан, Италия)
Путилина М.В., д.м.н., проф. (Москва, Россия)
Рахимбаева Г.С., д.м.н., проф. (Ташкент, Узбекистан)
Сиволап Ю.П., д.м.н., проф. (Москва, Россия)
Соколова Л.П., д.м.н., проф. (Москва, Россия)
Соловьева Э.Ю., д.м.н., проф. (Москва, Россия)
Супонева Н.А., член-корр. РАН, д.м.н., проф. РАН (Москва, Россия)
Табеева Г.Р., д.м.н., проф. (Москва, Россия)
Тополянская С.В., д.м.н., проф. (Москва, Россия)
Туруспекова С.Т., д.м.н., проф. (Алматы, Казахстан)
Филатова Е.С., д.м.н. (Москва, Россия)
Храмылин В.Н., к.м.н., доц. (Москва, Россия)
Чернуха Т.Н., д.м.н., доц. (Минск, Беларусь)
Чутко Л.С., д.м.н., проф. (Санкт-Петербург, Россия)
Широков В.А., д.м.н., проф. (Москва, Россия)
Якупов Э.З., д.м.н., проф. (Казань, Россия)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Баранцевич Е.Р., д.м.н., проф. (Санкт-Петербург, Россия)
Белопасов В.В., д.м.н., проф. (Астрахань, Россия)
Бутко Д.Ю., д.м.н., проф. (Санкт-Петербург, Россия)
Данилов А.Б., д.м.н., проф. (Москва, Россия)
Ковальчук В.В., д.м.н., проф. (Санкт-Петербург, Россия)
Лихачев С.А., д.м.н., проф. (Минск, Беларусь)

Новикова Л.Б., д.м.н., проф. (Уфа, Россия)
Нургужаев Е.С., д.м.н., проф. (Алматы, Казахстан)
Рачина С.А., д.м.н., проф. РАН (Москва, Россия)
Реверчук И.В., д.м.н., проф. (Калининград, Россия)
Федин А.И., д.м.н., проф. (Москва, Россия)
Шаров М.Н., д.м.н., проф. (Москва, Россия)

Журнал является рецензируемым научно-практическим изданием.

Журнал основан в 2023 году. Периодичность: 4 раза в год.

Журнал представлен в следующих базах данных: eLIBRARY, ROAD, Российская государственная библиотека.

Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций.

Регистрационный номер: ПИ № ФС 77-86353 от 27.11.2023



НАЦИОНАЛЬНАЯ
АССОЦИАЦИЯ
ЭКСПЕРТОВ
ПО КОМОРБИДНОЙ
НЕВРОЛОГИИ

Издается под эгидой
Национальной ассоциации экспертов
по коморбидной неврологии



ИЗДАТЕЛЬ И УЧРЕДИТЕЛЬ:
ООО «МЕДИКОН»

АДРЕС РЕДАКЦИИ:

Россия, 119415, Москва, проспект Вернадского, д. 41, стр. 1, оф. 529

E-mail: journal@medi-kon.ru

Подписано в печать 03.12.2024. Дата выхода в свет 10.12.2024.

Формат 60×90/8. Усл. печ. л. 17,5. Уч.-изд. л. 16,1. Бумага мел. мат. пл. 105 г/м². Заказ 24–547. Тираж 7500 экз.

Журнал подготовлен в печать и отпечатан ООО «Группа компаний Море»

109147, г. Москва, ул. Марксистская, д.34, к. 10. E-mail: alex.groupsea@mail.ru

ТЕЗИСЫ ПОБЕДИТЕЛЕЙ И УЧАСТНИКОВ МЕЖДУНАРОДНОГО КОНКУРСА МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ ПО НЕВРОЛОГИИ (11–12 октября 2024 г.)

РЕЗЮМЕ

11–12 октября 2024 г. в Москве прошел II Национальный междисциплинарный конгресс с международным участием «Коморбидная неврология 2024», знаковое событие в неврологии и смежных областях медицины, традиционно объединяющее ведущих экспертов из России и стран СНГ.

В рамках Конгресса состоялся Международный конкурс молодых ученых по неврологии, в котором приняли участие 28 человек из 16 городов России, а также из Республики Беларусь, Республики Узбекистан (всего подано более 50 заявок). Представляем вашему вниманию тезисы, отобранные организационным комитетом Конкурса для публикации в журнале «Коморбидная неврология».

Для цитирования / For citation: Тезисы победителей и участников Международного конкурса молодых ученых по неврологии. Коморбидная неврология. 2024; 1 (4): 96–129. <https://doi.org/10.62505/3034-185x-2024-1-4-96-129> [Awarded and Participants Theses of the International Young Scientists. Competition in Neurology. Comorbidity Neurology. 2024; 1 (4): 96–129. <https://doi.org/10.62505/3034-185x-2024-1-4-96-129> (In Russ.)]

AWARDED AND PARTICIPANTS THESES OF THE INTERNATIONAL YOUNG SCIENTISTS COMPETITION IN NEUROLOGY (October 11–12, 2024)

ABSTRACT

The II National Interdisciplinary Congress with international participation «Comorbidity Neurology 2024» was held in Moscow on October 11–12, it was a landmark event in neurology and related fields of medicine, traditionally bringing together leading experts from Russia and CIS countries. Within the framework of the Congress, an international competition of young Scientists in neurology was held, which was attended by 28 people from 16 cities of Russia, as well as from the Republic of Belarus, Republic of Uzbekistan (more than 50 applications were submitted). We present to your attention the abstracts selected by the organizing committee of the competition.

For citation: Awarded and Participants Theses of the International Young Scientists Competition in Neurology. Comorbidity Neurology. 2024; 1 (4): 96–129. <https://doi.org/10.62505/3034-185x-2024-1-4-96-129>

Оценка эффективности использования транскраниальной магнитной стимуляции при лечении хронических тикозных расстройств у детей

Мирзоян А.Р., Чернуха Т.Н., Забродец Г.В., Куликова С.Л.

Республиканский научно-практический центр неврологии и нейрохирургии, Минск, Республика Беларусь

ВВЕДЕНИЕ. В настоящее время не существует эффективного метода лечения тикозных расстройств (ТР). Ритмическая транскраниальная магнитная стимуляция (рТМС) является перспективным направлением лечения ТР.

ЦЕЛЬ. Оценить эффективность терапевтической рТМС на дополнительную моторную и теменную кору при одинаковых параметрах стимуляции.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследовании принял участие 31 пациент с хроническими ТР (27 мальчиков и 4 девочки): синдромом Туретта – 24, хроническими моторными тиками – 5, хроническими вокальными тиками – 2. Медиана возраста составила 12 [8; 14] лет. Пациенты были рандомизированы: 1-я группа – область дополнительной моторной коры (ДМК), 2-я – точка теменной коры. До и после лечения регистрировался порог моторного ответа (ПМО), время центрального моторного проведения (ВЦМП) и период коркового молчания (ПКМ). Использовался 1 Гц протокол стимуляции, интенсивность 110 % ПМО, 1200 стимулов в сутки,

в течение 10 дней. Для оценки эффективности лечения использовали Йельскую глобальную шкалу тяжести тиков (YGTSS) и оценку интенсивности тиков по ВАШ. Оценивалось качество жизни с использованием опросника PedsQL 4.0. Статистические данные обрабатывались с использованием IBM SPSS 27 с применением критерия Уилкоксона и U-критерия Манна-Уитни.

РЕЗУЛЬТАТЫ. 28 пациентов прошли полный курс лечения рТМС. У одного пациента курс был прерван в связи с выраженной головной болью напряжения, развивающейся во время сеанса, двум пациентам курс лечения был прерван в связи с симптомами острой респираторной инфекции. В группе пациентов ($n = 14$), прошедших полный курс терапевтической рТМС на ДМК, мы не зарегистрировали достоверно значимых изменений ПМО ($p = 0,09$), ВЦМП ($p = 0,477$), ПКМ увеличился с 184 [170; 207] до 203 [186; 239], $p = 0,037$. Согласно YGTSS, медиана общей тяжести снизилась с 26 [16; 32] до 18 [11; 22] ($p = 0,001$) и медиана глобальной оценки тяжести с 43 [19; 58] до 33 [18; 50] ($p = 0,028$). По ВАШ оценка моторных тиков снизилась с 6 [5; 8] до 4 [3; 4], $p = 0,005$, вокальных с 5 [3; 6] до 2 [1; 5], $p = 0,02$. Согласно опроснику PedsQL 4.0, качество жизни до лечения – 59 [43; 68], через 1 месяц – 77 [54; 86], $p = 0,021$. За время лечения 2 пациента полностью избавились от простых вокальных тиков при отсутствии значимого улучшения по моторным.

В группе пациентов ($n = 14$), прошедших полный курс терапевтической рТМС на теменную кору, мы не зарегистрировали достоверно значимых изменений ПМО ($p = 0,824$), ВЦМП ($p = 0,424$) и ПКМ ($p = 0,534$) до и после лечения. Согласно YGTSS, медиана общей тяжести тиков снизилась с 25,5 [23; 30] до 19 [10; 25] ($p = 0,005$) и медиана глобальной оценки тяжести – с 47 [24; 67] до 33 [20; 47] ($p = 0,007$). По ВАШ оценка моторных тиков до лечения составила 6 [4; 7], после – 5 [2; 6], $p = 0,097$, вокальных – до 4 [3; 6], после – 3 [1; 4], $p = 0,005$. Согласно опроснику PedsQL 4.0, качество жизни до лечения – 66 [58; 83], через 1 месяц – 78 [71; 90], $p = 0,001$. Достигнутый терапевтический эффект рТМС согласно U-критерию был сопоставим в обеих группах по оценке общей тяжести тиков YGTSS $p = 1,000$, по оценке глобальной тяжести тиков YGTSS $p = 0,942$, по ВАШ вокальные тики $p = 0,316$, моторные тики $p = 0,288$, оценка качества жизни PedsQL 4.0 $p = 1,000$. Данный результат предполагает одинаковую эффективность стимуляции ДМК и теменной коры. Достигнутый положительный эффект сохранялся в течение 4 недель наблюдения. Серьезных нежелательных явлений не выявлено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Применение рТМС в лечении ТР является безопасным и эффективным методом лечения. Планируется продолжение исследования

для разработки эффективного протокола лечения ТР методом рТМС.

Контакты: Мирзоян Алёна Романовна, аспирант, Республиканский научно-практический центр неврологии и нейрохирургии, Минск, Республика Беларусь, e-mail: mirzoyanaliona@gmail.com.

Влияние внутривенной тромболитической терапии на функциональные исходы пациентов с ишемическим инсультом с легким неврологическим дефицитом

Сулейманова М.Р., Данилова Т.В.

Казанский государственный медицинский университет Минздрава России, Казань, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Внутривенная тромболитическая терапия (ВВ ТЛТ) является основным методом лечения пациентов с ишемическим инсультом (ИИ) с высокой степенью доказательности. Около 50 % пациентов с ИИ в дебюте имеют легкий неврологический дефицит, что определяется баллом по шкале NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale) менее 5 и, как правило, не рассматривается для проведения ВВ ТЛТ из-за соображений безопасности. При этом около 1/3 таких пациентов имеют плохой функциональный исход. На сегодняшний день недостаточно данных о соотношении пользы и риска ВВ ТЛТ у пациентов с оценкой по шкале NIHSS < 5 баллов и нет четких критериев для применения методов реперфузии у данной категории пациентов.

ЦЕЛЬ. Оценить влияние ВВ ТЛТ на функциональный исход в остром периоде пациентов с ИИ с NIHSS < 5 баллов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проанализирована динамика неврологического дефицита 80 пациентов в остром периоде ИИ с оценкой по шкале NIHSS в течение первых 4,5 часа от развития инсульта менее 5 баллов. ВВ ТЛТ проведена 41 больному, группу сравнения без ВВ ТЛТ составили 39 пациентов. Средний возраст пациентов в группе ВВ ТЛТ – 65,7 [ДИ от 62,63 до 68,80], в группе сравнения – 68,2 [ДИ от 64,31 до 71,92]. Средний балл по шкале NIHSS при поступлении в группе ВВ ТЛТ – 2,92 [ДИ от 2,561 до 3,243], в группе сравнения – 2,31 [ДИ от 1,949 до 2,615]. Группы были сопоставимы по патогенетическим подтипам ИИ: в группах ВВ ТЛТ и сравнения, соответственно, атеротромботический инсульт был диагностирован в 19,5 % и 30,8 % наблюдений, кардиоэмболический – в 26,8 % и 41 %, лакунарный – в 12,2 % и 7,7 %, неустановленной этиологии – в 39,1 % и 17,9 %; у 2,4 % и 2,6 % был ИИ другой установленной этиологии. Для оценки мобильности пациентов при поступлении и

при выписке из стационара были использованы модифицированная шкала Рэнкина (Modified Rankin Scale – mRS) и индекс мобильности Ривермид. Все пациенты получали базисную терапию и препараты вторичной профилактики.

РЕЗУЛЬТАТЫ. При выписке из стационара средний балл NIHSS в группе ВВ ТЛТ составил 1,43 [ДИ от 1,024 до 1,829], что статистически ниже, чем в группе сравнения – 2,56 [ДИ от 1,795 до 3,410] (рандомизационный t-критерий = 2,39; $p = 0,011$). Также при выписке выявлено достоверно значимое отличие средних значений mRS (рандомизационный t-критерий = 2,41; $p = 0,022$) и индекса мобильности Ривермид (рандомизационный t-критерий = 2,14; $p = 0,0363$) в группе ВВ ТЛТ – 1,83 [ДИ от 1,512 до 2,073] и 11,54 [ДИ от 10,659 до 12,366] соответственно от средних показателей этих параметров, в группе сравнения – 2,31 [ДИ от 2 до 2,538] и 10,08 [ДИ от 9,051 до 11,051] соответственно. В группе ВВ ТЛТ было диагностировано 1 экстракраниальное кровоизлияние, в группе сравнения больших кровоизлияний не было. В группе сравнения в 1 наблюдении развилась ранняя асимптомная геморрагическая трансформация очага ишемии по типу паренхиматозной гематомы 1 типа, в группе ВВ ТЛТ у 6 пациентов диагностированы внутричерепные геморрагические осложнения, но без статистически значимых отличий.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Таким образом, проведение ВВ ТЛТ в группе пациентов с ишемическим инсультом с NIHSS < 5 баллов ассоциировано с более благоприятным функциональным исходом в остром периоде и статистически значимо не влияет на частоту развития геморрагических осложнений. Необходимо дальнейшее изучение этой проблемы при большем числе пациентов в выборке.

Контакты: Сулейманова Мадина Ринатовна, ординатор кафедры неврологии, Казанский государственный медицинский университет Минздрава России, Казань, Россия, e-mail: almafari@yandex.ru.

Сравнение оценки когнитивных функций у пациентов с заболеваниями спектра оптиконевромиелита и рассеянным склерозом

Вехина Е.А., Касаткин Д.С.

Ярославский государственный медицинский университет Минздрава России, Ярославль, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Демиелинизирующие заболевания центральной нервной системы, в том числе заболевания спектра оптиконевромиелита, часто могут приводить к снижению когнитивных функций уже на ранних этапах, что приводит к социально-бытовой дезадаптации и снижению качества жизни.

ЦЕЛЬ. Сравнить распространенность и выраженность снижения когнитивных функций у паци-

ентов с заболеванием спектра оптиконевромиелита и у пациентов с рассеянным склерозом по типу «случай-контроль», схожих по возрасту, возрасту дебюта заболевания и клиническим проявлениям.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. 30 пациентов с заболеванием спектра оптиконевромиелита (критерии Вингерчука, 2015) ($n = 15$, 3 мужчины, 12 женщин, медианный возраст – 37,44 [LQ 29,41; UQ 58,61] года), серопозитивный статус по антителам к аквапорину-4 имели 8 пациентов (53 %), 3 из которых получают зарегистрированную патогенетическую терапию (2 – анти-ИЛ-6-терапия, 1 – анти-CD20-терапия), остальные ($n = 12$) off-label терапию за счет средств регионального бюджета. По результатам МРТ у 60 % имелось до 10 неспецифических очагов в головном мозге, преимущественно субкортикально. Медианный возраст дебюта заболевания – 35,21 [LQ 25,99; UQ 53,54] года, при средней продолжительности 5,54 года среднее число обострений – 7,4 в год. Группа пациентов с изолированным оптическим невритом – 4 (серопозитивных – 2), поперечным миелитом – 5 (серопозитивных – 3), с сочетанным поражением зрительного нерва и спинного мозга – 6 (серопозитивных – 3). С рассеянным склерозом (критерии Макдональда, 2017) ($n = 15$, 3 мужчины, 12 женщин) медианный возраст 37,75 [LQ 29,5; UQ 58,8], при средней продолжительности заболевания 9,6 года, средняя частота обострений – 1 в год. Медианное значение по шкале EDSS – 4,5 [LQ 1,75; UQ 5,25]. 40 % ($n = 6$) – на терапии препаратами второй линии, 60 % ($n = 9$) – первой линии. По данным МРТ головного мозга в 100 % случаев встречалось очаговое поражение. Клинические проявления соответствовали таковым у пациентов с заболеванием спектра оптиконевромиелита. Для оценки когнитивных функций применялись: Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA-test), электронный аналог теста модальностей символов и цифр SDMT (Symbol Digit Modalities Test) – CogEval, слуховой тест последовательного сложения чисел на скорость PASAT (Paced Auditor Serial Addition), шкалы тревоги и депрессии Гамильтона (HAM-A, HAM-D) для оценки эмоциональных нарушений.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Тревога и депрессия присутствовали у 75 % пациентов. По данным MoCA-test, медианный балл в группе пациентов с заболеванием спектра оптиконевромиелита – 24 [LQ22; UQ25], в группе с рассеянным склерозом – 26 [LQ21; UQ28]. Медианное Z-значение CogEval (SDMT) – -1,48 [LQ-2,12; UQ-0,78] в группе с заболеванием спектра оптиконевромиелита и -2,98 [LQ-3,26; UQ-1,87] в группе с рассеянным склерозом ($p \leq 0,01$). По результатам первой и второй попыток PASAT среди заболеваний спектра оптиконевромиелита медианный показатель Z-значения – -1,50 [LQ-2,26; UQ0,08] и -0,56 [LQ-2,85; UQ-0,20] соответственно, с рассеянным склерозом – -0,87 [LQ-2,3; UQ-0,002] и -1,19 [LQ-1,9; UQ-0,57] ($p > 0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Пациенты с заболеванием спектра оптиконевромиелита и с рассеянным склерозом продемонстрировали Z-значения ниже среднего в сравнении с показателями здоровой популяции, стандартизированными по полу, возрасту и уровню образования, однако меньшее снижение внимания и скорости обработки информации отмечается среди пациентов с заболеванием спектра оптиконевромиелита по результатам теста Cogeval (SDMT) ($p \leq 0,01$). Согласно анализу результатов Z-значений PASAT, пациенты с заболеванием спектра оптиконевромиелита и с рассеянным склерозом имеют приблизительно одинаковый уровень снижения внимания, памяти и скорости обработки информации ($p > 0,05$). Необходимы дальнейшие исследования, расширение выборки и разработки/включения тестов, не связанных с функцией органа зрения, но имеющих стандартизацию по возрасту, полу и образованию.

Контакты: Вехина Екатерина Алексеевна, аспирант, Ярославский государственный медицинский университет Минздрава России, Ярославль, Россия, e-mail: ekavehha@ya.ru.

Отдаленный клинический профиль безопасности и эффективности антикоагулянтной терапии у пациентов с предсердными тахикардиями после интервенционного лечения (результаты одноцентрового регистра RРАТIT)

Эшматов О.Р., Баталов Р.Е.

Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН, Томск, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Предсердные тахикардии – серьезная проблема стареющего населения. Известно, что при данных аритмиях риск возникновения тромбоэмболических осложнений (ТЭО) увеличивается многократно, в частности из-за риска развития инсульта, который, как правило, становится фатальным либо приводит к инвалидизации.

