

ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия

Минздрава России»

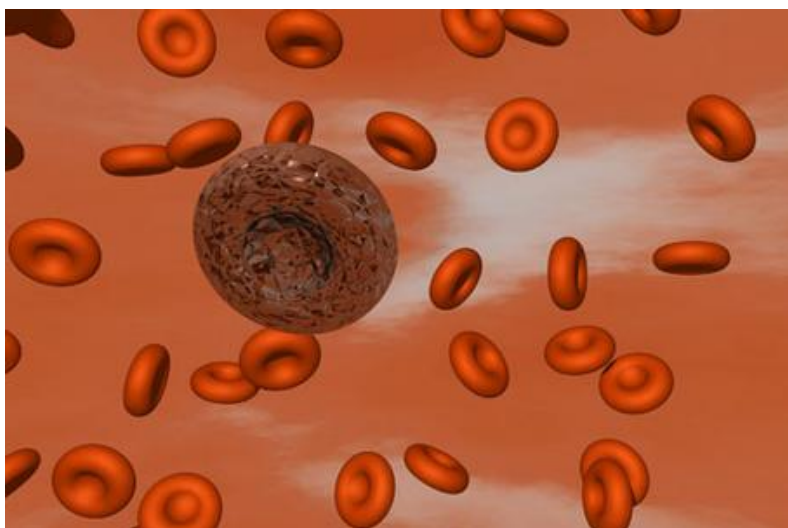
Кафедра неврологии, медицинской генетики

Материалы

международной

научно-практической конференции студентов

Сосудистые заболевания



Оренбург 2013

УДК 616.1(063)

ББК 54.10

С 66

Сосудистые заболевания: материалы международной научно-практической конференции студентов. 12 февраля 2013 года /под ред. Н.В.Апतिकеевой, А.М.Долгова – Оренбург: ГБОУ ВПО «ОрГМА», 2013. – 43 с.

В сборнике представлены материалы международной научно-практической конференции студентов «Сосудистые заболевания». Статьи посвящены проблемам сосудистой патологии мозга, сердца, вен нижних конечностей, а также профилактике инсульта, диагностике головокружений различного генеза, эндотелиальной дисфункции при ишемическом инсульте.

Представленные на конференцию работы способствуют апробации научных разработок и изысканий студентов в практику врача.

Сборник подготовлен по электронным материалам студенческих научных работ и сохраняют авторскую редакцию. За содержание представленных материалов организаторы ответственности не несут.

Предназначен для студентов медицинских ВУЗов, молодых ученых, клинических ординаторов, аспирантов, врачей терапевтов, педиатров, неврологов, сосудистых хирургов, кардиологов.

Технический редактор ассистент кафедры А.Ю.Рябченко.

Рассмотрено и рекомендовано к печати РИС.

ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия Минздрава России», Оренбург 2013.

СОДЕРЖАНИЕ

Аптикеева Э.Д., Лебедева Ю.С.

Видеонистагмография у пациентов с симптомом головокружения различного генеза..... 5-11

Богомоллов С.П., Пищик А.Е., Шахматова С.А.

Вегетативная дисрегуляция при нарушении мозгового кровообращения11-14

Бутина К.В.

Способ предотвращения развития подкожных гематом при флебэктомии у больных варикозной болезнью.....15-20

Дилис Ю.В., Борисова А., Губарева Ю.С.

Вестибулоатаксия у детей с опухолью головного мозга.....20-23

Литвиненко П.В., Крачкова Е.В., Вагнер Н.

Артерио-венозные мальформации головного мозга.....23-26

Михелёва Н.В., Ермолаева О.А., Шумахер Р.С.

Изменения эндотелийзависимых механизмов регуляции тонуса сосудов и когнитивный статус у больных, перенесших ишемический инсульт.....26-28

Шудабаева А.А., Расулова А.Г., Попова Е.В.

Профилактика повторного полушарного инсульта у пациентов с артериальной гипертонией.....29-33

Урашева Ж.

Реабилитация в остром и раннем восстановительном периодах мозгового инсульта.....33-36

Урбисинова М.

Опыт применения тромболитической терапии при ишемическом инсульте.....36-38

Файзуллина Э.Ф., Михелева Н.В., Крачкова Е.В.

Клиническое значение изучения параметров нейрогенного воспаления и оценки нейрофизиологического статуса при бронхиальной астме у детей и подростков.....38-41

Яковлева Е.И., Челухина Е.А.

Особенности уровней провоспалительных цитокинов у больных хронической сердечной недостаточности на фоне ишемической болезни сердца.....41-44

ВИДЕОНИСТАГМОГРАФИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СИМПТОМОМ ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

Э.Д. Аптикеева, 4 курс, Ю.С.Лебедева, интерн-невролог

Кафедра неврологии, медицинской генетики ГБОУ ВПО «Оренбургская
государственная медицинская академия МЗ РФ»

Научные руководители – проф. А.М. Долгов,

к.м.н., доцент Н.В. Аптикеева,

зав.кафедрой - проф. А.М. Долгов

г.Оренбург, Россия

Со времен Purkinje (1820) исследуется головокружение, но многое до сих пор остается неясным в его диагностике. Считается, что головокружение может быть симптомом 80 заболеваний [1]. Дифференциальную диагностику головокружения чаще всего проводят с опухолью мосто-мозжечкового угла и краниоспинальной области, инфекционными заболеваниями с локализацией в задней черепной ямке, области 4-го желудочка и водопровода (лептоменингит, хореозпиндимит и др.), вестибулопатиями различной этиологии, эссенциальной мигренью, гипертонической болезнью, болезнях внутреннего уха, сердечно-сосудистой и эндокринной патологии, заболеваниях нервной системы, крови, офтальмологической патологии, недостаточном питании, воздействии психогенных факторов, болезнях движения. Большое значение имеют также нарушения центральной обработки информации и эфферентного звена двигательного акта. Кроме того, определенную роль играет патология опорно-двигательного аппарата [2], а также отмечают значимость патологии позвоночной артерии [3]. Относительно редко встречается изолированный вестибулярный синдром (0,7%), чаще вестибулярное головокружение встречается при ОНМК (4,6%) [4-11]. Головокружение является одним из проявлений психовегетативного

синдрома, болезней сердечно-сосудистой системы [12-15], несосудистые заболевания (болезнь Меньера, вестибулярный нейронит, острый лабиринтит, доброкачественные процессы в полукружном канале, стволые опухоли, энцефалиты, опухоли мосто-мозжечкового угла, рассеянный склероз, черепно-мозговые травмы, гипогликемия, гипотиреоз, полинейропатия, гипервентиляционный синдром, панические атаки, прием некоторых препаратов) [16,17], в том числе в 93% случаев приходится на долю доброкачественного позиционного головокружения, болезни Меньера и вестибулярного нейронита [18].

Поэтому головокружение является полиэтиологическим симптомом и требует консультации многих специалистов. Существует мнение, если пациент жалуется на головокружение, у него надо искать нистагм. Да, верно, но не у каждого пациента он виден. Методом исследования нистагма является видеонистагмография (ВНГ), позволяющая выявить нистагм и определить уровень вестибулярного поражения (центральный или периферический) при головокружениях различного генеза.

Цель исследования. Овладение методом диагностики нистагма у пациентов с головокружением с помощью видеонистагмографии.

Материал и методы. Освоена методика определения нистагма с помощью ВНГ 11 пациентам с жалобами на головокружение в возрасте от 25 до 70 лет. Выраженность головокружения и частоты приступов в сутки и их интенсивности, проводили по шкале Dizziness Handicap Inventory (1996) (DHI): I — приступы головокружения не беспокоят; II — минимальные симптомы головокружения; III — легкие симптомы головокружения при повороте головы или вставании, которые не нарушают нормальной жизнедеятельности и не сопровождаются вегетативными нарушениями; IV — умеренно выраженные симптомы головокружения: приступы головокружения продолжительностью до 10 секунд, минимальные ограничения двигательной активности, возможны вегетативные нарушения