ЦЕЛЬ. Изучить отдаленный клинический профиль безопасности и эффективности антикоагулянтной терапии у пациентов с предсердными тахикардиями после интервенционного лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проанализировано 5611 историй болезни пациентов, прошедших стационарное лечение в отделении хирургического лечения сложных нарушений ритма сердца и электрокардиостимуляции НИИ кардиологии Томского национального исследовательского медицинского центра с 01.01.2017 г. по 31.12.2019 г., из них в исследование было включено 1342 больных в возрасте от 21 до 90 лет с различными формами предсерд-

ных тахикардий. Всем больным было выполнено внутрисердечное электрофизиологическое исследование (ЭФИ) и РЧА предсердных тахикардий. 65 (4,8 %) пациентам с трепетанием предсердий (ТП) I типа – РЧА каво-трикуспидального перешейка, 79 (5,9 %) больным с предсердными тахикардиями – РЧА предсердной тахикардии с использованием системы нефлюороскопической навигации, пациентам с ФП – криоизоляция ЛВ 63 (4,7 %), РЧА изоляция ЛВ – 658 (49,0 %), РЧА изоляция ЛВ, дополненная линейными абляциями по задней стенке, крыше левого предсердия (ЛПП) и митральному истмусу, – 477 (35,5 %). Через 12, 24, 36 месяцев после выписки из стационара установлен контакт с пациентами. Пациенты были разделены на пять групп, в каждой группе выделены две подгруппы: больные с эффективным и неэффективным катетерным лечением.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Отдаленная эффективность катетерного лечения через 12, 24 и 36 месяцев у пациентов 1 группы составила 69 %, 73,8 % и 69 %, 2 группы – 46,4 %, 57,1 % и 57,1 %, 3 группы – 73,1 %, 68,6 % и 70,9 %, 4 группы – 62,5 %, 66,6 % и 64,9 %, 5 группы – 60,9 %, 52,3 % и 53,4 %. При успешном интервенционном лечении ОНМК за весь период наблюдения встречалось в 3 случаях. По одному у больных 3, 4 и 5 групп на фоне терапии АСК, ривароксабаном и апиксабаном. Если же вмешательство было безуспешным, то ОНМК было значительно выше и составило 0,32 %, 1,26 %, 2,21 % и 1,26 % у пациентов 1, 3, 4, 5 групп соответственно. Практически во всех случаях, кроме двух больных из 5 группы, пациенты принимали АТТ. Еще одним немаловажным фактом является то, что при неуспешном катетерном лечении ОНМК в большинстве случаев приводило к летальному исходу. Возникновение других ТЭО случалось значительно реже и было диагностировано только у пациентов 2 и 4 групп, при этом также чаще в случае неэффективного лечения. ТЭО в основном были представлены тромбозом ушка ЛП, реже тромбозом вен верхних или нижних конечностей. Малые кровотечения встречались во всех группах пациентов, в основном носовое или десневое.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Установлено, что на догоспитальном этапе 23,0 % пациентов не получали антикоагулянтную терапию, при этом у 2/3 из них имелись показания для применения (CHA₂DS₂-VASc был ≥ 2 баллов), а у пациентов, принимающих варфарин, целевые значения МНО были достигнуты лишь у 18,7 %. 8,3 % больных при поступлении принимали ацетилсалициловую кислоту. Антикоагулянтная терапия в сочетании с интервенционным лечением у пациентов с предсердными тахикардиями является безопасной – не увеличивается риск возникновения больших и малых кровотечений, а в случае эффективного вмешательства позволяет статистически

значимо снизить риск развития ишемического инсульта и практически полностью исключить вероятность возникновения других ТЭО.

Контакты: Эшматов Отабек Рахимжанович, младший научный сотрудник лаборатории высоких технологий диагностики и лечения нарушений ритма сердца Научно-исследовательского института кардиологии, Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН, Томск, Россия, e-mail: atabek_eshmatov@mail.ru.

Клинико-иммунологическое исследование аутоиммунных энцефалитов

Чеканова Е.О., Шабалина А.А., Захарова М.Н.
Научный центр неврологии, Москва, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Аутоиммунные энцефалиты (АЭ) – гетерогенная группа иммуноопосредованных расстройств, характеризующаяся подострым развитием разнообразной психоневрологической симптоматики и ассоциацией с антителами (АТ) к нейрональным и глиальным антигенам. Изучение АЭ насчитывает не более 20 лет, в России крупных когортных исследований АЭ ранее не проводилось. АТ к кислому фибриллярному белку астроцитов (GFAP) – диагностический маркер аутоиммунной GFAP-астроцитопатии (A-GFAP-A), открытого в 2016 году заболевания, рассматриваемого в рамках АЭ. Случаев A-GFAP-A в России ранее не зарегистрировано.

ЦЕЛЬ. Охарактеризовать клинические особенности и краткосрочные исходы заболевания при разных типах АЭ в когорте российских пациентов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. У 51 пациента с АЭ изучены демографические, клинические и параклинические характеристики, лечение и исходы заболевания; исследован широкий спектр антинейрональных АТ (иммуноферментный анализ) и АТ к GFAP (непрямая реакция иммунофлуоресценции).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Большинство пациентов составили женщины (69 %), медиана возраста дебюта АЭ – 44 [33; 61] года. Диагнозы пациентов согласно критериям F. Graus (2016): 61 % – достоверный АЭ (выявлено специфичное АТ), 4 % – достоверный лимбический АЭ, 23 % – возможный/вероятный АЭ, 12 % – энцефалит Хашимото. Серопозитивные АЭ были ассоциированы со следующими АТ: NMDAR (26 %), GAD (23 %), Yo-1 (16 %), LGII (10 %), свечение неустановленного антинейронального АТ (10 %), GFAP (6 %), CV2, Ma2 (по 3 %). У 1 пациента выявлено несколько АТ (Yo-1, Ri, амфифизин). Случаи A-GFAP-A характеризовались типичной клинико-радиологической картиной и обнаружением АТ к GFAP в ЦСЖ. Паранеопластические АЭ (достоверный паранеопластический неврологический синдром (ПНС), согласно F. Graus, 2021) составили 16 %. У половины из них дебют АЭ предшествовал обнаружению опухоли. Еще 3 случая (6 %) соответствовали возможному ПНС. Ассоциация с COVID-19 (АЭ на фоне или < через 3 мес. после COVID-19) отмечалась у 7 пациентов (14 %). В 1 случае анти-NMDAR АЭ развился вскоре после вирусного энцефалита. Другое аутоиммунное заболевание было у 31 %, включая случай анти-NMDAR АЭ с тератомой яичника у больной рассеянным склерозом. Рецидивирующее течение АЭ отмечалось у 20 %. Самыми частыми синдромами в дебюте были эпилепсия (34 %), психиатрические (29 %) и когнитивные (14 %) нарушения. Воспалительные изменения ЦСЖ (цитоз 15-418/3, белок 0,6–1,76 г/л, 2 тип IgG) обнаружены у 43 %. Воспалительные изменения при МРТ выявлены у 61 % (4 случая – с патологическим контрастированием), наиболее часто наблюдалась МР-картина лимбического энцефалита.

Медиана времени до постановки диагноза составила 6 [3; 24] мес. Иммунотерапия 1-й линии проводилась 100 %, в большинстве случаев (82 %) – пульс-терапия метилпреднизолоном. Терапия 2-й линии (ритуксимаб или циклофосфамид) потребовалась 27,5 %. Инвалидизация на пике тяжести симптомов составила 4 [3; 4] балла по модифицированной шкале Рэнкина (MRS). Балл по MRS в последний визит – 2 [2; 3] (длительность проспективного наблюдения – 8,5 [3; 13] мес.). Значительного улучшения на фоне лечения (MRS ≤ 2) достигли 69 %. Летальным был 1 случай – пациент с раком желудка в анамнезе умер от COVID-19.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Охарактеризована наиболее крупная когорта пациентов взрослого возраста с АЭ в России, полученные данные согласуются с зарубежными исследованиями. Результаты позволяют рассматривать SARS-CoV-2 в качестве триггера развития АЭ наряду с опухолями и вирусными энцефалитами. В ходе исследования впервые в России диагностировано 2 случая A-GFAP-A.

Контакты: Чеканова Екатерина Олеговна, младший научный сотрудник, врач-невролог 6-го неврологического отделения, Научный центр неврологии, Москва, Россия, e-mail: chekanova@neurology.ru.

Применение визуальной аналоговой шкалы в составлении индивидуального плана реабилитационных мероприятий у пациентов с разрывом ахиллова сухожилия

Айметдинова А.Б., Бутко Д.Ю.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Среди травм опорно-двигательного аппарата значительное место занимают повреждения ахиллова сухожилия. Ошибки в послеоперационных реабилитационных мероприятиях при разрывах ахиллова сухожилия могут привести к хронизации боли в области голеностопного сустава, а также к существенным функциональным ограничениям и нарушениям.

ЦЕЛЬ. Предложить разработку комплексной программы послеоперационной реабилитации при разрывах ахиллова сухожилия с учетом оценки болевой симптоматики и функционального состояния прооперированного сухожилия.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Работа выполнена в ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России на кафедре медицинской реабилитации и спортивной медицины. Для достижения цели разработаны следующие этапы: критический анализ отечественных и зарубежных источников, составление протокола реабилитационных мероприятий и дальнейшее его выполнение, контроль состояния сухожилия по данным МРТ и УЗИ, оценка структуры и функции сухожилия.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В целях объективизации контроля болевой симптоматики и введения адекватной нагрузки на сухожилие на различных этапах реабилитационного процесса использовалась шкала мониторинга боли и дозирования весовой нагрузки, основанная на визуальной аналоговой шкале, с распределением риска осложнений во время занятий ЛФК и шкале воспринимаемой нагрузки во время физической активности. Для оценки болевой симптоматики на различных этапах реабилитационного процесса пациента просили оценить в баллах тот уровень боли, которую он испытывал. Интерпретацию результатов проводили по 10-балльной шкале, где 0 баллов соответствовало отсутствию боли, а 10 баллов – максимально невыносимой боли. Оценку боли проводили в день операции, а также на 7, 14, 21, 35, 42 и 49-й день наблюдения после операции. Если к концу 2-й недели после операции болевой синдром по визуальной аналоговой шкале составил 0–2 балла, в комплекс реабилитационных мероприятий можно ввести раннюю мобилизацию и весовую нагрузку. В случае сохранения болевого синдрома к концу 2-й недели после операции, что может говорить о процессе воспаления, несостоятельности швов ахиллова сухожилия, нагноении операционной раны, ранняя мобилизация сухожилия невозможна.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Предложенная методика с использованием визуальной аналоговой шкалы может применяться для оценки болевой симптоматики и функционального состояния при разработке послеоперационных реабилитационных мероприятий при разрывах ахиллова сухожилия.

Контакты: Айметдинова Алина Булатовна, студентка кафедры медицинской реабилитации и спортивной медицины, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург, Россия, e-mail: med_alina_bulatovna@mail.ru.

Метеотропные реакции как триггер формирования болевых синдромов и неотложных состояний

Бакланов М.А., Чистякова В.Ю.

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Метеочувствительность по сути является индивидуальной способностью организма отвечать физиологической компенсаторной или патологической реакцией на действие неблагоприятных погодных факторов. Патологическая реакция, метеотропная, может проявляться в виде комплекса симптомов, включающего ухудшение самочувствия, головные боли, головокружение, слабость, перепады настроения, суставные и мышечные боли, обострение хронических заболеваний. Согласно литературе, субъективные дискомфортные реакции на неблагоприятную погоду регистрируются у 30–80 % детей, а по мере взросления достигают 90 %. Актуальность исследования обусловлена высокой частотой распространения метеочувствительных реакций, переходящих в метеотропные реакции при выраженных неблагоприятных погодных факторах, усиливающихся на фоне глобальных изменений климата и являющихся по сути мультидисциплинарной проблемой.

ЦЕЛЬ. Изучить распространенность метеотропных реакций среди пациентов общетерапевтического профиля, определить влияние метеотропных реакций на объемы оказания неотложной помощи, оценить возможное влияние психосоматики на формирование симптомов метеотропной реакции.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. 1. Анкетирование пациентов общетерапевтического профиля. 2. Сравнительный анализ метеорологических данных и количества обращений за медицинской помощью. 3. Динамическое наблюдение пациентов общетерапевтического профиля.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В опросе приняли участие 108 пациентов общетерапевтического профиля, из них 36,5 % – мужчины, а 63,5 % – женщины. Средний возраст составил $53 \pm 11,5$ года. Из них у 78,1 % были выявлены метеотропные реакции на изменения погоды. Наиболее значимыми для пациентов оказались: дождь – 56,7 %; подъем атмосферного давления –

48,15 %; падение атмосферного давления – 44,94 %; магнитные бури – 33,17 %. Среди наиболее значимых симптомов были выделены: головная боль – 47 %; артралгия – 35,3 %; сонливость – 36,4 %. Также 39,5 % пациентов отметили, что погодные условия негативно влияют на течение их хронических заболеваний. В ходе сравнения показателей метеорологической станции и данных о количестве обслуженных станцией скорой помощи вызовов был установлен коэффициент корреляции $[-0,27; +0,25]$, что может говорить о слабой связи между погодными условиями и количеством обращений. Также в ходе анализа метеорологических данных за период с мая по июль 2024 г. были выявлены дни наибольшего отклонения от среднего значения и проведено сравнение количества вызовов в данный день со средним за период. Период сильнейшей солнечной активности, пришедшийся на май 2024 г., сопровождался снижением числа обращений на 1,1 %. В то же время наибольший рост атмосферного давления 24.05.2024 г. и 11.07.2024 г. сопровождался падением количества обращений на 24,5 %. С целью выявления психосоматического компонента, субъективной оценки самочувствия двух групп пациентов при беседе с первой упоминалось изменение погоды, при беседе со второй темы погоды избегали. Результатом стал рост в первой группе количества жалоб на ухудшение самочувствия из-за погоды на 14,1 %, а также рост общего числа жалоб на 7,6 %.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Метеотропные реакции широко распространены среди пациентов общетерапевтического профиля. Наиболее частыми клиническими проявлениями являются головные боли и артралгии. Отсутствует достоверная корреляция между изменениями погодных условий и нагрузкой на неотложные службы, что может свидетельствовать о незначительном вкладе метеотропных реакций в развитие критических неотложных состояний. Рост числа жалоб у группы, стимулированной упоминанием погодных явлений, говорит о возможной роли психосоматического компонента в формировании метеотропных реакций.

Контакты: Бакланов Михаил Алексеевич, студент, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия, e-mail: Mihail.Baklanov1999@mail.ru.

Коморбидная ревматологическая патология у пациентов с миастенией: анализ собственных данных

Безводинских А.И., Кушнир Я.Б., Краснов В.С.
Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Миастения – это аутоиммунное заболевание, характеризующееся нарушением нервно-мышечной передачи и проявляющееся патологической мышечной утомляемостью. С учетом общих звеньев патогенеза аутоиммунного заболевания ревматическая коморбидная патология нередко встречается при миастении. Выбор патогенетической терапии при сочетании миастении и ревматической коморбидной патологии представляет собой сложную задачу.

ЦЕЛЬ. Охарактеризовать клинические фенотипы пациентов с сочетанием миастении и ревматической коморбидной патологии и ответы на патогенетическую терапию.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В ретроспективно-проспективном исследовании проанализированы данные 56 пациентов (36 женщин и 20 мужчин) с диагнозом миастении, наблюдавшихся в неврологическом отделении № 1 ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова» Минздрава России в период с 2018 г. по первое полугодие 2024 г. Всем пациентам в дебюте заболевания выполнялся скрининг антинуклеарного фактора в сыворотке крови методом непрямой иммунофлюоресценции.

РЕЗУЛЬТАТЫ. При постановке диагноза миастении положительный антинуклеарный фактор был обнаружен у 8 пациентов (14 %), среди которых 3 мужчины и 5 женщин. Медианный возраст начала миастении составил 37 лет (29; 81). Титр антинуклеарного фактора варьировался от 1:320 до 1:1280. Одновременно с диагнозом миастении у 4 пациентов (7 %) был установлен диагноз ревматологического заболевания: синдром Шегрена ($n = 2$), антифосфолипидный синдром ($n = 1$), ревматоидный артрит ($n = 1$). Степень тяжести выраженности симптомов, согласно Американскому комитету по изучению миастении (MGFA), III стадии выявлена у 4 (57 %) пациентов с положительным титром антинуклеарного фактора и у 15 (35 %) пациентов без антинуклеарного фактора в сыворотке. Частота выявления антител к рецептору ацетилхолина, титр антител к скелетной мускулатуре и наличие новообразований в переднем средостении не имели статистически значимых различий между подгруппами с положительным и отрицательным титром антинуклеарного фактора. Ни один пациент с миастенией и положительным титром антинуклеарного фактора не достиг критериев медикаментозной ремиссии при лечении глюкокортикостероидами ($n = 3$) и цитостатиками ($n = 5$). У двух пациенток было выявлено сочетание нескольких аутоиммунных заболеваний. У первой пациентки диагностированы миастения, синдром Шегрена, аутоиммунный тиреоидит, ремиттирующий рассеянный склероз и мигрень со зрительной аурой. Она получала терапию глюкокортикостероидами в тече-

ние года, что позволило достичь ремиссии, которая сохранялась в течение следующего года. В дальнейшем ей был назначен кладрибин как препарат для лечения рассеянного склероза. Вторая пациентка с наличием миастении, ревматоидного артрита, хронической аксональной сенсомоторной полинейропатии, идиопатической эпилепсии получала терапию глюкокортикостероидами, метотрексат и специфическую терапию ревматической коморбидной патологии: лефлуномид, тоцилизумаб.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Представленные случаи отличаются чертами высокой активности и резистентностью к патогенетической терапии миастении и ревматоидного артрита. Определение тактики терапии миастении и ревматической коморбидной патологии является сложной задачей и требует дальнейшего изучения общности патогенеза ревматической коморбидной патологии и миастении для оптимизации старта патогенетической терапии.

Контакты: Безводинских Александр Игоревич, практикующий врач, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия, e-mail: a.bezvodinskih@mail.ru.

Клинико-лабораторные сопоставления эффективности терапии моноклональным антителом анти-CD20 нового поколения у пациентов с рассеянным склерозом

Березняк К.И.

Ярославский государственный медицинский университет Минздрава России, Ярославль, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Патогенез рассеянного склероза длительное время связывался исключительно с активацией Т-клеточного звена, однако в последние годы большое внимание обращается и на В-клеточную составляющую. В качестве препаратов второй линии стали использоваться моноклональные антитела анти-CD20.

ЦЕЛЬ. Оценка связи уровня снижения В-клеток на фоне терапии моноклональным антителом (анти-CD20) с клиническими показателями эффективности у взрослых пациентов с рассеянным склерозом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. 57 пациентов (15 мужчин и 42 женщины) с установленным диагнозом рассеянного склероза по критериям Макдональда 2010 (2017) г., получающие терапию препаратом анти-CD20 в течение двух лет. Медиана возраста – 42 [36:49 (q1:q3)] года, медиана длительности заболевания – 15 [9:21 (q1:q3)] лет. Всем пациентам проводилось фенотипирование лимфоцитов (CD3, CD4, CD8, CD19) до начала терапии, через год и через два

года перед очередными введениями препарата. Оценивались данные магнитно-резонансной томографии через два года терапии, EDSS (англ. Expanded Disability Status Scale – расширенная шкала оценки степени инвалидизации), наличие клинических обострений.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В первую группу (n = 14) вошли пациенты, у которых к концу второго года терапии перед очередным введением уровень В-клеток превышал 5 кл/мкл (клеток/микролитр) («слабый ответ»), во вторую (n = 43) – с уровнем В-клеток ниже или равно 5 кл/мкл («сильный ответ»). Обострение и появление новых очагов при исследовании головного и спинного мозга на магнитно-резонансной томографии в T2 режиме за время второго года терапии моноклональным антителом анти-CD20 отмечаем у 1 пациента (1 – течение РРС: ремитирующее течение рассеянного склероза). По баллам EDSS разница между началом и концом второго года терапии составила только у 1 из 57 пациентов +1,5 балла (течение РРС); 3 пациентов из 57 с +1 баллом (течение РРС); 10 пациентов вышли в +0,5 балла к изначальным (8 – течение РРС, 1 – течение ВПРС: вторично-прогрессирующее течение рассеянного склероза, 1 – течение ППРС: первично-прогрессирующее течение рассеянного склероза). У 4 пациентов разница -0,5 балла (2 – течение РРС, 1 – течение ВПРС, 1 – течение ППРС), у 2 в -1 балл (течение РРС), у 1 в -1,5 балла (течение ВПРС), а оставшиеся 36 пациентов остались стабильными по результатам исследования (27 – течение РРС, 3 – течение ВПРС, 6 – течение ППРС). Анализируя побочные эффекты на инфузии в течение 2 лет терапии препаратом моноклонального антитела анти-CD20, выяснили, что самой частой побочной реакцией организма в первые 24 часа после инфузии является аллергическая: зуд у 2 пациентов (1 – течение РРС, 1 – течение ППРС), крапивница у 3 (3 – течение РРС), покраснение кожи и чихание у 3 (3 – течение РРС). Также у 3 (2 – течение РРС) было замечено повышение температуры при повторных введениях препарата, у 3 – слабость в ногах (2 – течение РРС, 1 – течение ВПРС), у 2 – боли в спине (2 – течение РРС).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. В случае наличия сильного ответа на деплецирующее действие препарата анти-CD20 нового поколения (клеток менее 5 в мкл к следующему введению) с более высокой вероятностью наблюдается клиническая эффективность, что может быть использовано в прогнозировании ответа на терапию.