(тошнота, рвота, нарушение равновесия, головная боль); V — выраженные симптомы головокружения: приступы головокружения продолжительностью до 30 секунд, умеренные ограничения двигательной активности, вегетативные нарушения в большинстве случаев головокружений (тошнота, рвота, нарушение равновесия, головная боль, нарушение зрения, слабость, падение, онемение в конечностях), беспокойство, тревога по поводу возможной потери равновесия и падения; VI — значительно выраженные симптомы головокружения: приступы продолжительностью более 30 секунд, всегда сопровождаемые вегетативными нарушениями (тошнота, рвота, нарушение равновесия, головная боль, нарушение зрения, слабость, падение, онемение в конечностях), резкое ограничение двигательной активности, страх по поводу возможной потери равновесия и падения. Описание жалоб пациентов оценивали как: «ощущение вращения предметов», «ощущения вращения внутри головы», «ощущения проваливания», «ощущения мелькания», «ощущения неустойчивости (шаткости)», «неопределенные ощущения», «ощущения несогласованности головы и глаз». Продолжительность головокружения (длительные, мгновенные, приступообразные), влияние позы (при перемене положения тела, при определенном положении, независимо от позы) - соотносили к видам головокружения: системное, несистемное, смешанное.

Всем пациентам проведена ВНГ. При выполнении ВНГ использовали несколько положений пациента и вели видеозапись: 1 - просили пациентов смотреть прямо, фиксировать глаза в одной точке; 2 - пассивно выполнялись повороты головы под углом 45° вправо; 3 - пассивно выполнялись повороты головы под углом 45° влево; 4 - пассивно выполнялись повороты головы прямо; 5 – укладка пациента на правый бок с поворотом головы на 45° вправо; 6 - укладка пациента на левый бок с поворотом головы на 45° влево; 7 – укладка пациента на спину. По

результатам видеозаписи, отмечалось наличие либо отсутствие саккад, изменение направления нистагма или отсутствие такового при вышеописанных нами положениях.

Фиксировали вегетативные проявления: ощущения тошноты, покраснение кожи лица, гипергидроз, АД, пульс, дыхание, чувство страха или боязни нового приступа.

Все пациенты осмотрены неврологом, оториноларингологом, окулистом, терапевтом, по показаниям, кардиологом. Проведен анализ крови, сахара в крови, биохимических показателей, ЭКГ, УЗДГ сосудов головного мозга, КТ или МРТ, ЭЭГ и полисомнография (по показаниям).

Результаты. Пациенты, направленные в Клинику ОрГМАг. Оренбурга, в возрасте от 25 до 70 лет, имели длительный анамнез головокружений (от 2-х до 10-ти лет), с выраженностью по шкале ДНІ от ІІ до VІ. Все пациенты имели диагноз вестибулопатия.

Из 11 направленных в Клинику ОрГМА с жалобами на головокружение было 2 (18,2%) мужчин и 9 (81,8%) женщин. У 1 (9%) пациентки впервые выявлена аномалия Арнольда-Киари с сирингомиелией, у 2 (18,2%) пациенток – гипоталамический синдром с нарушением всех видов обмена, у 1 (9%) пациента - лекарственный лабиринтит, у 3 (27,3%) пациенток доброкачественное позиционное головокружение (ДППГ), у 1 (9%) пациента мозжечковый инсульт в анамнезе, у 1 (9%) пациентки – частые вегетативные панические атаки с осциллопсией на фоне дистонии вертебральных артерий, у 2 (18,2%) пациенток – хроническая вертебрально-базилярная недостаточность на фоне артериальной гипертонии, атеросклероза.

Рассмотрим все случаи обращений пациентов с жалобами на головокружение. 1-ый случай, пациенткой Б., 38 лет, с диагнозом аномалия Арнольда-Киари с сирингомиелией (подтвержденной при МРТ-исследовании) описывалось головокружение, как постоянное 2-х летнее

«ощущение неустойчивости», при этом отмечалась «пьяная походка», «ощущение проваливания».

2-ой случай, пациентками А., 41 года и В.. 55 лет, с диагнозом гипоталамический синдром с нарушением всех видов обмена (подтвержденной по ЭЭГ и полисомнографии), описывалось головокружение, как периодическое 3-х и 10 летнее соответственно в виде «неопределенного ощущения» и связанное с переменной положения тела длительностью до 40 мин., сопровождающееся повышением АД до умеренных цифр, с тошнотой, атаксией.

3-ий случай, пациент Д., 31 год, с диагнозом лекарственный лабиринтит головокружение описывал в виде сильного «ощущения вращения окружающих предметов» длительностью около 30 сек., повторяющееся при перемене положения тела.