Контакты: Березняк Ксения Игоревна, клинический ординатор, Ярославский государственный медицинский университет Минздрава России, Ярославская областная клиническая больница № 9, Ярославль, Россия, e-mail: i@XeniaBereznyak.ru.

Болевая нетравматическая нейропатия лучевого нерва

Воробьева С.А., Дружинина Е.С.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Невралгическая амиотрофия (НА) (синдром Персонейджа-Тернера) – аутоиммунная мультифокальная болевая нейропатия с классической картиной поражения плечевого сплетения у большинства пациентов. Исход заболевания зависит от тяжести аксонального повреждения. Пациенты с распределением двигательного и сенсорного дефицита ниже локтевого сустава объединяются в отдельную форму – дистальную НА, к которой относится поражение переднего межкостного нерва (ПМН) и заднего межкостного нерва (ЗМН).

ЦЕЛЬ. Описать клинико-инструментальные характеристики пациентов с клинической картиной нетравматической болевой нейропатии лучевого нерва.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Ретроспективно проанализированы клинические, электрофизиологические и нейровизуализационные данные 22 пациентов с болевой нейропатией лучевого нерва (6 женщин и 16 мужчин), средний возраст – $42,5 \pm 16$ лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Все пациенты предъявляли жалобы на нейропатическую боль в пораженной верхней конечности интенсивностью в среднем 9,4 см по визуально-аналоговой шкале (ВАШ). Длительность болевого синдрома составила в среднем 16 дней (от 1 до 60 дней). У 3 пациентов клинически наблюдалось изолированное поражение заднего межкостного нерва (дистальный вариант НА). У 19 больных клиническая картина соответствовала более высокому поражению – нейропатии общего лучевого нерва. Во всех случаях при ЭМГ выявлены денервационные изменения в мышцах, иннервируемых лучевым нервом. По данным УЗИ у всех пациентов обнаружен феномен фокальной констрикции по типу «песочные часы» (ФКПН) в лучевом нерве. При сравнении данных УЗИ средних значений площади поперечного сечения (ППС) пораженной и непораженной стороны выявлено значимое увеличение лучевого нерва на пораженной стороне ($p = 0,027$). При сравнении пораженной и непораженной сторон с контрольной группой не обнаружено статистически значимой разницы для всех исследованных нервов и уровней измерений.

Медикаментозную терапию в виде глюкокортикостероидов (ГКС) получали 6 больных (27,3 %). Оперативное лечение было проведено 7 пациентам (31,8 %). Во всех случаях в ходе операции обнаружился феномен ФКПН. Дата проведения операции варьировалась от 1 до 36 месяцев от начала

боли. Наблюдение за оперированными пациентами составило 2 года. 5 пациентов восстановились, у 2 пациентов сохранилась плегия в общем разгибателе пальцев и лучевом разгибателе запястья.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Болевая нейропатия лучевого нерва – вариант НА, морфологическим проявлением которой является феномен ФКПН, выявляемый при УЗИ периферических нервов и подтверждаемый данными интраоперационной картины. ЭМГ обнаруживает аксональную дегенерацию поврежденного нерва. Совместное использование ЭМГ и УЗИ облегчает постановку диагноза и определение уровня поражения периферического нерва.

Контакты: Воробьева Софья Алексеевна, студентка педиатрического факультета, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия, e-mail: sofyaavorobeva01@gmail.com.

Антигипоксическая активность дитерпенового алкалоида N-окись 12-эпинапеллина, выделенного из надземной части *ACONITUM BAICALENSE*, в условиях нормобарической гипоксии с гиперкапнией

Всяких О.В., Кульпин П.В.

Научно-исследовательский институт фармакологии и регенеративной медицины им. Е.Д. Гольдберга, Томск, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Кислород необходим для организма, так как он обеспечивает правильное протекание ферментативных реакций. Когда происходит нарушение метаболизма кислорода, то организм способен адаптироваться к данным условиям. Однако в случае хронизации этого процесса происходят необратимые изменения, которые могут вызвать физиологические нарушения или даже патологические последствия. Все больше данных свидетельствует о том, что гипоксия играет решающую роль в патогенезе основных причин смертности, включая рак, ишемию миокарда, метаболические заболевания и хронические заболевания сердца и почек, а также репродуктивных заболеваний, таких как преэклампсия и эндометриоз. Поэтому поиск новых эффективных антигипоксантов является актуальным направлением экспериментальной фармакологии. Дитерпеновый алкалоид N-окись 12-эпинапеллина, выделенный из надземной части *Aconitum baicalense*, проявил антигипоксический эффект на модели острой тканевой гипоксии с нитропруссидом натрия. Представляло интерес оценить антигипоксическую активность алкалоида в условиях нормобарической гипоксии с гиперкапнией.

ЦЕЛЬ. Изучить влияние курсового применения дитерпенового алкалоида N-окись 12-эпинапеллина, выделенного из наземной части *Aconitum baicalense*, на антигипоксическую активность мышей-самцов линии СВА в условиях нормобарической гипоксии с гиперкапнией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Исследование было проведено на 47 мышях-самцах линии СВА. Животные были разделены на 5 групп. Первая группа – контроль, состоявшая из 9 мышей, получала воду очищенную, второй группе вводился препарат сравнения – полидигидроксифенилентиосульфат натрия (гипоксен) (150 мг/кг), в ней находилось 8 животных, в следующих 3 группах было по 10 мышей, получавших алкалоид N-окись 12-эпинапеллина в дозах 0,0125 мг/кг, 0,025 мг/кг, 0,05 мг/кг. Исследуемые вещества вводили *per os* в течение 5 дней и последний раз за час до эксперимента. Животных помещали в индивидуальную герметичную емкость объемом 250 мл. Отсчет времени начинали с момента герметизации сосудов и заканчивали после последнего агонального вдоха. Продолжительность жизни фиксировали в протоколах. Критерием антигипоксической активности служило статистически значимое увеличение продолжительности жизни животных по сравнению с контрольной группой.

РЕЗУЛЬТАТЫ. N-окись 12-эпинапеллина при курсовом пероральном введении в дозах 0,0125 мг/кг, 0,025 мг/кг, 0,05 мг/кг значимо ($p < 0,05$) увеличивала продолжительность жизни на 10,3 %, 9,8 %, 13,8 % соответственно по сравнению с контролем. Полидигидроксифенилентиосульфат натрия (гипоксен) также значимо ($p < 0,05$) увеличивал продолжительность жизни на 45,9 %.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. В условиях нормобарической гипоксии с гиперкапнией выявлено наличие антигипоксической активности у дитерпенового алкалоида N-окись 12-эпинапеллина в дозах 0,0125 мг/кг, 0,025 мг/кг, 0,05 мг/кг, сопоставимой с действием классического антигипоксического лекарственного средства полидигидроксифенилентиосульфата натрия (гипоксена).

Контакты: Всяких Олеся Владимировна, аспирант, Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН, Томск, Россия, e-mail: VykovaLesyaVI@yandex.ru.

Вероятность ремиссии и предикторы эффективности лечения у пациентов с серийным и статусным течением эпилептических приступов

Гадирова М.И., Котов А.С., Фирсов К.В.

Московский областной научно-исследователь-

ский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Формы эпилепсии с серийным и статусным течением эпилептических приступов представляют собой важную медицинскую и социальную проблему, так как несут непосредственную угрозу жизни пациента и снижают ее качество. Клиническая практика показывает, что часто вместо диагноза «эпилептический статус» врачами скорой помощи и/или стационаров устанавливаются другие диагнозы («состояние после серии приступов», «состояние после повторного приступа» и т. д.). У пациента и его родственников далеко не всегда можно выяснить анамнез. В связи с этим достоверно отличить «серийные приступы» и «эпилептический статус» в ряде случаев не представляется возможным, поэтому в основную группу в данном исследовании были объединены пациенты с «эпилептическим статусом» (в том числе статусом фокальных приступов (менее 1/3), по одному случаю – абсансов и миоклонических приступов) и «серийными приступами» в анамнезе.

ЦЕЛЬ. Оценка вероятности достижения ремиссии после коррекции терапии у взрослых пациентов с серийным и статусным течением эпилептических приступов, а также установление предикторов эффективности и неэффективности лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование были включены две разнородные группы, отличающиеся тяжестью патологии: группа 1 (137 человек) – больные эпилепсией с серией или статусом приступов в анамнезе; группа 2 (143 человека) – ранее не получавшие терапию и не имевшие серийного и статусного течения эпилептических приступов. Проводилось клиничко-неврологическое обследование, анализ данных медицинской документации, ЭЭГ, МРТ.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Согласно полученным данным, после коррекции терапии ремиссия у пациентов в группе 1 была достигнута в 21,9 %, улучшение – в 30 %, отсутствие эффекта – в 48,1 %; в группе 2 – ремиссия в 51 %, улучшение – в 28,7 %, отсутствие эффекта – в 20,3 %. Отмечается тенденция достоверного преобладания более частых приступов (ежедневно, несколько раз в месяц) в группе 1, а более редких (несколько раз в год и реже) – в группе 2 ($p < 0,01$). С неблагоприятным исходом ассоциировались дебют эпилепсии в детском возрасте, частые приступы, региональная эпилептиформная активность по данным ЭЭГ / ЭЭГ-видеомониторинга ($p < 0,01$). Согласно полученным данным, в группе 1 меньше (21,9 %), чем в группе 2 (51 %) пациентов, имеющих исход «ремиссия» ($p < 0,01$). В группе 1 больше (48,1 %), чем в группе 2 (20,3 %) пациентов, имеющих исход «нет эффекта» ($p < 0,01$). Основной выявленной за-

кономерностью является то, что в группе больных эпилепсией с эпилептическим статусом или серийными приступами в анамнезе вероятность достижения ремиссии ниже, а вероятность отсутствия эффекта от лечения выше, чем в контрольной группе. У пациентов с ранним дебютом более «агрессивное» течение заболевания и относительно неблагоприятный отдаленный прогноз. В то же время следует отметить практически полное совпадение групп 1 и 2 по результатам инструментального исследования (частота выявления патологических находок на ЭЭГ и МРТ), что косвенно подтверждает, что для понимания прогноза эпилепсии доступных в настоящее время методик недостаточно, необходимо более глубокое понимание патогенеза заболевания, очевидно на молекулярно-генетическом уровне. Полученные данные согласуются с данными ряда других исследований.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Полученные в результате исследования данные подтверждают основную роль клиники в определении прогноза эпилепсии у конкретного пациента. Доступные в настоящее время инструментальные методики имеют ограниченную прогностическую ценность.

Контакты: Гадирова Милана Илфаз кызы, старший лаборант неврологического отделения по разделу «Наука», врач-невролог, эпилептолог, соискатель ученой степени кандидата медицинских наук, Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия, e-mail: milana.gadirova9692@gmail.com.

Влияние новой коронавирусной инфекции на формирование астенического синдрома у больных дисциркуляторной энцефалопатией

Деева М.В.^{1,2}, Кичерова О.А.¹, Рейхерт Л.И.¹, Ахметьянов М.А.^{1,3}

¹Тюменский государственный медицинский университет Минздрава России, Тюмень, Россия

²АО «МСЧ «Нефтяник», Тюмень, Россия

³Тюменский кардиологический научный центр, Тюмень, Россия

ВВЕДЕНИЕ. На современном этапе изучения последствий перенесенной новой коронавирусной инфекции получены многочисленные доказательства поражения нервной системы. У пациентов, имеющих микрососудистую патологию головного мозга, ассоциированную с дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭП), риск возникновения неврологических осложнений после перенесенной новой коронавирусной инфекции (НКИ), несомненно, выше, чем у

пациентов, не имеющих в анамнезе ДЭП. Астения является одним из наиболее распространенных неврологических нарушений в постковидном периоде, в результате чего целесообразно изучить уровень астении у больных ДЭП, перенесших НКИ.

ЦЕЛЬ. Оценить уровень астении у пациентов с ДЭП, перенесших НКИ с поражением легких, через 3 месяца после острого периода инфекции.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Исследование проводилось на базе Тюменского кардиологического научного центра. В амбулаторных условиях были обследованы 350 пациентов через 3 месяца после выписки из моноинфекционного госпиталя. Из них было отобрано 197 пациентов старше 55 лет, имеющих подтвержденный диагноз ДЭП. Группа контроля (сопоставимая по полу и возрасту) составила 30 пациентов с ДЭП, не болевших НКИ. Оценка уровня астении проводилась при помощи субъективной шкалы оценки астении (Multidimensional Fatigue Inventory, MFI-20). Достоверность полученных результатов оценивалась при помощи программы IBM SPSS Statistics 23 посредством стандартных статистических методов (анализ четырехпольных таблиц), критерий достоверности – $p \leq 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ. По результатам оценки уровня астении при помощи шкалы MFI-20 в обследуемой группе были выявлены достоверные различия с группой контроля. У 40,4 % пациентов с ДЭП, перенесших новую коронавирусную инфекцию, через 3 месяца были диагностированы признаки общей астении, тогда как в группе контроля указанные признаки были выявлены у 6 % ($p = 0,002$). Также было установлено достоверное повышение уровня физической астении в исследуемой группе по сравнению с группой контроля ($p = 0,023$). Стоит отметить, что по другим подпунктам шкалы MFI-20, таких как пониженная активность, снижение мотивации и психическая астения, достоверных изменений не выявлено. При оценке возможных прогностических факторов постковидного синдрома у больных ДЭП не было установлено значимого влияния степени поражения легких в остром периоде на формирование астенического синдрома в дальнейшем.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. По результатам проведенного исследования установлено, что НКИ играет значимую роль в формировании астенического синдрома у больных ДЭП через 3 месяца после перенесенной инфекции. Очевидно, что объем поражения легких в остром периоде НКИ не оказывает существенного влияния на выраженность астенических симптомов в дальнейшем. Продолжение исследований в этом направлении представляет интерес с точки зрения оценки динамики астенического синдрома в отдаленном периоде (через 12 месяцев и более), а также выявления факторов, оказывающих влияние на формирование отдельных неврологических проявлений

постковидного синдрома у больных, перенесших COVID-19.

Контакты: Деева Марина Владимировна, аспирант, Тюменский государственный медицинский университет Минздрава России; врач-невролог, АО «МСЧ «Нефтяник», Тюмень, Россия, e-mail: Volba_marina@mail.ru.

Оценка психоневрологического статуса через 6 месяцев после COVID-19 у госпитализированных больных

Дельмаева Х.С.^{1,2}, Рачина С.А.¹

¹Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России, Москва, Россия

²Информационно-методический центр по экспертизе, учету и анализу обращения средств медицинского применения Росздравнадзора, Москва, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Наиболее распространенными долгосрочными психоневрологическими последствиями COVID-19 считаются: депрессия, тревога, усталость и когнитивные нарушения.

ЦЕЛЬ. Изучить наличие и степень выраженности психоневрологических проявлений в период госпитализации и через 6 месяцев после стационарного лечения по поводу COVID-19.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. На каждом этапе исследования проводилась оценка психоневрологического статуса с помощью международного теста астении MFI-20, шкалы ситуативной тревожности Спилбергера-Ханина, шкалы депрессии Бека, краткой шкалы оценки когнитивных функций MMSE. В дополнение к этому проводилось комплексное исследование, включающее УЗИ легких и сердца, оценку одышки по шкалам mMRC, тест 6-минутной ходьбы (6МШТ).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Исходно в исследование были включены 59 пациентов, через 6 месяцев наблюдения обследовано 48 пациентов (21 (43,7 %) мужчина и 27 (56,3 %) женщин), медиана возраста составила 64,5 (60,0–70,0) года. Длительность стационарного лечения в среднем составляла 10,1 + 6,32 койко-дня. Депрессия: во время госпитализации и через 6 месяцев наблюдалась у 19 (39,6 %) и у 16 (33,6 %) пациентов соответственно. Тяжесть депрессии за период наблюдения не менялась. За весь период наблюдения количество женщин с депрессией было в 2 раза больше, чем мужчин. Через 6 месяцев после выписки из стационара корреляционный анализ выявил статистически значимую положительную связь депрессии с возрастом

($r = 0,525$; $p = 0,02$) и отрицательную связь с пройденным расстоянием во время 6МШТ и сатурацией ($r = -0,515$; $p = 0,02$), ($r = -0,436$; $p = 0,046$) соответственно. Тревожность: во время госпитализации и через 6 месяцев наблюдалась у 33 (68,8 %) пациентов. У женщин тревожность наблюдалась чаще, чем у мужчин. Корреляционный анализ выявил значимую отрицательную связь между тревожностью, пройденной дистанцией во время 6МШТ и сатурацией во время госпитализации ($r = -0,473$; $p = 0,003$), ($r = -0,54$; $p < 0,001$) и через 6 месяцев после выписки ($r = -0,43$; $p = 0,009$), ($r = -0,32$; $p = 0,04$) соответственно. Астения: наблюдалась у всех пациентов во время госпитализации и через 6 месяцев после выписки. За весь период наблюдения частота встречаемости астении у мужчин и женщин не менялась и составила 43,7 % и 56,3 % соответственно. Через 6 месяцев после выписки выявлена значимая отрицательная корреляционная связь между астенией, пройденной дистанцией во время 6МШТ и сатурацией ($r = -0,44$; $p = 0,001$), ($r = -0,39$; $p = 0,003$) соответственно. Когнитивный статус: пациенты с дементными нарушениями не выявлялись. Когнитивные нарушения во время стационарного лечения были зафиксированы у 8 (16,7 %), а через 6 месяцев у 2 (4,3 %) пациентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Проведенное нами исследование демонстрирует сохранение нейропсихических симптомов даже через 6 месяцев после стационарного лечения по поводу инфекции COVID-19 с поражением легких, что может оказать серьезное воздействие на качество жизни. У женщин тревожность, депрессия, астения наблюдались чаще. На тяжесть депрессии статистически значимо влиял возраст пациентов.

Контакты: Дельмаева Хеда Сайцелемовна, соискатель ученой степени кандидата медицинских наук при кафедре госпитальной терапии № 2 института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского, Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России; врач-терапевт, специалист 1-й категории Центра Фармаконадзора, Информационно-методический центр по экспертизе, учету и анализу обращения средств медицинского применения Росздравнадзора, Москва, Россия, e-mail: kheda.delmayeva@mail.ru.

Инъекционное применение ксенона при лечении хронической постгерпетической невралгии

Добросмыслова А.О.¹, Хиновкер В.В.^{1,2}

¹Федеральный Сибирский научно-клинический центр ФМБА России, Красноярск, Россия

²Красноярский государственный медицинский университет им. профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, Красноярск, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Хроническая постгерпетическая невралгия является самым частым осложнением реактивации вируса простого герпеса 3 типа, а также является трудно поддающимся лечению заболеванием с частотой 7–11 случаев на 10 000 в год у лиц старше 60 лет. Согласно российским клиническим рекомендациям, постгерпетическая невралгия становится хронической спустя 4 месяца заболевания, в отличие от иностранной литературы (3 месяца). Предсказать, у кого именно возникнет данное осложнение, не представляется возможным. Основными предпосылками являются пожилой возраст и снижение иммунитета (ВИЧ-инфекция, пересадка костного мозга, лечение системными глюкокортикостероидами и прочее). На сегодняшний день существует несколько крупных клинических рекомендаций, но большая их часть датируется 2010–2014 гг. В этих рекомендациях перечень препаратов один и тот же, изменяется лишь, к какой линии лечения относится этот препарат. Схема лечения выглядит так: сначала используются антиконвульсанты (габапентин, прегабалин), в случае неадекватного ответа добавляются трициклические антидепрессанты, а также используются варианты местного лечения – капсаициновые и лидокаиновые пластыри, мази и кремы. С учетом наличия фармако-резистентных случаев постгерпетической невралгии, а также невозможности титрации препаратов из-за побочных эффектов, с учетом коморбидности пожилых пациентов формируется предпосылка к поиску новых, более эффективных методов лечения.

ЦЕЛЬ. Оценить эффективность инъекционного применения ксенона для лечения хронической постгерпетической невралгии, а также улучшить результаты лечения хронической постгерпетической невралгии за счет подкожного введения ксенона.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проспективное исследование проводилось на базе ФСНКЦ ФМБА России и кабинета лечения боли ФСНКЦ ФМБА России. В исследовании принимало участие 30 пациентов в возрасте от 45 до 81 года с клиникой хронической постгерпетической невралгии. Критерии оценки: ЦРШ, Dn4, краткий опросник Мак-Гилла, PainDETECT. Для проведения инъекций пациентам использовался медицинский ксенон КсеМед (99,99 %). Инъекции проводились через день в течение 5 дней: первая доза в объеме 3 мл/кг, затем в последующие дни в дозировке 3 мл/кг и 2 мл/кг в зоне поврежденных дерматомов и локализации максимальной боли. Перед каждой инъекцией проводилось заполнение опросников, а также в начале и в конце исследования был проведен лабораторный контроль.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Результаты свидетельствовали о статистически достоверных различиях между исходным уровнем боли и после проведения лечения. При заданном числе кластеров (двух) в первый кластер попали 90 % от пациентов до лечения и 14 % от пациентов после лечения. Во второй кластер – 86 % от пациентов после лечения и 10 % от пациентов до лечения. Метод k-средних показал достаточно хорошее качество кластеризации, что говорит о значимом изменении результатов опросников после лечения ксеноном у большинства пациентов. Анальгетический эффект сохранился в течение всего периода наблюдения (1,5 месяца).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Полученные данные свидетельствуют о хорошей переносимости ксенона, об отсутствии негативных системных эффектов, что особенно важно для пациентов с коморбидностью, и эффекте от манипуляций, что дает возможность рекомендовать данный метод лечения при фармако-резистентных формах хронической постгерпетической невралгии.

Контакты: Добросмылова Анна Олеговна, врач-невролог, Федеральный Сибирский научно-клинический центр ФМБА России, Красноярск, Россия, e-mail: a-dobrosmyslova@mail.ru.

Абсансная эпилепсия

Доник И.Е., Медведева А.М.

Кемеровский государственный медицинский университет Минздрава России, Кемерово, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Абсансная эпилепсия (АЭ) относится к группе генерализованных форм заболевания и проявляется повторными приступами кратковременной потери сознания, остановки взора и наличием на ЭЭГ специфических паттернов в виде генерализованных регулярных комплексов «спайк-медленная волна» частотой 3–3,5 Гц.

ЦЕЛЬ. Изучение клинических и параклинических проявлений абсансной эпилепсии у детей и подростков.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведен анализ 16 историй болезней детей с диагнозом «абсансная эпилепсия», находившихся на стационарном лечении с 2019 по 2023 г.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Из 278 пациентов с клиническим диагнозом G40.3 у 16 пациентов (5,7 %) диагностирована детская абсансная эпилепсия (ДАЭ) и юношеская абсансная эпилепсия (ЮАЭ). Средний возраст обследованных пациентов с ДАЭ и ЮАЭ составлял $12,17 \pm 2,09$ года. Среди детей с АЭ было выявлено преобладание девочек – 9 человек (56,25 %). По возрасту дебюта заболевания пациентов можно разделить

на две группы: детскую и юношескую абсансную эпилепсию. К группе с ДАЭ относятся 12 (75 %) детей со средним возрастом дебюта заболевания $8,1 \pm 1,4$ года. К группе ЮАЭ относятся 4 пациента (25 %) со средним возрастом дебюта $12,25 \pm 0,9$ года. Выявлены основные жалобы пациентов на пароксизмальные состояния в виде замирания с утратой сознания длительностью несколько секунд – у 16 пациентов (100 %). Миоклония век с заведением глазных яблок и наклоном головы во время приступа наблюдалась у 6 человек (37,5 %), тонико-клонические судороги в конечностях наблюдались у 4 (25 %) детей, жестовые автоматизмы (потирание носа, перебирание одежды) наблюдались у двух пациентов (12,5 %). Отягощенная наследственность по эпилепсии была выявлена у 4 человек (25 %): у двух человек эпилепсия у матери и у двух – у сибсов пробанда. В неврологическом статусе у всех детей (100 %) очаговой патологии не выявлено. Необходимым для диагностики абсансной эпилепсии является проведение морфологических (магнитно-резонансная томография (МРТ)) и функциональных исследований (электроэнцефалограмма (ЭЭГ)). На ЭЭГ при провоцирующих пробах, фотостимуляции и гипервентиляции, были зарегистрированы разряды генерализованной эпилептической активности в виде комплексов пик-медленная волна с частотой 3–4 Гц и амплитудой до 200–300 мкВ. ЭЭГ при засыпании выявила эпилептиформную активность в виде одиночных или множественных генерализованных всплеск преимущественно в центрально-лобных и центрально-височных отведениях в виде высокоамплитудных медленных волн с частотой от 3–4 Гц с продолжительностью в среднем до 10 секунд, амплитуда которых находится в пределах 160–340 и более мкВ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. По результатам нашего исследования отмечено, что детская форма абсансной эпилепсии встречалась чаще (75 %), чем юношеская (25 %). Среди обследованных детей с абсансной эпилепсией было выявлено небольшое преобладание девочек – 56,25 %. Клиническая картина заболевания во всех случаях проявлялась приступами в виде замирания с утратой сознания длительностью несколько секунд. Наличие на ЭЭГ генерализованной билатерально-синхронной активности в виде комплексов пик-медленная волна с частотой 3–4 Гц у всех больных подтверждает эпилептический генез пароксизмов. Отсутствие очаговой неврологической симптоматики (в 100 % случаев), интеллектуальных нарушений, а также структурных изменений головного мозга по результатам МРТ (в 81,25 %) служит косвенным подтверждением генетического генеза заболевания.

Контакты: Доник Ирина Евгеньевна, студентка, Кемеровский государственный медицинский университет Минздрава России, Кемерово, Россия, e-mail: anastasia-anjali@mail.ru.

Полинейропатия на фоне химиотерапии у женщин с раком молочной железы

Клименко А.И.¹, Карпов С.М.²

¹Ставропольский краевой клинический онкологический диспансер, Ставрополь, Россия

²Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Рак молочной железы – один из наиболее распространенных видов злокачественных новообразований, а также основная причина смертности от рака у женщин во всем мире. Заболеваемость раком молочной железы увеличивается с возрастом, начиная с 40 и достигая пика в 60–65 лет. Невропатия, индуцированная химиотерапией, является вторым по частоте осложнением после гематологической токсичности.

ЦЕЛЬ. Улучшить диагностический поиск патологии периферической нервной системы при использовании химиотерапии у больных раком молочной железы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Было обследовано 50 женщин, средний возраст которых составил $45 \pm 3,6$ года с РМЖ в I–III стадии по классификации TNM (T1, N1, M0) по RUSSCO (2022 г.), где в качестве ХТ применялся препарат паклитаксел. Всем больным был проведен клиничко-неврологический осмотр, исследование на аппаратах ЭНМГ, психофизиологического тестирования УПФТ-1/30, а также применялись шкалы: ВАШ, NSS, DNS.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В результате клиничко-неврологического исследования было выявлено, что в 40 (80 %) случаях при проведении ХТ у пациенток с РМЖ была выявлена сенсомоторная полинейропатия дистальных отделов конечностей разной степени тяжести. Было отмечено, что первые клинические симптомы сенсомоторной полинейропатии появлялись в 38 (76 %) случаях после 4 курсов ХТ. Нами проведено исследование с использованием аппаратного обеспечения психофизиологического тестирования всех пациенток с целью оценки вегетативного статуса, симпатических и парасимпатических показателей. Результаты аппаратного исследования указывают, что во всех случаях формируется вегетативная недостаточность периферической вегетативной нервной системы, что коррелирует с объективными клиническими проявлениями у этих больных. У 46 пациенток (92 %) функциональное состояние вегетативной нервной системы характеризуется нормокардией (при частоте сердечных сокращений выше средних значений) в сочетании со сниженной вариабельностью сердечного ритма, преобладанием эрготропной функции и центрального контура регуляции, умеренным напряжением регуляторных систем. У 32 пациенток (64 %) функциональное со-

стояние оптимальное. Характеризуется нормокардией в сочетании с оптимальным синусовым ритмом, сбалансированным влиянием парасимпатического и симпатического отделов нервной системы, автономного и центрального контуров регуляции, высоким уровнем функциональных возможностей и психофизиологических резервов. Уровень активации ЦНС низкий. Характерны замедленные реакции при высоком уровне их стабильности. Реакции медленные и ригидные. Преобладают процессы торможения, значительная инертность нервных процессов. Анализ результатов по шкале ВАШ в среднем составил $4,1 \pm 2,1$ балла, что соответствовало умеренным болевым ощущениям. Показатели по шкале NSS составили в среднем $5,1 \pm 2$ балла, показатели по шкале NDS в среднем составили $6,5 \pm 2$ балла, что дополнительно указывало на развитие сенсомоторной формы полинейропатии преимущественно дистальных отделов конечностей.

Показатели ЭНМГ во всех случаях указывали на нейропатию (миелопатию) периферических нервных волокон и снижение амплитуды сенсорных потенциалов, скорости проводимости по ним при нормальной амплитуде «М-ответа».

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. В процессе проведения химиотерапии у больных раком молочной железы препаратом паклитаксел после 1–2 курсов химиотерапии статистически значимых ($p > 0,05$) отличий от группы контроля клинических и нейрофизиологических показателей выявлено не было. Клинические проявления сенсомоторной полинейропатии и расстройства вегетативной нервной системы различной степени тяжести были статистически значимы ($p < 0,01$) после 5–6 курсов химиотерапии относительно группы больных после 1–2 курсов химиотерапии. Лечение РМЖ препаратом паклитаксел следует проводить с учетом клинических и нейрофизиологических показателей с использованием нейротропной терапии препаратами тиоктовой кислоты и витаминов группы В.

Контакты: Клименко Анна Ивановна, практикующий врач, Ставропольский краевой клинический онкологический диспансер, Ставрополь, Россия, e-mail: anyutikkovalenko@mail.ru.

Биомаркеры системного воспалительного ответа и постинсультная депрессия в ранний восстановительный период у пациентов с разными подтипами и разной тяжестью ишемического инсульта

Колотилова Т.В., Пизова Н.В.

Ярославский государственный медицинский университет Минздрава России, Ярославль, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Инсульт является одним из наиболее распространенных цереброваскулярных заболеваний. В многочисленных исследованиях отмечено, что нейровоспалительная реакция играет существенную роль в патофизиологии ишемического инсульта (ИИ). Воспаление может быть ключевым фактором в формировании постинсультной депрессии (ПИД).

ЦЕЛЬ. Оценить показатели системного воспалительного ответа (соотношения нейтрофилов и лимфоцитов – Neutrophil-to-Lymphocyte Ratio, NLR; тромбоцитов и лимфоцитов – Platelet-to-Lymphocyte Ratio, PLR; лимфоцитов и моноцитов – Lymphocyte-to-Monocyte Ratio, LMR и индекс системного иммунного воспаления – Systemic immune-inflammation index, SII) у пациентов с ИИ, поступивших на второй этап реабилитации (через 14–21 день после развития ИИ).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование включены 129 пациентов, средний возраст – $69,4 \pm 9,41$ (41–88 лет), из них 55,8 % женщин. Всем проводилась оценка неврологического дефицита, нейровизуализация головного мозга, лабораторное исследование периферической крови с расчетом соотношения NLR (количество нейтрофилов / количество лимфоцитов), PLR (количество тромбоцитов/лимфоцитов), LMR (количество лимфоцитов/моноцитов) и SII (количество тромбоцитов \times количество нейтрофилов/лимфоцитов). Для оценки депрессии использовалась госпитальная шкала депрессии HADS. Статистическая обработка данных – программа Statistica 10.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Согласно шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ), пациентов разделили на 2 группы: пациенты с ШРМ 3 ($n = 64$, 49,6 %) и с ШРМ 4 и 5 ($n = 65$, 50,4 %). Средний возраст пациентов с ШРМ 3 – $72,8 \pm 8,4$ [69; 79], из них 29 мужчин, 35 женщин. В подгруппе пациентов с ШРМ 4 средний возраст – $66,1 \pm 9,2$ [62; 72], из них 28 мужчин, 37 женщин. В группе в целом субклинически и клинически выраженная ПИД была у 24 пациентов (18,6 %): у 6 пациентов с ШРМ 3 (9,4 %) и у 18 с ШРМ 4 и 5 (27,7 %). Среди пациентов с ШРМ 3 средний показатель NLR составил $3,37 \pm 1,7$ (2,9 [2,1; 4,1]), PLR – $10,5 \pm 4,1$ (10,6 [7,2; 13,1]), LMR – $3,7 \pm 1,5$ (3,4 [2,7; 4,8]), SII – $732,7 \pm 347,5$ (633,9 [473,6; 903,9]). Среди пациентов с ШРМ 4 и 5 средний показатель NLR был $3,1 \pm 2,64$ (2,5 [2,1; 3,1]), PLR – $12,4 \pm 8,8$ (10,6 [8,8; 12,9]), LMR – $4,6 \pm 2,8$ (3,8 [3; 5,8]), SII – $860,2 \pm 813,03$ (672 [512,9; 913,7]). Только в подгруппе пациентов с ШРМ 3 выявлены статистически достоверные корреляции между уровнем депрессии и NLR ($p = 0,0002$), PLR ($p = 0,001$) и SII ($p = 0,00008$). Согласно критериям TOAST (Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment), в группе было 57 пациентов (44,2 %) с неуточненным под-

типом (НИ), 33 (25,6 %) – с кардиоэмболическим (КЭ), 31 (24,0 %) – с атеротромботическим (АТИ) и 8 (6,2 %) – с лакунарным (ЛИ). ПИД была только у пациентов с АТИ и НИ. При АТИ средний показатель NLR составил $4,1 \pm 3,3$ (2,6 [2,2; 4,7]), PLR – $13,5 \pm 10,4$ (10,6 [8,8; 13,3]), LMR – $2,99 \pm 1,5$ (2,7 [2; 4]). При НИ средний показатель NLR был $2,99 \pm 1,9$ (2,7 [2,1; 3,3]), PLR – $11,3 \pm 6,1$ (10,6 [8; 12,9]), LMR – $4,6 \pm 2,6$ (3,8 [3,3; 5,8]). Только у пациентов с НИ отмечена значимая корреляция уровня депрессии с NLR ($p = 0,007$) и PLR ($p = 0,027$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. У пациентов через 14–21 день после развития ИИ частота встречаемости ПИД составила 18,6 %, чаще выявлялась при НИ и у пациентов с ШРМ 4 и 5. Выявленные статистически значимые корреляции ПИД с NLR, PLR и SPI сопоставимы с результатами других исследований, которые показали роль воспаления в патогенезе депрессии. Необходимо продолжить исследование на больших выборках пациентов с различными подтипами ИИ.

Контакты: Колотилова Татьяна Владимировна, клинический ординатор, Ярославский государственный медицинский университет Минздрава России, Ярославль, Россия, e-mail: tatyana.colotilova@yandex.ru.

Оценка динамики качества жизни детей со спинальной мышечной атрофией на фоне патогенетической терапии препаратом нусинерсен

Комарова Е.А., Котов А.С.

Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Спинальная мышечная атрофия (СМА) – это тяжелое нервно-мышечное заболевание, характеризующееся прогрессирующей мышечной слабостью, манифестирующее в младенческом или детском возрасте. Распространенность СМА – 1/10 000 новорожденных. Впервые заболевание описано в 1891 г. (Guido Werdnig). Позднее случаи похожего заболевания описаны в период с 1893 по 1900 гг. (Johann Hoffmann), в 1899 г. (M. Sylvestre), в 1903 г. (C.E. Beevor), в 1955 г. (Wohlfart, Fez и Eliasson) и в 1956 г. (Kugelberg и Welander). Ключевым методом диагностики СМА является генетическое тестирование на мутации гена SMN1 (Survival Motor Neuron). Золотым стандартом для определения носителей СМА является мультиплексная амплификация лигазно-связанных проб (multiplex ligation-dependent probe amplification, MLPA). Клинически выделено несколько типов заболевания: СМА 0 типа проявляется

перинатальной малоподвижностью плода, врожденной гипотонией, арефлексией, летальным исходом в первые 6 месяцев жизни. СМА I типа манифестирует в первые 6 месяцев, характеризуется мышечной слабостью, нарушением глотания и дыхания, при отсутствии лечения приводит к летальному исходу в пределах двух лет. СМА II типа манифестирует в возрасте 6–18 месяцев, пациенты не могут ходить, часто отмечается выраженный сколиоз. СМА III типа манифестирует с 18 месяцев, проявляется жалобами на утомляемость, боли в суставах. Для лечения СМА применяется патогенетическая терапия, направленная на замедление прогрессирования заболевания и повышение качества жизни (КЖ). Для оценки КЖ применяются опросники, например, PedsQL Neuromuscular Module, разработанный для детей и родителей детей с нейромышечными заболеваниями.

ЦЕЛЬ. Оценить динамику качества жизни детей со спинальной мышечной атрофией на фоне патогенетической терапии препаратом нусинерсен.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Исследование проводилось на базе ГБУЗ «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского» с октября 2022 г. по настоящее время. Участвовали 25 больных в возрасте от 2 до 18 лет с установленным диагнозом СМА, из них 16 мальчиков и 9 девочек, а также родители детей. Средний возраст пациентов – 9,7 года (на 2024 г.). У 6 детей диагностирована СМА I типа, у 11 – СМА II типа, у 7 – СМА III типа. Из 25 пациентов 5 детей могли самостоятельно передвигаться и обслуживать себя и не нуждались в кислородной поддержке; 18 детей не могли самостоятельно передвигаться и обслуживать себя; 2 пациента не могли самостоятельно передвигаться и обслуживать себя и нуждались в кислородной поддержке. Для оценки физического, социального и материального благополучия мы использовали опросник PedsQL Neuromuscular Module, его стандартный формат и acute-версию. Тестирование проводилось через неделю и через месяц после проведения терапии. Тестируемый отмечал частоту определенных жалоб в течение прошедшего периода времени. Предлагалось выбрать ответ по шкале от 0 до 4 баллов, где 0 – это никогда, 1 – редко, 2 – иногда, 3 – часто, 4 – почти всегда. Ответы конвертировались по 100-балльной шкале (0 = 100, 1 = 75, 2 = 50, 3 = 25, 4 = 0), результат вычислялся по формуле $X = (X_1 + X_2 + \dots + X_n) / n$, где n – количество вопросов в разделе.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Если в начале исследования средняя оценка показателей КЖ составляла 63–84 балла, то за время проведенного исследования средняя оценка показателей КЖ составила 70–90 баллов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Таким образом, на фоне проводимой терапии нусинерсеном была отмечена положительная динамика качества жизни детей с СМА.

Контакты: Комарова Евгения Алексеевна, аспирант кафедры неврологии, Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия, e-mail: manfromthestars542@gmail.com.