4-ый случай, трое пациенток в возрасте от 52 до 57 лет с диагнозом ДППГ (после проведения диагностической процедуры), описывали головокружение как «ощущения вращения окружающих предметов» и «ощущение вращения внутри головы» при переходе из вертикального в горизонтальное положение и наоборот. При этом у них возникало чувство страха, тошнота, покраснение кожных покровов и гипергидроз ладоней.

5-ый случай, пациентом Л., 54 лет, переносился ишемический инсульт с поражением правого полушария мозжечка (инсульт подтвержден данными МРТ-исследованием), давностью 1 год. Его «ощущение неустойчивости» воспринимается как чувство головокружения.

6-ой случай, пациентка Ч., 25 лет, с диагнозом частые вегетативные панические атаки на фоне дистонии вертебральных артерий, описывала свое головокружение как «ощущение несогласованности головы и глаз», «как будто голова отходит от глаз». Эти приступы провоцировались работой за компьютером или сопровождалась яркими вегетативными

проявлениями, частотой приступа до 2-3 раза в мес., длительностью до 1 часа.

7-ой случай, пациентки в возрасте от 54 до 70 лет, страдающие хронической вертебрально-базилярной недостаточностью на фоне артериальной гипертонии, атеросклероза, описывали свои жалобы на головокружение в виде «ощущения вращения внутри головы», «ощущения неустойчивости», постоянно в течение последних 5-8 лет, усиливающееся при повышении АД до высоких цифр.

В 1-ом случае при ВНГ записывался вертикальный нистагм вниз в 1-ом положении; во 2-ом случае – диагональный нистагм с быстрым компонентом влево и вверх, усиливающийся во всех с 1 по 7 положениях; в 3-ем случае – диагональный нистагм с быстрым компонентом влево во всех с 1 по 7 положениях; в 4-ом – вертикально-диагональный нистагм с быстрым компонентом в сторону противоположную пораженному уху; в 5-ом случае – вертикальный нистагм вниз с быстрым компонентом влево в сторону пораженного полушария мозжечка не зависимо от положений; в 6-ом случае наблюдалась выраженная зрачковая реакция на свет, на фиксацию взора до проведения ВНГ и при ее проведении нистагма не было; в 7-ом случае – нистагма не было ни в одном из положений.

Выводы.

1. Видеонистагмография является современным и показательным методом выявления нистагма и помогает в диагностике головокружений различного генеза.
2. Жалобы на головокружение чаще предъявляют женщины, чем мужчины. Описание жалоб различно, разнообразно, многогранно.
3. Истинное и смешанное головокружение проявляется при ВНГ нистагмом в положениях от первого до седьмого, что не наблюдается при несистемном головокружении.

4. Быстрый компонент нистагма при выполнении ВНГ фиксируется в сторону, противоположную пораженному уху.

Аптикеева Элеонора Дамировна, 4 курс лечебного факультета

naptikeeva@yandex.ru

ВЕГЕТАТИВНАЯ ДИЗРЕГУЛЯЦИЯ ПРИ НАРУШЕНИИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

С.П.Богомоллов 418 гр., А.Е.Пищик, 413 гр., С.А.Шахматова, кл.орд.1 г.

Кафедра неврологии, медицинской генетики ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия МЗ РФ», г.Оренбург

Научный руководитель – к.м.н., доцент Н.В. Аптикеева,

зав.кафедрой - проф. А.М. Долгов

Исследованиям вегетативной нервной системы (ВНС) как при остром нарушении мозгового кровообращения (ОНМК), так и при хроническом нарушении мозгового кровообращения (ХНМК) уделяется большой интерес исследователей. Но только при острой цереброваскулярной патологии продемонстрирована высокая активность симпатической нервной системы, сопровождающаяся повышением уровня катехоламинов, приводит к развитию кардиальных дисфункций [1,2,3]. Особая роль ВНС заключается в адаптационно-трофическом характере ее воздействия. Особенно ярко обнаруживается участие ВНС в общих реакциях организма как целого и ее приспособительное значение в тех случаях, когда имеется угроза самому существованию организма, например при ишемии мозга.