Изменения коннектома по данным функциональной МРТ покоя у пациентов с рассеянным склерозом в ответ на стационарную нейрореабилитацию

Коптева Ю.П.^{1,2}, Пономарева С.Д.¹, Агафьина А.С.¹, Труфанов Г.Е.³, Щербак С.Г.^{1,2}

¹Городская больница № 40 Курортного района г. Санкт-Петербурга, Санкт-Петербург, Россия

²Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия

³Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

ВВЕДЕНИЕ. «Золотой стандарт» оценки функционального статуса пациентов с рассеянным склерозом – клиническо-неврологические тесты и опросники, остающиеся субъективной и не всегда воспроизводимой методикой.

ЦЕЛЬ. Объективизация результатов изменения функционального статуса пациентов с помощью функциональной магнитно-резонансной томографии покоя (фМРТ покоя) может обеспечить индивидуальный подход к пациентам, а также углубленное понимание процессов нейропластичности и оптимизацию нейрореабилитации в целом. Сопоставление изменений результатов фМРТ покоя с изменениями клиническо-неврологического статуса пациентов с рецидивирующе-ремиттирующим типом течения рассеянного склероза в ответ на прохождение курса комплексной стационарной реабилитации.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Было обследовано 20 пациентов с рецидивирующе-ремиттирующим типом течения рассеянного склероза (в стадии ремиссии; 1,5–6,5 балла по EDSS). Неврологический статус пациентов также оценивался с помощью теста на 25 шагов, ходьбы на 2 и 6 минут, теста «встань и иди», теста четырех квадратов, теста Берга, теста с девятью кольшками (D, S), теста символично-цифрового кодирования, тестов MoCA и MMSE. Также использовались субъективные опросники MFIS, HADS и SF-36. Функциональная МРТ покоя проводилась с последующей обработкой в CONN7. Все исследования проводились в двух временных точках (в день госпитализации и в течение трех дней после окончания курса пятидневной нейрореабилитации).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Несмотря на высокую статистическую неоднородность полученных данных ($p = 0,55-14,6$), по данным клиническо-неврологических тестов у пациентов наблюдалось увеличение скорости и дальности ходьбы, а также восстановление баланса по результатам тестов «встань и иди» и четырех квадратов. При этом определялось увеличение скорости прохождения теста с девятью кольшками справа со снижением скорости прохождения данного теста на левую руку. Значимых изменений в когнитивных функциях выявлено не было. При этом пациенты отмечали субъективное улучшение психологического состояния со снижением показателей по шкалам тревожности и депрессии, а также общее улучшение физического и ментального состояния. При оценке результатов фМРТ покоя определялось ослабление коннективности между правой парагиппокампальной извилиной и предклинем (регионом сети пассивного режима работы мозга). Было выявлено усиление связанности между задними отделами левой нижней височной извилины и левой верхней теменной долькой, что коррелирует с улучшением функционирования правой верхней конечности. Отмечалось укрепление коннективности между указанным регионом интереса в височной доле и кластерами, локализованными в полюсе левой лобной доли и правой ножке мозжечка. Дополнительно определялось повышение связанности между полюсом правой лобной доли и задним направлением левой средней височной извилины. Дополнительно было выявлено усиление коннективности между верхними отделами сенсомоторной сети покоя и девятым регионом правой гемисферы мозжечка.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Таким образом, выявленные нами улучшения со стороны клиническо-неврологического статуса пациентов с рассеянным склерозом коррелируют с положительными изменениями со стороны функционального статуса головного мозга. Разнонаправленные изменения функциональной коннективности подтверждают ключевую роль процесса нейропластичности, лежащего в основе современной реабилитации, а выявление конкретных регионов может позволить использовать их в качестве точек приложения конкретных реабилитационных мероприятий.

Контакты: Коптева Юлия Павловна, врач-рентгенолог кабинета КТ и МРТ рентгеновского отделения, городская больница № 40 Курортного района г. Санкт-Петербурга; ассистент кафедры последипломного медицинского образования Медицинского института, Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия, e-mail: koptevaup@ctmri.ru.

Болевые синдромы у пациентов с боевыми травмами конечностей

Куржос М.Н., Мельникова К.Д., Пилярова М.Х.

Госпиталь для ветеранов войн № 3 Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

ЦЕЛЬ. Изучить особенности болевых синдромов у пациентов с боевыми травмами конечностей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование включено 63 пациента, перенесших ранения конечностей. Средний возраст пациентов составлял $34,9 \pm 7,7$ года (от 20 до 54 лет). Медиана времени от момента ранения достигала 27 дней (Q1–Q3: 13–58 дней). 48,3 % пациентов перенесли ампутацию конечностей, у 62,1 % применялась вакуум-ассистированная терапия ран, у 25,9 % – аппараты внешней фиксации переломов. Выраженность болевого синдрома (постоянного и послеоперационного) оценивали по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), анализировали вид болевого синдрома с помощью: DN4, PainDETECT, опросника боли Мак-Гилла, шкалы катастрофизации боли. Оценивали выраженность депрессии и тревоги с помощью шкалы Гамильтона.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Выраженность постоянной боли по шкале ВАШ достигала в среднем $4,8 \pm 1,9$ балла (от 2 до 9 баллов), послеоперационной – $7,5 \pm 2,0$ балла (2–10). Средние показатели DN4 составляли $4,3 \pm 1,7$ балла (0–7), PainDETECT – $15,2 \pm 8,1$ балла (0–37). В соответствии со значениями шкалы DN4 нейропатическая боль регистрировалась у 68,3 % пациентов, PainDETECT – у 31,7 %. Показатели опросника боли Мак-Гилла достигали в среднем $57,9 \pm 38,8$ балла (0–163 балла), шкалы катастрофизации боли – $8,7 \pm 6,1$ балла (0–23). Лишь у 2 обследованных пациентов значения шкалы катастрофизации боли превышали 21 балл («катастрофизаторы»). Выраженность депрессии ($4,3 \pm 3,9$ (0–16) балла) и тревоги ($2,0 \pm 2,2$ (0–7) балла) в изученной группе раненых была минимальной. Зарегистрирована обратная корреляция между возрастом пациентов и выраженностью постоянной боли по ВАШ ($r = -0,3$; $p = 0,01$), а также тенденция к меньшим значениям шкалы катастрофизации боли ($r = -0,24$; $p = 0,1$). Наблюдалась обратная корреляция между показателями DN4 и временем с момента ранения ($r = -0,27$; $p = 0,03$) и обратная корреляция между давностью ранения и выраженностью депрессии ($r = -0,39$; $p = 0,01$). Установлена прямая корреляция между выраженностью постоянной боли по ВАШ и значениями: послеоперационной боли ($r = 0,44$; $p = 0,01$), DN4 ($r = 0,27$; $p = 0,03$), PainDETECT ($r = 0,55$; $p = 0,000006$), опросника Мак-Гилла ($r = 0,66$;

$r = 0,37$; $p = 0,03$). Послеоперационная боль коррелировала со значениями DN4 ($r = 0,39$; $p = 0,02$), PainDETECT ($r = 0,47$; $p = 0,005$) и опросника Мак-Гилла ($r = 0,44$; $p = 0,009$). Зарегистрированы корреляции между показателями PainDETECT и опросника Мак-Гилла ($r = 0,65$; $p < 0,000001$), а также тенденция к достоверной корреляции со шкалой катастрофизации боли ($r = 0,32$; $p = 0,06$). Установлены следующие взаимосвязи между значениями опросника Мак-Гилла и выраженностью постоянной ($r = 0,66$; $p < 0,000001$) и послеоперационной боли ($r = 0,44$; $p = 0,009$) по ВАШ, DN4 ($r = 0,57$; $p = 0,000001$), PainDETECT ($r = 0,65$; $p < 0,000001$), шкале катастрофизации боли ($r = 0,39$; $p = 0,01$). Показатели шкалы катастрофизации боли коррелировали с выраженностью постоянной боли по ВАШ ($r = 0,37$; $p = 0,03$), значениями PainDETECT ($r = 0,32$; $p = 0,06$), опросника Мак-Гилла ($r = 0,35$; $p = 0,01$) и шкалы депрессии ($r = 0,43$; $p = 0,02$). Наблюдалась корреляция между значениями шкалы Гамильтона для оценки депрессии и давностью ранения ($r = -0,39$; $p = 0,01$), шкалой катастрофизации боли ($r = 0,43$; $p = 0,02$) и шкалой тревоги ($r = 0,48$; $p = 0,01$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Результаты исследования свидетельствуют о наличии выраженного болевого синдрома у пациентов с боевыми травмами конечностей. Обнаружены достоверные взаимосвязи между показателями болевого синдрома, оцененными с помощью разных шкал и опросников.

Контакты: Куржос Мария Николаевна, врач, госпиталь для ветеранов войн № 3 Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия, e-mail: masha1shevchuk@gmail.com.

Программа мультимодальной нейropsychологической реабилитации при синдроме когнитивных нарушений различного генеза

Кутькова А.К.^{1,2,3}, Лукоянова Е.А.^{1,2}, Токарева Д.В.^{1,2,3,5}, Непомнящий И.С.², Вознюк И.А.^{2,4}

¹Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, Санкт-Петербург, Россия

²Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

³Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

⁴Балтийский федеральный университет им. Иммануила Канта, Калининград, Россия

*⁵Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова
Минобороны России, Санкт-Петербург, Россия*

ВВЕДЕНИЕ. Когнитивные нарушения (КН) – актуальная медико-социальная проблема с широкой распространенностью, прогрессирующим ростом и существенным влиянием на профиль популяции. Росту случаев КН способствуют возросшая продолжительность жизни, кумулятивный эффект прогрессирующих возраст-зависимых заболеваний, последствия пандемии COVID-19, состояние ремитирующего стресса. Наблюдается масштабный поиск методов ранней диагностики, улучшения функций высшей нервной деятельности и реабилитации (Рб) с использованием различных медицинских ресурсов.

ЦЕЛЬ. Разработка и апробация комплексной Рб программы для пациентов с КН различного генеза у коморбидных пациентов с использованием нейропсихологического (НП) тренинга и транскраниальной магнитной стимуляции (рТМС).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. НП скрининг прошли 79 пациентов. Основная группа (ОГр) – 35 пациентов в возрасте 48 лет [33; 61], из них 19 мужчин. Критерии включения: трудоспособный возраст, наличие легких или умеренных КН. Контрольная группа (КГр) – 30 пациентов в возрасте 46 лет [29; 59], из них 13 мужчин. Шкалы для оценки и мониторинга: Монреальская когнитивная шкала (МОСа), батарея лобной дисфункции (ФАВ), методика вербальных ассоциаций (ВА), методика таблицы Шульте – эффективность работы (ТШ (ЭР)). Пациенты КГр проходили Рб по стандартным протоколам (Пр. МЗ РФ от 31 июля 2020 г. № 788н). Пациенты ОГр – по разработанной программе из 4 этапов, последовательное осуществление которых позволяло определить наличие, степень и профиль синдрома КН для формирования персонального НП тренинга и мишеней для рТМС. 1. Скрининг осуществлялся с использованием СМАРТ-приложения «Рискометр когнитивных нарушений» (РКН), разработанного на основе НП батареи Лурии-Небраски, МОСа и ФАВ тестов. В РКН 22 вопроса, позволяющих выявить КН, ранжировать их по уровню дефицита и предположить топическую локализацию. 2. Диагностика. Лица из группы риска КН были обследованы нейропсихологом с целью постановки окончательного топического диагноза (ТД), верификации профиля КН (нарушения пространственного, динамического, регуляторного и др. факторов) и определения характера воздействия. 3. Индивидуальный НП тренинг и протокол рТМС формировались в соответствии с ТД и профилем КН. Было разработано «Коррекционно-методическое пособие для восстановления речи и когнитивных функций», состоящее из 5 тренажеров, с возможностью адаптации по уровню сложности и

вовлечения в тренинг нескольких высших психических функций (ВПФ). В индивидуальном протоколе рТМС предусматривались области воздействия, мощность, длительность и последовательность стимуляции. 4. НП тренинг и стимуляцию проводили курсом в течение 10 дней, ежедневно по 20 мин. Пациент под контролем нейропсихолога выполнял комплекс заданий и получал рТМС на функционально активизированную заданиями область головного мозга (ГМ). Описанное применение сочетания данных методов запатентовано (патент № 2825711).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Положительную динамику восстановления продемонстрировали пациенты обеих групп. Однако пациенты ОГр имели лучший результат восстановления: статистически значимые различия $p \leq 0,05$ наблюдались по шкалам МОСа (до 22,1; после 26,3), ФАВ (до 13; после 15,3), ВА (до 7,4; после 10,2), $p \leq 0,01$ по шкале ТШ (ЭР) (47,4; 34). В КГр значимыми $p \leq 0,05$ являлись различия только по шкале ТШ (ЭР) (до 46,8; после 41,1).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Последовательное проведение каскадного НП тестирования с выделением топического диагноза и профиля синдрома КН является облигатным условием для формирования программы нейрокогнитивной Рб. Систематическое проведение индивидуальных топически-ориентированных нейрокоррекционных занятий, усиленных рТМС активированных областей ГМ в процессе тренинга, повышает эффективность лечения. Мультимодальная НП реабилитация позволяет достичь более выраженных результатов восстановления ВПФ в сравнении со стандартными протоколами Рб в те же сроки лечения. Индивидуальная направленность коррекционной программы (восстановление/замещение) может быть обеспечена особенностями протокола и модальности рТМС.

Контакты: Кутькова Анна Константиновна, медицинский психолог, Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе; медицинский психолог, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова Минздрава России; аспирант кафедры психосоматики и психотерапии, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия, e-mail: kutkova.nura@yandex.ru.

Роль коморбидной патологии при хронической воспалительной демиелинизирующей полинейропатии

Кушнир Я.Б., Безводинских А.И., Тотолян Н.А.
Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Хроническая воспалительная демиелинизирующая полинейропатия (ХВДП) – орфанное заболевание периферической нервной системы. Наличие коморбидной патологии (КП) может повлиять на выбор стартовой патогенетической терапии ХВДП. Понимание структуры КП при ХВДП может значительно улучшить результаты терапии.

ЦЕЛЬ. Охарактеризовать структуру коморбидной патологии и ее ассоциацию с различными патогенетическими вариантами ХВДП.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В ретроспективно-проспективном исследовании проанализированы данные 148 пациентов (81 мужчина и 67 женщин) с диагнозом достоверной ХВДП, соответствующей критериям European Academy of Neurology/Peripheral Nerve Society (EAN/PNS 2021), проходивших стационарное лечение в 1-ом неврологическом отделении ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова» Минздрава России с 2017 по 2024 гг.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Медиана возраста дебюта у всех пациентов с диагнозом достоверной ХВДП составляла 56 лет (13; 77), с возрастными интервалами дебюта: до 44 лет – 30 (20 %) пациентов, между 45 и 59 годами – 68 (46 %) пациентов, а старше 60 лет – 50 (34 %) пациентов. Типичный клинический фенотип был выявлен у 80 (54 %) пациентов, у остальных 68 (46 %) были выявлены варианты ХВДП. При анализе типа течения заболевания у всех пациентов с ХВДП прогрессирующее течение было выявлено у 121 (82 %) пациента, у 27 (18 %) рецидивирующее. В структуре КП при ХВДП были выделены следующие заболевания: гипертоническая болезнь у 85 (56 %) пациентов, аутоиммунный тиреоидит (АИТ) у 28 (19 %), инсулинзависимый сахарный диабет у 2 (1 %), инсулиннезависимый у 21 (14 %). Злокачественные новообразования (ЗНО) были выявлены у 16 (11 %) пациентов. Положительный титр антинуклеарного фактора был выявлен у 35 (23 %), а неуточненные ревматологические заболевания – у 12 (8 %) пациентов. У 8 (5 %) пациентов при гистологическом исследовании подкожно-жировой клетчатки выявлены отложения амилоида. Парепротейн в сыворотке выявлен у 34 пациентов (типирование парепротейна выполнено 24 пациентам – IgG выявлен у 13 (54 %), IgM у 9 (37 %) пациентов). Подтвержденный гематологический диагноз установлен у 13 (9 %) пациентов, в том числе 6 (4 %) случаев множественной миеломы. Статистически значимых различий между типичными и атипичными клиническими фенотипами при различных КП выявлено не было, за исключением группы пациентов со злокачественными новообразованиями, где преобладали пациенты с типичной ХВДП 75 % (n = 12) пациентов. Редкий сенсорный вариант ХВДП встречался у 17 пациентов: 4 (2 %) пациента с АИТ, 2 (1 %)

с ЗНО, 3 (2 %) с наличием АНФ, 8 (44 %) с наличием парепротейна.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Знания структуры КП и ее ассоциации с определенным клиническим фенотипом ХВДП могут помочь в построении алгоритма своевременной диагностики и стратификации эффективного варианта патогенетической терапии.

Контакты: Кушнир Яна Богдановна, аспирант, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия, e-mail: Kushnir.yana2014@yandex.ru.

Коморбидность неспецифической боли в спине и синдрома эмоционального выгорания у будущих врачей

Манышева К.Б.

Дагестанский государственный медицинский университет Минздрава России, Махачкала, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) часто наблюдается у медицинских работников. Он сочетается с соматическими проявлениями, например, болевыми синдромами различной локализации. Аналогичные явления могут наблюдаться и у будущих врачей ввиду схожих внешних факторов и профиля личности с действующими врачами.

ЦЕЛЬ. Установить связь неспецифической боли в спине и СЭВ у будущих врачей – студентов медицинских вузов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Дизайн исследования – проспективное обсервационное. В исследование было включено 62 будущих врача с жалобой на боль в спине: 46 женщин, 16 мужчин; длительность обучения в медицинском вузе > 1 года, средний возраст – 20,6 ± 1,3 года [18; 23]. 72,6 % совмещали учебу с работой среднего медицинского персонала. 35,5 % исследуемых периодически занимались спортом. Для оценки боли в спине использовалось неврологическое обследование, числовая рейтинговая шкала (ЧРШ) боли, онлайн-анкетирование для оценки степени выгорания (опросник выгорания Маслача для медработников (МБИ)), эмоционального состояния (госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)), качества жизни (анкета SF-36). Статистический анализ проводился с использованием программы MS Excel 2016 и методов описательной статистики.

РЕЗУЛЬТАТЫ. 96,8 % респондентов боль беспокоила периодически. Время от первого эпизода боли составило 2,5 ± 1,5 года [0,5; 7]. В 45,2 % случаев первый эпизод боли имел связь с излишней физической нагрузкой, в 41,9 % был неизвестным.

Среди факторов рецидива боли отмечались физическая нагрузка и длительное статическое напряжение, обычно после прошедшего дежурства. Боль была локализована в поясничном отделе позвоночника у 54,8 %, в шейном – у 25,8 %, в грудном – у 19,4%. Интенсивность боли по ЧРШ: 1–2 балла у 16,1 %, 3–4 балла у 58,1 %, 5–6 баллов у 25,8 %. Симптомы поражения корешков не были обнаружены. При оценке МВІ по шкалам «эмоциональное истощение» и «деперсонализация» средние баллы составили $28,8 \pm 9,4$ [14; 38] и $20,4 \pm 6,2$ [11; 27] соответственно, что свидетельствует о средних и высоких уровнях нарушений, а по шкале «редукция профессиональных достижений» – $31,7 \pm 6,2$ [23; 38], т. е. отсутствует выраженная неудовлетворенность индивидуальными достижениями. При оценке HADS средний балл составил $8,8 \pm 0,9$ [2; 20]: субклинически выраженная тревога – у 22,6 %, клинически выраженная – в 29 % случаев. Средний балл депрессии составил $6,1 \pm 0,6$ [0; 12]: с субклинически выраженными проявлениями – у 19,4 %, клинически значимыми – у 9,7 %. При анализе SF-36 средний уровень показателя «Физический компонент здоровья» составил $50,2 \pm 1,3$ балла [33,7; 62,1], а показатель «Психический компонент здоровья» – $37,0 \pm 2,1$ [18,1; 59].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Неспецифическая боль в спине часто возникает у медицинских работников. При анализе установлено, что боль в большинстве случаев сочетается с проявлениями СЭВ. Тяжесть боли в спине, а также депрессия и тревога могут влиять на уровень выгорания среди будущих врачей, испытывающих большие нагрузки во время учебы и практической работы. Эмоциональные расстройства могут достигать высокой степени в отсутствие выраженной неудовлетворенности индивидуальными достижениями. Наличие боли может вызывать эмоциональную нестабильность и СЭВ. У будущих врачей сочетание различных патологических состояний может приводить к катастрофизации ввиду активного процесса обучения специальности и некоторого опыта практической деятельности, что будет еще больше усугублять имеющиеся эмоциональные расстройства.