Цель исследования. Выяснение различий в нарушениях деятельности ВНС при острых и хронических нарушениях мозгового кровообращения

Объект и методы исследования. Обследованы 11 больных в возрасте от 39 до 73 лет с подозрением на ОНМК при поступлении в неврологическое

отделение больницы им. Н.И.Пирогова г.Оренбурга. Оценены анализы: общий крови, сахар в крови, биохимический анализ крови, МНО, электрокардиограмма, компьютернотомографическое (КТ) или магнитно-резонансное (МРТ) исследование головного мозга для подтверждения ОНМК. Самостоятельно, по карте вегетативного статуса (Вейн А.М., 1998), проведено исследование. Дана интерпретация неврологическому статусу. Больные отобраны и разделены на 2 группы: I группа – 6 больных с клиникой инсульта, подтвержденным по КТ или МРТ, легкой степени тяжести – ОНМК; II группа – 5 пациентов с клиникой инсульта, но не подтвержденным по КТ или МРТ - ХНМК. Полученные данные обработаны статистическими методами с использованием программы «Биостатистика». Выявление статистически значимых различий в сравниваемых группах осуществлялось на основе t- критерия Стьюдента. Результаты. Возраст больных I группы составил 55,66 лет, из них 1 женщина и 5 мужчин, возраст больных II группы составил 64,6 лет, из них 1 женщина и 4 мужчин.

Факторами риска инсульта в I группе у 5 (83,3%) было сочетание артериальной гипертензии и атеросклероза, 3 (50%) - курение. Факторами риска инсульта во II группе у 3 (60%) было сочетание атеросклероза и артериальной гипертензии. Среднее количество факторов риска в I группе $2,3 \pm 1,08$, во II группе – $1,4 \pm 0,08$. МНО в I группе – 1,0166, во II группе – 1,006.

В I группе у 4 (66,6%) больных по КТ или МРТ головного мозга диагностирован ишемический инсульт (1 –лакунарный в бассейне левой СМА с признаками наружной гидроцефалии, 1 в бассейне правой СМА с признаками наружной гидроцефалии, 1 – в бассейне левой СМА без признаков наружной гидроцефалии, 1 – в стволе головного мозга); у 1 (16,6%) больного геморрагический инсульт в левой гемисфере мозжечка с признаками гидроцефалии и кистой прозрачной перегородки; у 1 (16,6%)

больного – смешанный инсульт (геморрагическое пропитывание в бассейне левой ЗМА и ишемический очаг в стволе справа).

4 (66,6%) пациентов переносили ОНМК по ишемическому типу: 3 (75%) полушарный и 1 (25%) стволовой. 1 (16,6%) пациентов – ОНМК по геморрагическому типу и 1 (16,6%) – ОНМК по смешанному типу. Во II группе у всех 5 (100%) больных признаки ХНМК, из них у 1 (20%) диагностировано последствие ОНМК в об.полушариях головного мозга, у 1 (20%) – расширение 3 желудочка, субарахноидальных пространств лобных областей слева и справа, атеросклероз магистральных артерий головы, у 1 (20%) – асимметрия боковых желудочков с расширением субарахноидальных пространств в мозжечке и локальное расширение субарахноидальных пространств в базальных отделах лобной области, в подкорковых ядрах описывались мелкие участки понижения плотности с 2-х сторон с атеросклерозом магистральных артерий головы, у 2 (40%) других больных – признаки ХНМК.

При оценке вегетативного статуса средняя температура тела в I группе – $36,35^{\circ}$, во II – $36,46^{\circ}$. Активность симпатического звена ВНС наблюдается у пациентов I группы, и приводит к изменениям на ЭКГ и ишемическим поражениям миокарда, в отличие от активности как симпатического, так парасимпатического звеньев во II группе. Эти признаки, вероятно, оказывают влияние на исход заболевания и ведут к увеличению риска внезапной смерти.

Выводы.

1. Выявлено несоответствие клинической картины инсульта признакам по КТ, МРТ почти в половине наблюдений. Соотношение ишемического к геморрагическому ОНМК 2:1.
2. При ОНМК констатируются известные факторы риска артериальная гипертония в сочетании с атеросклерозом, особенно у курящих, при этом количество факторов актуально, так для пациентов с ОНМК их 2 и более, а

при ХНМК 1-2. При ХНМК факторы риска соответствуют таковым при ОНМК.