Контакты: Манышева Ксения Борисовна, ассистент кафедры нервных болезней, медицинской генетики и нейрохирургии, Дагестанский государственный медицинский университет Минздрава России, Махачкала, Россия, e-mail: manyshevakb@gmail.com.

Вегетативная нервная система у подростков с головной болью

Медведева А.М., Дониц И.Е.

Кемеровский государственный медицинский университет Минздрава России, Кемерово, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Вегетативная нервная система (ВНС) играет важную роль в регуляции функций внутренних органов, систем и органов чувств. В период подросткового возраста наблюдается временное усиление активности симпатoadреналовой системы, которая обеспечивает энергоснабжение и адаптацию организма к интенсивному росту и развитию. Однако в неблагоприятных условиях это может привести к возникновению функциональных расстройств и хронической патологии у подростков. Одним из возможных проявлений является головная боль, которая может быть вызвана нарушением механизмов вегетативной регуляции. Головная боль имеет значительное влияние на качество жизни человека. Она не только вызывает неприятные ощущения и дискомфорт, но также может негативно сказываться на физическом, эмоциональном и психологическом состоянии.

ЦЕЛЬ. Изучить состояние вегетативной нервной системы у подростков с головными болями.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Обследовано 38 подростков в возрасте от 10 до 17 лет. Обследуемые были разделены на 2 группы; первую группу, испытуемую, составили подростки с головной болью в межприступном периоде – 28 человек, вторая группа, контрольная, состояла из 10 человек. Оценка вегетативного статуса осуществлялась с помощью индекса Кердо, ортостатической пробы, клиностатической пробы, глазосердечной пробы и оценки дермографизма.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В испытуемой группе у 22 (78 %) человек по результатам индекса Кердо выявлено преобладание симпатического влияния, у 6 (22 %) человек индекс в норме. В контрольной группе у 4 (40 %) пациентов преобладает симпатическое влияние, у 4 (40 %) преобладает парасимпатическое влияние и у 2 (20 %) нормальная реакция. По результатам клиностатической пробы в первой группе у 16 (57 %) подростков наблюдается нормальная реакция, у 12 (43 %) наблюдается урежение ЧСС более 10, что указывает на повышенную возбудимость парасимпатического отдела. В контрольной группе у 6 (60 %) человек нормальная реакция и у 4 (40 %) повышенная возбудимость парасимпатической системы. По результатам ортостатической пробы в контрольной группе у 6 (60 %) человек нормальная реакция и у 4 (40 %) повышенная возбудимость симпатической нервной системы. В испытуемой группе у 15 (53,5 %) пациентов нормальная реакция, у 12 (43 %) повышенная возбудимость симпатическо-

го отдела и у 1 (3,5 %) возбудимость снижена. По результатам исследования глазосердечной пробы в первой группе у 24 (86 %) подростков нормальное изменение ЧСС и у 4 (14 %) превышение пульса более 18 уд/мин, что означает повышенную симпатическую возбудимость. В контрольной группе у 7 (70 %) человек нормальное изменение ЧСС, у 3 (30 %) повышенная симпатическая возбудимость и у 1 (3,5 %) повышенная парасимпатическая. По результатам проведения оценки дермографизма у 24 (86 %) человек белый дермографизм, у 4 (14 %) красный. В контрольной группе у 6 (60 %) пациентов белый и у 4 (40 %) красный дермографизм.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Наибольшие различия показателей вегетативной нервной системы в испытуемой группе в сравнении с контрольной группой наблюдались по индексу Кердо и дермографизму. По результатам этих двух проб для пациентов с головными болями было характерно повышение симпатических влияний. Рекомендуем для выявления патологий вегетативной нервной системы у пациентов с головной болью использовать индекс Кердо и оценку дермографизма. По результатам клиноортостатической пробы и глазосердечного рефлекса не было получено значимых различий.

Контакты: Медведева Анастасия Михайловна, студентка, Кемеровский государственный медицинский университет Минздрава России, Кемерово, Россия, e-mail: anastasia-anjali@mail.ru.

Биомаркеры острого атеротромботического ишемического инсульта

Моисеева Е.М., Тынтерова А.М., Рафальский В.В.

Балтийский федеральный университет им. Иммануила Канта, Калининград, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Понимание процессов дифференциальной экспрессии цитокинов и активных метаболитов у пациентов с ишемическим инсультом (ИИ) позволит расширить представление о механизмах атерогенеза и выделить потенциальные биомаркеры тяжести течения ИИ.

ЦЕЛЬ. Оценить иммунологический статус пациентов в остром периоде с атеротромботическим (АТ) подтипом ИИ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование было включено 30 пациентов основной группы с диагнозом «ИИ в каротидном бассейне, АТ подтип» согласно критериям TOAST (Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment), из них 15 (50,0 %) мужчин, 15 (50,0 %) женщин. Средний возраст пациентов составил $67,02 \pm 5,4$ года. Контрольную группу составили

20 добровольцев без указания на ИИ в анамнезе, из них 10 (50,0 %) мужчин, 10 (50,0 %) женщин, средний возраст – $66,41 \pm 5,5$ года. Лабораторная диагностика проводилась в течение 24–48 часов от дебюта ИИ и включала оценку концентраций цитокинов различных групп (интерлейкины, IFN-g, MCP-1/CCL2, MCP-3/CCL-7, MCP-2/CCL8, MCP-4/CCL13, MIP-1d/CCL15, MIP-1/CCL23) и стабильных метаболитов оксида азота (NO) и эндотелина-1 (ET-1) в сыворотке.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Тромболитическая терапия пациентам не проводилась в связи с наличием противопоказаний или поступлением пациента в стационар вне терапевтического окна. На момент поступления все пациенты с ИИ имели умеренные показатели тяжести инсульта по NIHSS ($5,6 \pm 1,6$ балла). При оценке сывороточных концентраций интерлейкинов, IFN-g, ET-1 и NO статистически значимое повышение было отмечено в отношении IFN-g ($p = 0,012$), IL-16 ($p = 0,001$) и ET-1 ($p < 0,0001$) у пациентов с ИИ. Сравнительная оценка уровня хемокинов подсемейства CC выявила более высокие концентрации MCP-1/CCL2 ($p < 0,0001$) и MIP-1d/CCL15 ($p < 0,0001$) у пациентов с ИИ в сравнении с группой контроля. Полученные результаты согласуются с данными исследований последних лет, демонстрирующих взаимосвязь повышения концентрации ET-1 с дестабилизацией атеросклеротической бляшки и гиперкоагуляцией, которые непосредственно связаны с нарушением секреторной активности эндотелия сосудов и развития АТ подтипа ИИ. Повышение уровня IFN-g и IL-16 рассматривается как предиктор прогрессирования эндотелиальной дисфункции, обусловленной атеросклеротическим поражением, и коррелирует с неблагоприятным исходом у пациентов с АТ ИИ. Роль провоспалительных CC-хемокинов в патогенезе АТ в настоящее время недостаточно исследована. Мы предполагаем, что повышение уровня MIP-1d/CCL15 в настоящем исследовании связано с механизмами модулирования матриксной металлопротеиназы MMP-9 и активации молекул клеточной адгезии (Inter-Cellular Adhesion Molecule 1, ICAM-1) в клетках эндотелия, что также ведет к развитию эндотелиальной дисфункции. Повышение концентрации MCP-1/CCL2 сопоставимо с результатами исследований, демонстрирующих роль MCP-1/CCL2 и рецептора CCR2 в регуляции рекрутирования моноцитов, макрофагов и Т-лимфоцитов к внутреннему эндотелиальному слою сосуда, что способствует развитию местного воспаления и дестабилизации атеросклеротических бляшек.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Полученные результаты исследования свидетельствуют о роли хемокинов MCP-1/CCL2 и MIP-1d/CCL15 и ET-1 в процессе атерогенеза. Уровень экспрессии данных веществ стоит рассмотреть в качестве возможного биомаркера функционального исхода пациентов с АТ подтипом ИИ.

Контакты: Моисеева Екатерина Михайловна, младший научный сотрудник центра клинических исследований, Балтийский федеральный университет им. Иммануила Канта, Калининград, Россия, e-mail: katerinamoiseeva898@gmail.com.

Нейропатическая боль при травме плеча – новые возможности терапии

Нежинский Д.И., Курушина О.В., Воробьев А.А.
Волгоградский государственный медицинский университет Минздрава России, Волгоград, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Число пациентов с нейропатической болью (НБ) на амбулаторном приеме невролога достигает 18 %, и в 81–95 % это поражение периферической нервной системы. В свою очередь среди пациентов с посттравматической плечевой плексопатией (ПТПП) нейропатический болевой синдром встречается в 69 % случаев. Учитывая высокую распространенность и трудности, связанные с купированием НБ, актуально изучение особенностей болевого синдрома и поиск новых методов их коррекции у пациентов с ПТПП.

ЦЕЛЬ. Изучить возможности применения пассивного экзоскелета верхней конечности в терапии нейропатического болевого синдрома при посттравматической плечевой плексопатии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование было включено 40 пациентов с ПТПП. Наличие и выраженность нейропатического болевого синдрома оценивались по опроснику DN4 и ВАШ, оценка уровня депрессивной симптоматики – по опроснику Бека. 20 пациентов контрольной группы получали медикаментозную терапию в комбинации с лечебной физкультурой (ЛФК), а для 20 пациентов из группы сравнения помимо назначения аналогичной медикаментозной терапии был изготовлен пассивный экзоскелет верхней конечности, в котором они также выполняли комплекс ЛФК. Средняя давность травмы составила 7 мес., все пациенты были лица мужского пола, средний возраст – 47 лет, курс лечения – 28 дней. Для оценки различий между двумя выборками использовался критерий Манна-Уитни. Изготовление пассивных экзоскелетов верхней конечности ЭКЗАР-34 осуществлялось в рамках Президентского гранта 24-1-000015 «Крылья надежды – героям СВО».

РЕЗУЛЬТАТЫ. Средняя интенсивность болевого синдрома в выборках составила $7,5 \pm 0,5$ балла по ВАШ. В качестве основного препарата для лечения НБ у всех пациентов был выбран габапентин, дозировка подбиралась индивидуально с титрацией, средняя суточная доза составила 1500 мг (5 капс. в

день). Средний балл по опроснику Бека среди контрольной и исследуемой групп составил $12,5 \pm 1$ и $13 \pm 0,7$ балла. Спустя 28 дней терапии о полном освобождении от боли в контрольной группе сообщили 35 % (7) пациентов, а в группе занимающихся в экзоскелете – 50 % (10). Пациенты с сохранившимся болевым синдромом в контрольной группе сообщили о снижении его на $4,0 \pm 0,5$ балла по ВАШ и на $4,5 \pm 0,5$ балла в группе сравнения. Однако 60 % (6) пациентов из группы сравнения добились снижения боли, уменьшая суточную дозировку габапентина до 2–3 капсул в день. По шкале Бека в обеих группах также зарегистрирована позитивная динамика в виде снижения на $2 \pm 0,3$ балла в группе контроля и на $3,3 \pm 0,3$ балла в группе сравнения. Более эффективное снижение болевого синдрома у пациентов, выполняющих упражнения с использованием экзоскелета, возможно объяснить полимодальным эффектом, включающим в себя увеличение амплитуды движений в плечевом и локтевом суставе, что направлено как на разработку мышечных контрактур, так и на восстановление нейротрофической функции плечевого сплетения, эффект абилитации, достигаемый механизмом биологической обратной связи и высокой приверженностью пациента ввиду большего эмоционального вовлечения в ЛФК-программу.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Полученные данные свидетельствуют, что использование пассивного экзоскелета верхней конечности в сочетании с классическими методиками лечения ПТПП позволяет добиться более выраженного уменьшения болевой симптоматики и улучшения психоэмоционального состояния пациента. Отдельного внимания заслуживают случаи полного регресса нейропатического болевого синдрома, контроля над которым до этого не удавалось добиться на субмаксимальных дозировках габапентина.

Контакты: Нежинский Дмитрий Игоревич, ассистент кафедры неврологии, нейрохирургии, медицинской генетики, Волгоградский государственный медицинский университет Минздрава России, Волгоград, Россия, e-mail: dmitrynezhinsky@yandex.ru.

Боли в лице. Краниомандибулярная дисфункция

Нелипа С.А.¹, Ильгияева И.И.¹, Фокина Н.М.^{1,2}, Душенкова М.П.¹

¹Российский университет медицины Минздрава России, Москва, Россия

²Медицинский университет «Реавиз», Москва, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Современные представления о симптомокомплексе краниомандибулярной дисфункции складываются из трех составляющих: окклюзия, мышечный и суставной факторы. Выделяют две формы данной дисфункции – с болевыми и безболевыми проявлениями. Болевые симптомы часто отсутствуют на ранних стадиях заболевания, а при их возникновении определить источник боли затруднительно. Для выявления причины необходимо междисциплинарное взаимодействие врачей разных специальностей.

ЦЕЛЬ. Изучить болевые клинические проявления краниомандибулярной дисфункции и степень их выраженности при аномалиях окклюзии зубочелюстной системы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Обследовано 138 пациентов в возрасте 18–44 лет, из них 41 мужчина, 97 женщин. Был использован опросник для выявления признаков краниомандибулярной дисфункции (Фокина Н.М., Шавловская О.В., 2014 г.). Болевые проявления оценивались пациентами по визуальной аналоговой шкале боли (ВАШ).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Распространенность симптомокомплекса краниомандибулярной дисфункции среди населения широко варьируется. По некоторым данным, признаки краниомандибулярной дисфункции встречаются часто в популяции в целом. По данным ряда зарубежных авторов, объективные симптомы краниомандибулярной дисфункции отмечаются у 1–75 % населения, а субъективные – у 5–33 %. При проведении клинического обследования нами было выявлено, что распространенность синдрома краниомандибулярной дисфункции встречается у 86 обследованных пациентов, что составляет 62,3 %. При проведении анкетирования по данным опросника для выявления симптомов краниомандибулярной дисфункции в 100 % случаев пациенты отмечали 3 и более утвердительных ответа, что свидетельствует о наличии данной патологии. Признаки оценивались по проявлениям в виде неприятных болевых ощущений при открывании рта, болевых проявлений в области головы, шеи, спины, ограничений при открывании рта, дополнительных звуков по типу скрежетания, крепитации, шелканья, хруста в области уха, бруксизма, стискивания зубов, чувства стягивания в лице (в области жевательных мышц), наличия травм или ушибов, операций в области лица. Также определяли наличие первичных головных болей и пре-, интра- и постсомнические нарушения сна, связанные с болевыми проявлениями. 78,3 % обследованных нами пациентов по ВАШ оценивали выраженность болевых проявлений на 3–4 балла, а 21,7 % пациентов – на 7–8 баллов. Следует отметить, что степень выраженности болевых проявлений по отчетам пациентов не была постоянной величиной.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. В результате проведенного исследования было выявлено наличие прямой зависимости между выраженностью болевых клинических проявлений краниомандибулярной дисфункции и аномалиями окклюзии зубочелюстной системы. В развитии краниомандибулярной дисфункции играет роль множество факторов, таких как функциональные нарушения жевательного аппарата, связанные с потерей зубов, их повышенной стираемостью, зубочелюстными аномалиями и другими окклюзионными нарушениями, различные нарушения в координации жевательных и перикраниальных мышц, дисфункции ВНЧС различного генеза, заболевания позвоночника, витаминная недостаточность, аллергический фактор и даже повышенная нагрузка на отдельные мышцы головы и шеи вследствие остеохондроза, вынужденного положения при наличии профессиональных позных установок. Коррекция болевых коморбидных нарушений требует междисциплинарного подхода.

Контакты: Ильгияева Ирина Ирмияевна, аспирант, Российский университет медицины Минздрава России, Москва, e-mail: dr.ilgiyeva@gmail.com.

Паранеопластические миелополинейропатии, ассоциированные с анти-Ну антителами

Образцова А.Д., Краснов В.С., Готовчиков А.А., Никитин Н.Е., Терещенко Н.М.

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Диагностика выявления причин комбинированного поражения спинного мозга (СМ) и периферических нервов (ПН) является сложной задачей. Согласно литературным данным, такое комбинированное поражение может быть обусловлено паранеопластическим синдромом. Известно, что для паранеопластических миелополинейропатий характерно подострое течение, нейропатический болевой синдром, вегетативные нарушения. Лабораторная диагностика вносит значительный вклад в выявление паранеопластических синдромов, в том числе с вовлечением СМ и ПН.

ЦЕЛЬ. Оценить клинико-радиологические особенности и лабораторные данные серии клинических случаев паранеопластической миелополинейропатии в отделении неврологии № 1 ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова» Минздрава России.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проанализированы ретроспективно 2 случая с оценкой клинической

картины, радиологической картины СМ по данным магнитно-резонансной томографии (МРТ), данных электронейромиографии (ЭНМГ), лабораторных данных (паранеопластические антитела, синтез IgG в ликворе/сыворотке), ответа на терапию.

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ.

Клинический случай 1. Мужчина 77 лет с подострыми эпизодами развития смешанного тетрапареза, расстройств глубокой и поверхностной чувствительности по проводниковому типу, нейропатическим болевым синдромом в конечностях по типу «перчаток и носков», без нарушения функции тазовых органов. Инструментально выявлены: МРТ – слабोगипоинтенсивный сигнал в режиме STIR на уровне Th7-T11 от задних канатиков без признаков активности; ЭНМГ – признаки аксонального поражения локтевых и срединных нервов с двух сторон. Лабораторно выявлены: 3 тип синтеза IgG в ликворе и сыворотке крови, анти-Ну антитела + (пограничный титр может быть связан с многократными курсами химиотерапии). Мелкоклеточный рак легкого T1aN3M0 диагностирован через год от дебюта симптомов. На фоне химиотерапии (комбинация эпозид + цисплатин, затем переход на иринотекан) отмечалась частичная стабилизация неврологических нарушений.

Клинический случай 2. Мужчина 68 лет с подострыми эпизодами чувствительных расстройств по проводниковому и полиневритическому типу, прогрессирующим развитием смешанного тетрапареза, выраженным нейропатическим болевым синдромом по типу «перчаток и носков», без нарушения функции тазовых органов. По данным МРТ выявлен очаг гиперинтенсивного сигнала в режиме STIR на уровне задних канатиков C3-C6 с накоплением контраста в режиме T1. Лабораторно выявлены: 2 тип синтеза IgG в ликворе и сыворотке крови, анти-Ну антитела 3+. ЭНМГ: поражение моторных волокон нервов верхних конечностей с вовлечением проксимальных отделов и нижних конечностей демиелинизирующего характера. По данным КТ органов грудной клетки впервые выявлены лимфаденопатия, очаговые изменения в обоих легких – за время обследования онкологический процесс на стадии верификации. На фоне терапии глюкокортикостероидами в дозе 0,5 мг/кг улучшение в виде частичного регресса нейропатической боли, нарастания силы в конечностях.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. В двух представленных случаях выявления анти-Ну антител был определен клинико-радиологический фенотип заболевания в виде постепенно развивающейся картины поражения СМ и ПНС подострыми эпизодами ухудшения, выраженным нейропатическим болевым синдромом, с поражением задних канатиков СМ, подтвержденным МРТ. В обоих случаях присутствовал патологический тип синтеза

IgG в ликворе и сыворотке (3 тип и 2 тип). В 1 случае верифицирован рак легкого, во 2 случае продолжается динамическое наблюдение в связи с подозрением на онкологический процесс. При выявлении вышеуказанного клинико-радиологического фенотипа сочетанного поражения СМ и ПНС при исключении иных причин необходимо исследование сыворотки крови на анти-Ну антитела и осуществление поиска онкологического заболевания.

Контакты: Образцова Анастасия Дмитриевна, практикующий врач отделения неврологии № 1, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия, e-mail: stacyobraztsova@gmail.com.

Компонентный анализ вызванных потенциалов при смещении внимания относительно угрожающей зрительной информации

Асташенко А.П., Орехова Е.Р.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Способность человека осуществлять произвольный контроль и регуляцию своих когнитивных процессов с целью достижения поставленных задач в изменяющихся условиях среды имеет ключевое значение для его успешной адаптации практически во всех сферах жизнедеятельности. Ухудшение данной способности резко повышает риск развития состояний психической дезадаптации. Предвзятость внимания – вид искажения когнитивного контроля, при котором на аффективно значимые стимулы человек обращает больше внимания, чем на нейтральные. Есть данные о том, что лица с тревожными и депрессивными расстройствами чаще и дольше фиксируют взгляд на негативных стимулах и используют стратегию избегания неприятных изображений после их распознавания. Все эти исследования проводили на группах людей, имеющих подтвержденные диагнозы, однако мало что известно о предвзятости внимания на ранних этапах изменений в психоэмоциональной сфере, например, развития тревожности у здоровых молодых людей.

ЦЕЛЬ. Поиск биоэлектрических маркеров тревожности на основании выявления взаимосвязи между сенсомоторными характеристиками зрительного внимания и особенностями биоэлектрической активности мозга при восприятии угрожающей зрительной информации.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Участниками исследования стали 33 молодых здоровых испытуемых в возрасте от 18 до 20 лет. В качестве метода исследования была выбрана проба с точкой (dot-probe test), а также проводилась регистрация монополярных вызванных потенциалов (ВП) в лобных, теменных, височных и затылочных отведениях (F3, F4, F6, F7, P3, P4, T5, T6, O1, O2). В качестве конгруэнтных стимулов демонстрировались сцены с тревожным содержанием (оружие, угрожающие изображения людей и животных, сцены нападения); в качестве инконгруэнтных – нейтральные зрительные стимулы (предметы быта, лица людей без эмоций). Регистрировали время реакции на стимулы-точки и когнитивные ВП в период демонстрации эмоциональных и нейтральных стимулов на экране.

РЕЗУЛЬТАТЫ. По времени реакции испытуемые были разделены на 3 группы: 1 группа с более быстрой реакцией на точки после угрожающей картинки, 2 – после нейтральной картинки, 3 – без различий во времени реакции. Данные, полученные из анализа компонентов ВП, говорят о том, что в группе 1 в затылочно-теменных отведениях амплитуда компонента P1 была значительно выше на конгруэнтную задачу, чем на инконгруэнтную. В группе 2, наоборот, P1 был высоким на инконгруэнтную задачу и более низким на конгруэнтную. В группе 3 различий не наблюдалось. По данным литературы, компонент P1 связан с механизмами первичной обработки воспринимаемого объекта и рост его амплитуды отражает привлечение внимания к стимулу. Увеличение уровня внимания к зрительным стимулам в объединенных фронтальных отведениях также показывает компонент N1, который в 1 группе появлялся достоверно раньше по сравнению с 3 группой. Важно упомянуть и про компонент N170, рассматриваемый как маркер обработки конкретных выражений лиц. Он достоверно раньше возникал в группах 1 и 2, немного позднее в группе 3.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Обнаружено 3 типа зрительно-моторных реакций в неклинической выборке молодых испытуемых: быстрая реакция на зрительную информацию с тревожным значением, избегание восприятия данной информации и сходные реакции на разные изображения. Компоненты P1 и N1, отражающие распределение автоматических ресурсов внимания, могут быть отобраны как биоэлектрические маркеры искажений познавательных процессов, связанных со смещениями внимания на ранних этапах развития тревожности и эмоционального стресса.

Контакты: Орехова Елизавета Романовна, студентка, Воронежский государственный медицин-

ский университет им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж, Россия, e-mail: lizzka413@gmail.com.

Хронические болевые синдромы в старческом возрасте и субстанция Р

Пилярова М.Х., Тополянская С.В.

Госпиталь для ветеранов войн № 3, Москва, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Хронический болевой синдром является одним из самых распространенных в гериатрической практике.

ЦЕЛЬ. Изучить хронические болевые синдромы в старческом возрасте и оценить клиническое значение субстанции Р при данной патологии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование было включено 68 больных старше 75 лет с наличием скелетно-мышечной боли любого генеза на протяжении минимум 3 месяцев. Средний возраст составил $81,9 \pm 5,8$ года (от 75 до 100 лет). Большинство пациентов составили женщины – 58 (85,3 %). В рамках данного исследования оценивали болевой синдром по ВАШ, анализировали вид болевого синдрома с помощью опросников и шкал: DN4, PainDETECT, FIRST, опросника для оценки центральной сенситизации, болевого опросника Мак-Гилла, шкалы депрессии. Концентрацию субстанции Р в крови определяли методом иммуноферментного анализа.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Выраженность по ВАШ в среднем $6,3 + 2,2$ балла, DN4 – $3,9 + 2,1$ балла, PainDETECT – $14,7 + 9,4$ балла, FIRST – $3,5 + 1,6$ балла, опроснику Мак-Гилла – $69,8 + 43,7$ балла, по шкале центральной сенситизации – $44,3 + 16,7$ балла, по шкале депрессии – $6,1 + 2,9$ балла. Концентрация субстанции Р в среднем по группе составила $222,6 + 92,9$ пг/мл, варьируя от 74 до 529 пг/мл. У мужчин среднее содержание субстанции Р в крови достигало $267,1 + 85,2$ пг/мл, у женщин – $214,2 + 92,7$ пг/мл ($p = 0,02$). Зарегистрирована обратная корреляция между концентрацией субстанции Р в крови и возрастом больных ($r = -0,31$; $p = 0,02$). Достоверных взаимосвязей между концентрацией субстанции Р в крови и значениями всех опросников боли не обнаружено. Вместе с тем наблюдались достоверные корреляции между показателями ВАШ и DN4 ($r = 0,29$; $p = 0,01$), PainDETECT ($r = 0,41$; $p = 0,004$), опросника Мак-Гилла ($r = 0,53$; $p < 0,0001$) и опросника центральной сенситизации ($r = 0,3$; $p = 0,01$). Значимой корреляции между выраженностью болевого синдрома по ВАШ и выраженностью депрессии не установлено ($r = 0,16$; $p = 0,21$). Зарегистрированы высоко достоверные корреляции

между показателями DN4 и PainDETECT ($r = 0,67$; $p < 0,0001$), опросника FIRST ($r = 0,6$; $p < 0,0001$), опросника Мак-Гилла ($r = 0,61$; $p < 0,0001$), опросника центральной сенситизации ($r = 0,44$; $p < 0,0001$), а также шкалой депрессии ($r = 0,31$; $p = 0,01$). Показатели PainDETECT коррелировали со значениями FIRST ($r = 0,56$; $p < 0,0001$), опросника Мак-Гилла ($r = 0,58$; $p < 0,0001$) и опросника центральной сенситизации ($r = 0,32$; $p = 0,02$). Значения опросника FIRST коррелировали с показателями опросника Мак-Гилла ($r = 0,5$; $p < 0,0001$), опросника центральной сенситизации ($r = 0,47$; $p < 0,0001$) и шкалой депрессии ($r = 0,26$; $p = 0,03$). Значения опросника Мак-Гилла коррелировали с показателями опросника центральной сенситизации ($r = 0,58$; $p < 0,0001$) и шкалы депрессии ($r = 0,29$; $p = 0,02$). Выраженность депрессии коррелировала с показателями DN4 ($r = 0,31$; $p = 0,01$), FIRST ($r = 0,26$; $p = 0,03$), опросника Мак-Гилла ($r = 0,29$; $p = 0,02$) и опросника центральной сенситизации ($r = 0,5$; $p < 0,0001$). Наблюдалась прямая корреляция между возрастом больных и показателями DN4 ($r = 0,24$; $p = 0,05$) и опросника центральной сенситизации ($r = 0,25$; $p = 0,04$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Результаты исследования позволяют говорить о наличии выраженного хронического болевого синдрома разных типов у пациентов старческого возраста и долгожителей. Обнаружены достоверные взаимосвязи между показателями болевого синдрома, оцененными с помощью разных шкал и опросников. В рамках данного исследования не установлено значимых корреляций между концентрацией субстанции P в крови и параметрами болевого синдрома.

Контакты: Пилярова Медина Халитовна, практикующий врач, госпиталь для ветеранов войн № 3, Москва, Россия, e-mail: medina.pilyarova@ya.ru.

Опыт применения биологической обратной связи по электромиограмме при боли в шее

Раевская А.И., Вышлова И.А., Карпов С.М.

Ставропольский государственный медицинский университет Минздрава России, Ставрополь, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Цервикалгия – вторая после боли в нижней части спины причина значительного социально-экономического ущерба для общества, имеющая тенденцию к персистированию на протяжении многих лет, что определяет ее влияние на качество жизни пациентов и ограничивает их жизнедеятельность. В 2020 году во всем мире боль в шее затронула более 203 миллионов человек.

ЦЕЛЬ. Оценить эффективность использования метода биологической обратной связи по электро-

миограмме (БОС-ЭМГ) в терапии хронической цервикалгии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В клиническое исследование включены 50 пациентов с обострением хронического неспецифического болевого синдрома в шее, которые были разделены на две группы: в контрольной ($n = 25$) проводилась стандартная медикаментозная терапия (нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), миорелаксанты) сроком от 7 до 10 суток с учетом противопоказаний, в основной ($n = 25$) – БОС-ЭМГ-терапия проводилась на протяжении 20 дней (10 сеансов через день) в дополнение к стандартной медикаментозной терапии. Оценка эффективности лечения проводилась на основании динамики болевого синдрома по данным цифровой рейтинговой шкалы (ЦРШ), выраженности скелетно-мышечного синдрома по данным индекса мышечного синдрома (ИМС), показателей индекса ограничения жизнедеятельности при болях в шее (the Neck Disability Index, NDI) до лечения, через 20 дней и через 3 месяца с момента обращения. Статистический анализ проводился с использованием программы StatTech v. 4.1.7. Исследование одобрено локальным этическим комитетом ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России (протокол № 122 от 21.12.2023 г.).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Пациенты обследуемых групп были сопоставимы по возрасту, полу, интенсивности болевого синдрома, что позволило проводить их сравнительную оценку. В процессе анализа данных по ЦРШ исходно и через 20 дней не удалось выявить значимых различий ($p = 0,315$; $p = 0,787$) – в основной группе средний балл с 7,6 снизился до 3,9, в контрольной – с 7,4 до 3,9, тогда как через 3 месяца были выявлены статистически значимые различия ($p < 0,001$): основная группа – 1,06 балла, контрольная – 2,48. Исходно ИМС в обследуемых группах достоверно не отличался ($p = 0,139$) – 8,74 и 8,36, что соответствовало второй степени выраженности мышечно-тонического синдрома, тогда как на второй и третьей контрольных точках были установлены статистически значимые различия ($p < 0,001$) – 4,89 и 6,0 балла на 20 сутки, 1,86 и 4,4 балла через 3 месяца соответственно. Средний балл по NDI до лечения в обеих группах составил 28,4, что соответствует умеренному ограничению жизнедеятельности, причем исходно и через 20 дней не удалось выявить значимых различий данного показателя ($p = 0,247$; $p = 0,493$), тогда как через 3 месяца были выявлены достоверные различия ($p < 0,001$): основная группа – 10,06 балла, контрольная – 14,48. Нежелательных явлений при проведении БОС-ЭМГ не отмечено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Комплексная терапия хронической цервикалгии с использованием БОС-ЭМГ

обеспечивает индивидуальный и дифференцированный подход к лечению пациентов за счет уменьшения патологического тонуса мышц шейной области уже на 20 сутки лечения, что позволяет достичь более длительной ремиссии болевого синдрома, чем в случае применения только медикаментозной терапии, в большей степени улучшить качество жизни пациентов. БОС-ЭМГ является безопасным методом терапии и хорошо переносится пациентами.

Контакты: Раевская Анастасия Игоревна, ассистент кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики, Ставропольский государственный медицинский университет Минздрава России, Ставрополь, Россия, e-mail: nastya_raevskaya96@mail.ru.

Анализ факторов риска ишемического инсульта

Сантикова Л.В.¹, Долгова И.Н.²

¹Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова, Нальчик, Россия

²Ставропольский государственный медицинский университет Минздрава России, Ставрополь, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) сохраняют свою актуальность ввиду высокой частоты встречаемости, тяжести симптоматики, развития осложнений, инвалидизации и летальности. Пациенты, перенесшие ОНМК, требуют прохождения курсов реабилитации с участием мультидисциплинарных бригад врачей для восстановления утраченных функций. Оказание высококвалифицированной медицинской помощи такой категории пациентов сопряжено с большими медицинскими, экономическими и социальными затратами. Важным вопросом в настоящее время остается раннее предупреждение развития ОНМК.

ЦЕЛЬ. Изучение и анализ наиболее частых причин ишемического инсульта (ИИ) с возможностью рекомендации начала профилактики данного заболевания.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Под наблюдением находилось 113 пациентов с ИИ, средний возраст которых составил $58,3 \pm 17,8$ года, обследованные на базе неврологического стационара для больных с ОНМК Городской клинической больницы № 1 г. Нальчика. Характер и выраженность очагового неврологического дефицита, общемозговых симптомов осуществлялись на основании шкалы NIHSS. Оценка тяжести нарушения уровня бодрствования

проводилась по шкале комы Глазго. Выраженность инвалидизации после эпизода ИИ проводили по шкале Рэнкина. Все пациенты обследованы в полном объеме согласно приказам Минздрава России № 928н от 15.11.2012 г., № 1740н от 29.12.2012 г.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Изучены патогенетические механизмы ИИ (по TOAST), среди которых атеротромботический выявлен у 47 пациентов, кардиоэмболический – у 40 человек и ИИ неуточненный – у 26 пациентов. По локализации ИИ в бассейне правой средней мозговой артерии (СМА) был выявлен у 56 пациентов, а в бассейне левой СМА – у 57 человек. Изучение анамнеза жизни, данных медицинской документации позволило выявить следующие заболевания у пациентов с ИИ: артериальная гипертензия (АГ), фибрилляция предсердий (ФП), сахарный диабет 2 типа (СД 2). В ряде случаев факторы, приведшие к развитию ИИ, не были установлены. Все пациенты были разделены на 2 основные группы. В 1-й группе из 45 человек не наблюдались инфекционные осложнения, во 2-й группе из 68 человек были диагностированы инфекционные осложнения. Выявлено, что в 1-й группе АГ выявлена у 38 (84,4 %) человек, во 2-й группе – у 57 (83,8 %) человек ($p = 0,593$), СД 2 в 1-й группе выявлен у 13 (28,9 %) человек, во 2-й группе – у 6 (8,8 %) человек ($p = 0,001^*$, где * – статистически значимо ($p < 0,05$), точный метод Фишера), сочетание АГ и СД 2 в 1-й группе выявлено у 8 (17,8 %) человек, во 2-й группе – у 6 (8,8 %) человек ($p = 0,001^*$), ФП в 1-й группе – у 5 (11,1 %) человек, во 2-й группе – у 8 (11,8 %) человек ($p = 0,453$), ФП и АГ в 1-й группе – у 4 (8,9 %) человек, во 2-й группе – у 6 (13,3 %) человек ($p = 0,289$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Анализ факторов риска больных ИИ показал, что статистически значимым оказалось наличие в анамнезе артериальной гипертензии в сочетании с сахарным диабетом 2 типа и сахарный диабет 2 типа. Кроме этого, ИИ развивался на фоне фибрилляции предсердий и в сочетании этой патологии с артериальной гипертензией. Важно для профилактики ИИ раннее выявление сердечно-сосудистых факторов риска, эндокринной патологии, адекватная терапия указанных заболеваний и проведение первичной профилактики ОНМК у данной категории больных с привлечением кардиолога, эндокринолога, невролога. Кроме того, проведение ежегодной диспансеризации обеспечит в ряде случаев раннее выявление заболеваний, имеющих отношение к развитию ОНМК в последующем.

Контакты: Сантикова Лиана Владимировна, врач, Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова, Нальчик, Россия, e-mail: liana266@yandex.ru.

Роль сна в поддержании психического здоровья: как нарушения сна связаны с тревогой и депрессией

Сумзина О.С.

Херсонский государственный педагогический университет, Херсон

ВВЕДЕНИЕ. Сон является ключевым элементом здоровья, оказывающим значительное влияние на физическое и психическое состояние. В современном обществе, где стресс и нагрузки возрастают, нарушения сна становятся все более актуальной проблемой. Недостаток сна негативно влияет на когнитивные функции, эмоциональное состояние и работоспособность, усугубляя психические расстройства, такие как тревога и депрессия. В последние десятилетия исследования показали, что нарушения сна могут быть как причиной, так и следствием психических расстройств. По данным ВОЗ, депрессия и тревожные расстройства входят в число самых распространенных заболеваний, влияющих на качество жизни миллионов людей. Хронические нарушения сна усугубляют эти состояния, создавая замкнутый круг.

ЦЕЛЬ. Углубленное изучение роли сна в поддержании психического здоровья и анализ механизмов, связывающих нарушения сна с развитием тревоги и депрессии. Исследование направлено на выявление факторов, способствующих нарушению сна, и разработку методов профилактики и лечения для улучшения психического здоровья населения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Участники исследования: 200 человек (возраст 18–60 лет) в трех группах: контрольная группа, группа с нарушениями сна, группа с психическими расстройствами и нарушениями сна. Методы сбора данных: анкетирование (PSQI, HADS), полисомнография (60 участников), анализ уровня кортизола (утренние и вечерние измерения). Анализ данных: статистический и корреляционный анализ, регрессионный анализ, кросс-секционное исследование. Этические аспекты: участники дали информированное согласие, исследование проведено в соответствии с Хельсинкской декларацией и одобрено этическим комитетом.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Качество сна и психическое здоровье: участники с нарушениями сна и психическими расстройствами значительно чаще испытывают проблемы с качеством сна. Полисомнографические показатели: уменьшение продолжительности сна, увеличение числа ночных пробуждений и снижение медленно-волнового сна у людей с нарушениями сна и психическими расстройствами. Уровень кортизола: повышенные уровни кортизола у участников с нарушениями сна

и психическими расстройствами, что указывает на повышенный уровень стресса. Корреляционный и регрессионный анализ: установлена сильная связь между плохим качеством сна и уровнем тревоги и депрессии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Нарушение сна тесно связано с повышением уровня тревожности и депрессии. Плохое качество сна может способствовать развитию или усугублению этих состояний. Для поддержания психического благополучия необходимо уделять внимание качеству сна, своевременно диагностировать и лечить нарушения сна.

Контакты: Сумзина Оксана Сергеевна, студентка, Херсонский государственный педагогический университет, Херсон, e-mail: oks.sumzina_2024_su_87@onmail.com.

Клинический случай нейроспида

Твердохлебова А.А., Калнушко А.В.

Россошанская районная больница, Воронежская область, Россошь, Россия

ВВЕДЕНИЕ. ВИЧ – хроническая антропонозная вирусная инфекция. Неврологические проявления различны: ВИЧ оказывает прямое и непрямое повреждающее действие на организм через оппортунистические нейроинфекции, опухоли.

ЦЕЛЬ. Основываясь на клиническом случае, хотим показать, что проявления нейроспида различны по клинической картине, течению, прогнозу, патологоанатомической картине. В нашей практике мы столкнулись с таким вариантом нейроспида, как полинейропатия.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Пациент Г., военнослужащий, обратился в приемное отделение с жалобами на слабость в руках. Из анамнеза: две недели назад появилась слабость в правой руке. Тогда же возникла температура 37,1–37,2°, кашель. Затем появилась слабость в левой руке. МРТ грудного отдела позвоночника выявлена левосторонняя сегментарная пневмония. При обращении общее состояние удовлетворительное, температура 36,6°, сохраняется кашель. В неврологическом статусе: асимметрия лица слева по периферическому типу, снижение силы мышц верхних конечностей (слева и справа дистально – 2 балла, проксимально – 0 баллов). Дежурным неврологом направлен в ФГКУ «Военный госпиталь № 416» Минобороны России с предварительным диагнозом «острая воспалительная демиелинизирующая полинейропатия». Госпитализирован в неврологическое отделение. В течение двух дней состояние ухудшилось, появилась слабость в ногах с дальнейшим развитием тетрапареза, возникло затруднение дыхания.