3. Исследование ВНС при острой цереброваскулярной патологии продемонстрировало высокую активность симпатической нервной системы, что приводит к развитию кардиальных дисфункций.

4. Вегетативная дизрегуляция (симпатическая и парасимпатическая) при ХНМК зависит, вероятно, от прогрессирования ишемической болезни сердца и количества факторов риска индивидуально у каждого пациента.

Пищик Анна Евгеньевна Okion22smile@mail.ru

Богомоллов Сергей Павлович Sbogomolov56@mail.ru

СПОСОБ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ РАЗВИТИЯ ПОДКОЖНЫХ ГЕМАТОМ ПРИ ФЛЕБЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

К.В.Бутина, 5 курс

ГБОУ ВПО «ОрГМА Минздрава России»

Кафедра факультетской хирургии

г.Оренбург, Россия

Научный руководитель – асс., к.м.н. Соболев Ю.А.

Несмотря на появление новых эффективных методов лечения продолжается рост количества больных варикозной болезнью (ВБ) [5]. С развитием методов ультразвукового исследования (УЗИ), отличающихся безвредностью, высокой чувствительностью, появилась возможность заменить классические методы диагностики [2]. Но все же современные методики ультразвуковой диагностики не предусматривают оценку вариантов строения венозного русла, что приводит к различным послеоперационным осложнениям [1]. В литературе имеются

противоречивые данные о добавочных передне-латеральном (ПЛП) и задне-медиальном (ЗМП) притоках большой подкожной вены. Так, по данным А.Савеззи с соавторами [6], указанные притоки впадают в большую подкожную вену (БПВ) на расстоянии около 1 см от сафено-фemorального соустья (СФС). Э.В. Луцевич с соавторами [3] указывают на то, что притоки впадают в БПВ на расстоянии от 5 до 10 см от ее устья. Отсутствуют данные о их диаметре и частоте встречаемости. Указанные притоки собирают кровь с большой площади бедра, обрыв их при флебэктомии ведёт к образованию подкожных гематом по ходу раневого канала, которые могут привести к нагноению, образованию грубых соединительно-тканых рубцов, фиброзу клетчатки [2, 4,5].

Если в пределах пахового доступа приток не обнаружен, то следует лигировать его чрезкожно во время экстракции БПВ на зонде, когда локализация притоков определяется по образованию кожной складки над местом их впадения в ствол. ПЛП лишь у 25-30% пациентов доступен обзору в пределах раны в паховой области [5]. Но у больных с выраженной подкожно-жировой клетчаткой и при глубоком расположении данных притоков эта методика неинформативна, а также затрачивается время на их поиск. Отсутствуют сведения о локализации и частоте поражения ствола БПВ варикозными узлами, хотя зачастую при проведении зонда Бебкокка происходит перфорация вены в области варикса.

Постоянное увеличение количества больных с ВБНК и неудовлетворенность клиницистов результатами лечения, диктует необходимость поиска путей улучшения диагностики и лечения данной патологии [5].

Цель исследования. Снижение риска развития подкожных гематом при флебэктомии у больных с ВБ на основе ультразвуковых исследований.

Материал и методы. Перед оперативным вмешательством с помощью УЗИ было обследовано 150 пациентов с ВБ в бассейне БПВ в возрасте от 20 до