На 16-е сутки заболевания переведен на ИВЛ. Принято решение о переводе больного в БУЗ ВО «Воронежская областная клиническая больница № 1» с диагнозом «острая аксональная полирадикулонейропатия». На момент перевода пациент находился в сознании. В неврологическом статусе: птоз с двух сторон, дисфония, слабость мышц шеи. Сухожильные рефлексы отсутствуют. Мышечная сила: в руках – единичные движения в кистях, в ногах – 2,5–3 балла.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Проведено обследование: выявлены АТ к гепатиту С, ВИЧ, ЦМВ. РКТ головного мозга: без патологии. РКТ грудной клетки: левосторонняя верхнедолевая бронхопневмония, участок консолидации в нижней доле правого легкого с включением полости, субтотальный ателектаз нижней доли левого легкого, левосторонний пристеночный гидроторакс. ЭНМГ конечностей: параметры М-ответов при стимуляции длинных и коротких нервов верхних конечностей симметрично генерализованно выражено изменены по аксональному типу. Ликвор: слегка мутный, бесцветный, глюкоза – 4,7 ммоль/л, белок – 0,435 г/л, нейтрофилы – 50 %, лимфоциты – 22 %, цитоз – 72/3,000 106/л. Лечение: 6 сеансов плазмафереза, свежезамороженная плазма, антибактериальная и симптоматическая терапия. Окончательный диагноз: острая аксональная полирадикулонейропатия ВИЧ-ассоциированная с вовлечением краниальных нервов, грубым тетрапарезом, ВИЧ-инфекция ст. 4В, прогрессирование без АРТ. Осложнения: двусторонняя полисегментарная пневмония. ДН2-3. Трахеостомия. Сопутствующие заболевания: хронический вирусный гепатит С. Переведен в и/о, в неврологическом статусе: частичный птоз с 2-х сторон. Слабость круговых мышц глаз с 2-х сторон. Грубый вялый тетрапарез до плегии в руках, 1 б. в ногах. Арефлексия. Мышечный тонус снижен. На 30-е сутки заболевания пациент скончался.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Данный пример свидетельствует о многогранности клинических проявлений нейроспида и трудности диагностики и лечения данного заболевания. Течение ПНС-инфекции у ВИЧ-положительных пациентов имеет ряд диагностических и клинических отличий. Зачастую помимо основной патологии необходимо лечить и оппортунистические инфекции, которые осложняют течение заболевания основного диагноза. Постановка данного диагноза чаще всего происходит на поздних стадиях, что требует немедленного лечения.

Контакты: Твердохлебова Александра Александровна, практикующий врач-невролог, Россосанская районная больница, Воронежская область, Россосшь, Россия, e-mail: alexa.Esina@yandex.ru.

Гиперсомноленция у пациентов в остром периоде ишемического инсульта и ее связь с развитием постинсультных тревожно-депрессивных расстройств

Терновых И.К., Алексеева Т.М.

Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Среди причин инвалидизации и утраты трудоспособности ишемический инсульт (ИИ) занимает третье место в мире. Проблемы расстройств сна с риском возникновения ИИ и определения прогноза и потенциала реабилитации после ИИ становятся все более актуальными. В этой связи перспективным направлением является исследование постинсультной гиперсомноленции (ПГ). ПГ верифицируется на основе оценки пациента по шкалам, при объективном инструментальном подтверждении ПГ выставляется диагноз постинсультной гиперсомнии (ГС). Постинсультная депрессия (ПД) в 20–55 % случаев оказывает негативное влияние на процесс реабилитации, качество жизни, способствует появлению сопутствующих тревожных расстройств. Постинсультная тревога (ПТ) в настоящее время изучена менее, чем ПД, что связано с ее меньшей распространенностью (10–36 %). Симптомы ПТ замедляют регресс неврологического дефицита, увеличивая период полного восстановления. С учетом этого интерес представляет поиск взаимосвязи ПГ с расстройствами спектра тревоги и депрессии.

ЦЕЛЬ. Выявить варианты ПГ и оценить связь дневной сонливости с патогенетическим подтипом ИИ, размером, латерализацией очага поражения (ОП) головного мозга, ПД и ПТ у пациентов в остром периоде ИИ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование включены 80 пациентов в остром периоде ИИ (48 мужчин, 32 женщины, средний возраст – $68,6 \pm 10,6$ года), обследованных на базе ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России. Критерии включения: острый период ИИ любого подтипа, кроме лакунарного; возраст от 45 лет; оценка по NIHSS от 3 баллов; отсутствие афазии. Критерии невключения: геморрагический инсульт; ИИ стволовой локализации; декомпенсированная соматическая патология. Для выявления ПГ использовали дневник сна, шкалу сонливости Эпворта (ESS), Каролинскую шкалу (KSS), Берлинский опросник, 12-часовую полисомнографию (ПСГ) и множественный тест латентности сна (МТЛС). Для диагностики ПТ и ПД использовали шкалы депрессии Бека (BDI II) и Госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS). Для сравнения групп использо-

вали критерии Манна-Уитни и Краскела-Уоллиса, анализ корреляций проводили с помощью критерия Спирмена. Статистическую обработку данных проводили с помощью программы StatPlus.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Среди пациентов с выполненными ПСГ и МТЛС ПГ выявлена у 23 (58,9 %). Из них у 12 пациентов качество и количество сна не соответствовали норме, постинсультная ГС не подтвердилась по МТЛС либо была компенсаторной. Среди 11 пациентов с положительным МТЛС у 8 была диагностирована гиперсомния вследствие синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС); у 3 пациентов – впервые возникшая постинсультная ГС. Уровень дневной сонливости, оцененный по шкалам ESS и KSS, снижался к концу госпитализации ($r = 0,91$, $p < 0,001$; $r = 0,79$, $p < 0,001$ соответственно). Более выраженная сонливость выявлена у пациентов с неуточненным подтипом ИИ ($p < 0,05$); зависимость сонливости от размеров и латерализации ОП статистически незначима. Однако отмечено, что у пациентов с правосторонними ОП была тенденция к большей сонливости по сравнению с левополушарной подгруппой. Получены данные о том, что более выраженные симптомы дневной сонливости сочетаются с низким уровнем тревоги и депрессии по BDI II и HADS ($p < 0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. У пациентов в остром периоде ИИ объективно подтвержденная ПГ представлена вторичной гиперсомнией и постинсультной ГС. Наибольшая степень сонливости характерна для неуточненного подтипа ИИ и правополушарных ОП. Уровень эмоциональных расстройств значимо ниже у пациентов с большей сонливостью.

Контакты: Терновых Иван Константинович, ассистент кафедры неврологии с клиникой ИМО, Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия, e-mail: rik.2006@mail.ru.

Прижизненная диагностика состояния микроциркуляции слизистой оболочки рта при коморбидных заболеваниях

Хабарина М.В., Фокина Н.М., Ермольев С.Н., Хабарина О.В.

Российский университет медицины Минздрава России, Москва, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Медицина XXI века диктует использование неинвазивных и высокоточных методов диагностики, особенно при наличии коморбидных заболеваний. Прижизненная компьютерная капилляроскопия слизистой оболочки полости рта представляет собой инновационный метод, кото-

рый позволяет детально изучить состояние микроциркуляции и выявить патологические изменения на ранних стадиях, диагностируя вариабельность рисунка, плотность капиллярной сети, скорость кровотока капилляров, артериол и венул, степень наполнения и диаметр, наличие артериоло-венулярного шунтирования, сладжей, аваскулярных зон и др.

ЦЕЛЬ. Изучение состояния микроциркуляции слизистой оболочки рта у пациентов с коморбидной патологией.

ЗАДАЧИ. Оценить параметры капиллярного кровотока СОР у лиц с клинически здоровым пародонтом без коморбидной патологии. Выявить изменения в микроциркуляторном русле СОР у пациентов при наличии коморбидной патологии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Внешний осмотр, пальпация жевательных и перекраниальных мышц. Клиническая оценка состояния полости рта и фотопротокол. Витальную компьютерную капилляроскопию (ВКК) проводили с помощью капилляроскопа «ОКО», адаптированного для стоматологии, в лаборатории функциональной диагностики на кафедре терапевтической стоматологии и пародонтологии «Российского университета медицины». В обследовании пациенты с клинически здоровым пародонтом были разделены на две группы: практически здоровые и с наличием коморбидной патологии. По результатам исследования проводили обработку полученных данных нескольких изображений оригинальной компьютерной программой по изучению микроциркуляции. Программное обеспечение капилляроскопа позволяло рассчитывать скорости кровотока в капиллярном русле по отделам (артериальному, венозному и переходному).

РЕЗУЛЬТАТЫ. При феномене повышенной нервно-мышечной возбудимости у пациентов с клинически здоровым пародонтом наблюдается обеднение слизистой количеством капилляров, плотность капиллярной сети у пациентов с коморбидной патологией ниже на 30 %. Скорость кровотока меньше по сравнению со здоровыми лицами на 15–20 %. У пациентов с коморбидной патологией определялись сладжи и аваскулярные зоны.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Полученные результаты свидетельствуют о том, что витальная компьютерная капилляроскопия слизистой оболочки рта является высокоинформативным методом диагностики коморбидных состояний. Она обеспечивает высокую точность, быстроту и безопасность, что делает ее важным инструментом в современной медицинской практике. Внедрение этого метода позволяет улучшить диагностику и оценить эффективность лечения пациентов с коморбидными заболеваниями. Полученные данные позволили оценить на-

рушения нейротрофической функции слизистой оболочки полости рта и подтвердили целесообразность использования метода капилляроскопии слизистой оболочки рта, а также позволили выявить начальные нарушения изменений микроциркуляторного русла при клинически здоровом пародонте у пациентов с коморбидной патологией.

Контакты: Хабарина Мария Владиславовна, лаборант кафедры терапевтической стоматологии и пародонтологии, Российский университет медицины Минздрава России, Москва, Россия, e-mail: mariahabarina@yandex.ru.

Боль в спине и особенности нейроваскулярного состояния позвоночника при дорсопатии и пути ее коррекции

Хамдамова Б.К.

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

ВВЕДЕНИЕ. Дорсопатия – одна из важнейших проблем современной медицины. Обусловлено это в первую очередь распространенностью данного заболевания. Боль в спине в той или иной степени испытывал каждый взрослый человек.

ЦЕЛЬ. Изучение механизмов нарушений региональной гемодинамики и их роли в патогенезе пояснично-крестцовых радикулопатий.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Для решения поставленных задач обследовано 175 человек, которые были разделены на три группы. Первую группу (основную) составили 110 больных с корешковыми синдромами поясничного остеохондроза. Вторую – 40 больных с люмбагией. Третью – 25 здоровых человек (контрольная группа). Оценивались анамнез заболевания, неврологический статус, гемодинамические показатели, ЭКГ, лабораторные данные. Всем пациентам проводилось нейропсихологическое исследование, исследование артерий и вен нижних конечностей методом ультразвуковой доплерографии, МРТ или КТ поясничных позвонков.

РЕЗУЛЬТАТЫ. У пациентов с корешковыми синдромами поясничного остеохондроза на стороне поражения клинически выявлялись признаки нейроваскулярных расстройств. В 81,8 % случаев они носили смешанный артериовенозный характер и проявлялись распирающими, скручивающими, колющими болями, которые усиливались при перемене положения тела и ходьбе. Однако при объективном исследовании выявлено, что у больных с корешковыми синдромами поясничного остеохондроза показатель болевого ощущения в пояснице

составлял $2,8 + 0,3$ балла, а у пациентов второй группы – $2,6 + 0,2$ балла. В ответ на интенсивность и продолжительность болевого синдрома в первой группе преобладали показатели миофиксации – симптом ипсилатерального напряжения многогроздельной мышцы составлял $2,8 + 0,3$ балла, а во второй группе – $2,5 + 0,2$ балла. Выраженность миофиксации у больных с люмбагией и корешковыми синдромами поясничного остеохондроза подтверждалась определением коэффициента вертебрального синдрома. У пациентов первой группы он составлял $11,5 + 1,1$ отн. ед., у больных второй группы – $10,6 + 1,1$ отн. ед., что соответствовало тяжелой степени выраженности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Таким образом, результаты исследований выявили, что у больных с корешковыми синдромами в период обострения определялись нейрососудистые расстройства, сопровождающиеся выраженными нейромышечными изменениями и нарушениями некоторых функций высшей нервной деятельности. Применение мидокалма способствовало более быстрому и полному купированию болевого синдрома, восстановлению периферической гемодинамики, улучшению функционального состояния периферических нервов и нормализации психического состояния, в результате чего повышалась эффективность лечения. Значительное улучшение у больных, получавших мидокалм, было отмечено в 88,9 % случаев. У пациентов, которым проводилось стандартное лечение, этот показатель составлял 58,9 %. Средний срок пребывания в стационаре больных, получавших миорелаксант, уменьшался на 2,6 дня.

Контакты: Хамдамова Бахора Комилжоновна, ассистент кафедры неврологии факультета дополнительного профессионального образования, Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан, e-mail: bhamdamova1@gmail.com.

Метод капилляроскопии – показатель нейротрофической функции слизистой полости рта при дефектах в переднем отделе твердого нёба

Цаболова О.А., Топольницкий О.З., Фокина Н.М., Ермольев С.Н., Хабарина М.В.

Российский университет медицины Минздрава России, Москва, Россия

ВВЕДЕНИЕ. В некоторых регионах Российской Федерации отмечается рост пациентов с расщелиной губы и нёба, что обусловлено истинным увеличением порока в популяции. Среди различных форм данной патологии частота дефектов

нёба составляет 75 %. Отсутствует единый способ устранения данного дефекта. Причинами возникновения могут быть недостаточно тщательное закрытие переднего отдела твердого нёба, недостаток мягких тканей, нарушение микроциркуляторного русла в тканях и, как следствие, отторжение тканей, что требует повторных операций. Наличие дефекта затрудняет полноценный прием пищи, нарушает фонацию, способствует недоразвитию челюсти, а также нарушению эстетики лицевого скелета.

ЦЕЛЬ. Оценка микроциркуляции у детей с дефектами в переднем отделе твердого нёба.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Обследовано 20 пациентов в возрастной категории от 10 до 18 лет (12 женского пола, 8 мужского пола). Метод функциональной диагностики: капилляроскопия с использованием капилляроскопа офтальмологического «ОКО», адаптированного для тестирования микроциркуляции в полости рта. Определяли степень наполнения, диаметр сосудов, наличие шунтирования и сладжей, что позволяет прогнозировать функциональное восстановление дефекта до проведения оперативного вмешательства.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Следует отметить, что в исследуемой группе у пациентов отмечается более высокая плотность капиллярной сети на 1 мм². Скорость кровотока выше в 1,5 раза по сравнению с нормой. Наличие сладжей у большинства пациентов характерно для исследуемой группы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Дооперационные исследования пациентов с дефектами в переднем отделе твердого нёба показали изменение плотности капиллярной сети, нарушение скоростных характеристик кровотока, наличие сладжей по отношению к норме, что позволяет оценить нейротрофические функции слизистой оболочки полости рта и доказывает целесообразность использования метода капилляроскопии – определение микроциркуляции для прогнозирования исхода реконструктивно-восстановительной операции у детей с дефектами в переднем отделе твердого нёба.

Контакты: Цаболова Ольга Артуровна, аспирант, Российский университет медицины Минздрава России, Москва, Россия, e-mail: Afa-afa15@mail.ru.

Сравнительная характеристика применения гепаринов (нефракционированных и низкомолекулярных) в остром и в период острейшем и остром периодах кардиоэмболического инсульта

Чан Минь Дык¹, Ясаманова А.Н.¹, Авакян Г.Г.¹, Шурдумова М.Х.^{1,2}, Петрова Е.А.¹, Кольцова Е.А.¹

¹Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

²Городская клиническая больница № 31 им. академика Г.М. Савельевой Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Проведение антикоагулянтной терапии в раннем сроке кардиоэмболического инсульта (КЭИ) с целью снижения риска повторного инсульта остается предметом дискуссий.

ЦЕЛЬ. Изучение сосудисто-тромбоцитарного гемостаза у больных с неклапанной фибрилляцией предсердий в острейшем и остром периодах кардиоэмболического инсульта (КЭИ) на фоне терапии нефракционированным (НФГ) и низкомолекулярным гепаринами (НМГ).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Исследовали 38 пациентов с подтвержденным диагнозом ишемического инсульта (ИИ) в возрасте от 66 до 85 лет (мужчин 50,0 %): 27 пациентов с КЭИ (основная группа: возраст – 75,0 ± 6,8 года, мужчины – 49,1 %) и 11 – с некардиоэмболическим инсультом (в возрасте 72,0 ± 8,0; мужчины – 54,5 %). Всем пациентам с ИИ на 2–3 и 7–10-е сутки проведены исследования маркеров сосудисто-тромбоцитарного гемостаза.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В острейшем периоде КЭИ, несмотря на терапию НФГ в суточной дозе 10–15 тысяч ед. (10 пациентов) с ацетилсалициловой кислотой (АСК, 125 мг в сутки), регистрировались статистически значимые высокие показатели индуцированной агрегации тромбоцитов (АТ) на аденозиндифосфат (АДФ, $p = 0,020$), коллаген ($p = 0,014$), эпинефрин ($p = 0,048$) по сравнению с группой сравнения. У всех больных определялась высокая агрегация тромбоцитов на ристоцетин (75,6 % [67,9–84,4]), которая не отличалась от показателей у контрольной группы (71,0 % [55,4–85,0], $p = 0,526$). В остром периоде (7–10 день) КЭИ при продолжающейся терапии регистрировалась нормализация АТ на все индукторы, за исключением ристоцетин-индуцированной агрегации (80,5 % [73,0–84,0]). У 40,0 % больных САТ сохранялась на высоких значениях (5,1 % [2,1–8,0]), АТ на АДФ – у 30,0 % (66,0 % [66,0–67,0]). К концу острого периода КЭИ у 50,0 % больных регистрировался прирост фактора Виллебранда (vWF) на 21 %, у других – падение на 13 %. При терапии НМГ (суточная доза 4–8 тысяч ед.) с АСК (17 больных) в острейшем периоде КЭИ в 58,8 % случаев определялась повышенная САТ (3,0 % [2,1–5,4]); в 35,3 % – высокая АТ на АДФ (67,0 % [62,9–70,0]); в 88,2 % – высокая АТ на ристоцетин (80,0 % [73,0–84,3]). В остром периоде, несмотря на терапию, у 58,8 % больных сохранилась высокая САТ (3,7 % [2,0–5,3]), у 23,5 % – АТ на АДФ (66,0 % [62,3–73,5]), у 88,2 % –

на ристоцетин (82,0 % [75,0–88,2]). К концу острого периода КЭИ у 58,8 % больных регистрировался прирост vWF на 7 %, у 41,2 % – падение на 10 %. Известно, что наиболее частым осложнением гепаринотерапии являются кровотечения, причиной которых может быть значительное угнетение функции тромбоцитов или уменьшение их количества. В нашем исследовании значимой тромбоцитопении не регистрировалось. На фоне терапии НФГ и НМГ в 55,6 % регистрировалась гематурия по сравнению с контрольной группой (в 9,1 %, $p = 0,010$). Именно связывание гепарина с vWF объясняет его ингибирующее воздействие на адгезию и агрегацию тромбоцитов. При терапии НМГ содержание vWF за весь период наблюдения был стабилен, без существенных колебаний по сравнению с терапией НФГ. Бивариантный корреляционный анализ тромбоцитарного гемостаза подтвердил наличие у основной группы положительных взаимосвязей меж-

ду vWF и АТ на ристоцетин ($p = 0,006$; $r = 0,519$), на коллаген ($p = 0,03$; $r = 0,418$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Проведенное сравнительное исследование сосудисто-тромбоцитарного гемостаза в острейшем и остром периодах КЭИ на фоне терапии НФГ и НМГ показало, что их назначение достоверно не влияло на динамику неврологического статуса, а их использование направлено, исходя из полученных данных, исключительно на профилактику тромбоза глубоких вен нижних конечностей и возможной тромбоэмболии легочной артерии.

Контакты: Чан Минь Дык, аспирант, кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики лечебного факультета, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия, e-mail: tmdlyd1@gmail.com.