60 лет. Из них женщин было 87 (58%), мужчин – 63 (42%). Средний возраст больных обоего пола составил $41,1 \pm 0,9$ лет. Преобладали пациенты с длительностью заболевания от 10 до 20 лет (52,7% больных). Проводили УЗИ вен нижних конечностей аппаратом Medison “SonoAse X8” (Южная Корея). Определяли локализацию варикозных узлов в БПВ, измеряли диаметр добавочных ПЛП и ЗМП, и определяли место впадения их в БПВ, которое варьировало в довольно широких пределах. Место впадения маркировалось на коже. Определяли расстояние от места маркировки до паховой складки, так как всем больным выполнялся паховый доступ к устью БПВ. Всем больным выполнялось оперативное вмешательство в объеме сафено-фemorальной кроссэктомии, операции Бэбкокка, Нарата, операции Коккета. Доступ к СФС выполнялся в области паховой складки, лигировались все обнаруженные притоки, впадающие в БПВ в области СФС. Проводился визуальный осмотр БПВ в дистальном направлении, с целью обнаружения и лигирования ПЛП и ЗМП. При обнаружении одного или обоих из указанных притоков, накладывали на них зажимы и перевязывали из ранее выполненного пахового доступа. У 27 (18%) больных произвести лигирование этих притоков было технически трудно выполнимо, что было связано с большим расстоянием от места их впадения в БПВ до пахового доступа, и при этом возникали сложности в наложении зажима и их лигирование, что приводило к отрыву притока и кровотечению, и как следствие, образованию подкожной гематомы на бедре. В 20 (13,3%) случаях, при проведении зонда Бэбкокка, происходила перфорация вены, и зонд следовал в подкожно-жировой клетчатке. При этом делали дополнительный разрез и проводили зонд далее. Перфорация вены чаще всего наблюдалась в области варикозного узла. Проводился анализ осложнений у оперированных больных, возникших во время флебэктомии и раннем послеоперационном периоде. Полученные данные

обработаны статистическими методами с использованием программы «Биостатистика».

Результаты. По данным наших исследований диаметр ПЛП на уровне впадения в БПВ составлял от 1,3 мм до 3,5 мм, при среднем значении $2,6 \pm 0,04$ мм. В 25,3% случаев ПЛП отсутствовал; в 54% исследований диаметр указанного притока находился в диапазоне от 2,5 мм до 3,5 мм; в 20,7% наблюдений – от 1,3 мм до 2,4 мм.

Просвет ЗМП находился в диапазоне от 1,3 мм до 3,6 мм, при среднем значении $2,8 \pm 0,04$ мм. У большей части исследованных пациентов (59,3%), страдающих варикозной болезнью вен нижних конечностей, диаметр ЗМП находился в диапазоне 2,5-3,6 мм. В 22% случаев просвет указанного притока составлял 1,3-2,4 мм.

Расстояние от паховой складки до места картированного впадения ПЛП в БПВ было в пределах от 0 до 11 см, при среднем значении $5,6 \pm 0,04$ см. В 43,8% случаев место впадения ПЛП в БПВ находилось в диапазоне от 0 см до 4 см от паховой складки; в 21,4% указанный приток впадал в БПВ на расстоянии 5-8 см от паховой складки; в 34,8% устье притока определялось в пределах 9-11 см от паховой складки. Достоверной разницы в уровне впадения ПЛП между лицами обоего пола не выявлено.

ЗМП может впасть в БПВ на расстоянии от 0 см до 12 см по отношению к паховой складке, при среднем значении $6,9 \pm 0,3$ см. В 43,4 % случаев устье описываемого притока находится в диапазоне 9-12 см от паховой складки; в 32,9% наблюдений – в интервале 5-8 см; в 23,7 % исследований – на расстоянии 0-4 см от паховой складки. Уровень впадения ЗМП у всех обследованных определялся в среднем на 1,5 см более дистальнее, чем ПЛП.

Полученные данные, о довольно крупных диаметрах исследуемых притоков и значительной вариабельности места впадения их в БПВ по отношению к паховой связке, свидетельствуют о том, что при оставлении

данных притоков не лигированными, экстракция вены при выполнении операции Бебкокка может сопровождаться образованием различных по объёму гематом по ходу раневого канала.

Наличие и локализацию варикозных узлов в БПВ определяли в трёх отделах нижних конечностей: бедренном, подколенном и голенном. Количество варикозных узлов на бедре колебалось от 0 до 3, что в среднем составило $0,3 \pm 0,04$, причём у 110 (73,3%) исследованных варикозных узлов на данном уровне не выявлено. В подколенном отделе в 18% случаев имелся один варикозный узел, а в остальных наблюдениях варикозный узел не выявлен. В голенном отделе визуализировалось от 0 до 1 варикозных узлов, при среднем значении $0,08 \pm 0,02$. Вероятность образования вариксов уменьшается в дистальном направлении.

В раннем послеоперационном периоде возникли следующие осложнения: подкожная гематома на бедре (19,3%), лимфорея (6%), признаки повреждения кожного нерва на голени (5,3%), нагноение послеоперационной раны (2%).

Лигировать технически указанные притоки из пахового доступа не всегда представляется возможным. В связи с этим нами предложена следующая тактика. Перед операцией следует отмечать на коже место впадения в БПВ перечисленных притоков. Если они впадают на расстоянии до 7 см от паховой складки, то их возможно лигировать из пахового доступа. Если место впадения составляет более 7 см, то нужно выполнить дополнительный миниразрез длиной до 1 см в месте картированного впадения, что позволяет технически безопасно и полноценно перевязать приток, и тем самым предотвратить кровотечение и образование подкожной гематомы.

Выводы.

1. При применении новой методики оперативного вмешательства во время комбинированной флебэктомии варикозной болезни с

дистальным впадением в большую подкожную вену изучаемых притоков в послеоперационном периоде осложнений в виде образования подкожных гематом бедра ни в одном случае не отмечено.

2. Предоперационное ультразвуковое исследование позволяет точно картировать уровень впадения в большую подкожную вену проксимальных притоков и расположение варикозных узлов, снижает риск перфорации вены при проведении зонда Бебкокка.
3. Интраоперационные перевязка и пересечение передне-латерального и задне-медиального притоков большую подкожную вену при варикозной болезни позволяют избежать подкожных гематом перфорации вены зондом, улучшая тем самым результаты хирургического вмешательства.

Бутина Кристина Вадимовна, 57 группа, педиатрический факультет,
kristmedved@mail.ru

ВЕСТИБУЛОАТАКСИЯ У ДЕТЕЙ С ОПУХОЛЬЮ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Ю.В.Дилис, А.Борисова, 4 курс, Ю.А.Губарева, кл.орд.1 г.

Кафедра неврологии, медицинской генетики

ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия МЗ

РФ», Научный руководитель – к.м.н., доцент С.В.Ишков,

к.м.н., асс.Т.М.Якубова, к.м.н., доцент Н.В.Аптикеева

зав.кафедрой – д.м.н., проф. А.М. Долгов

г.Оренбург, Россия

Вестибулоатактический синдром встречается при вестибулярных расстройствах, цереброваскулярных заболеваниях, вертеброгенном

головокружении, синдроме вегетативной дистонии, мигрени, рассеянном склерозе, травмах ЦНС, невриноме, транспортном укачивании. Самой тяжелой группой больных в детской неврологической и нейрохирургической практике являются дети с опухолями головного мозга. В 75% среди всех опухолей у детей - это глиомы разной степени злокачественности, при этом, 70% этих опухолей располагаются субтенториально (6), супратенториальные опухоли встречаются реже (краниофарингиома – 5%, эпиндимома – 10%, глиомы полушарий большого мозга – 10%) (7). Вестибулоатаксия проявляется головокружением и неустойчивостью при ходьбе. В современной литературе недостаточно освещены вопросы вестибулоатаксии при опухолях головного мозга у детей разных возрастных групп.

Цель исследования. Ретроспективный анализ историй болезни за 10 лет и изучение наиболее характерных клинических проявления опухолей головного мозга у детей в зависимости от их локализации.

Материал и методы исследования. Изучены и проанализированы 56 историй болезни детей с нейроонкологической патологией, находившихся на обследовании и лечении в неврологическом отделении Оренбургской детской областной клинической больницы и в нейрохирургическом отделении Оренбургской областной клинической больницы с 1996 по 2006 год. Возраст детей был от 1,5 месяцев до 15 лет. Мальчиков было – 32, девочек – 24. При анализе клинического материала сопоставлялись: время начала заболевания, первые клинические проявления, неврологическая симптоматика с локализацией опухоли, выявленной современными методами нейровизуализации и во время операции, проведенной нейрохирургами, сотрудниками кафедры неврологии, медицинской генетики ОрГМА. По локализации опухоли были распределены согласно существующей классификации (Бейли, Кушинг, 1926) на супратенториальные и субтенториальные, интрацеребральные и

экстрацеребральные. Среди супратенториальных опухолей выделяли опухоли полушарий большого мозга, пинеальной области, sellarной области, боковых и III-го желудочков мозга. Субтенториальные новообразования подразделяли на опухоли полушарий, червя мозжечка, ствола мозга, IV желудочка. Гистологическая характеристика опухолей была изучена только в группе оперированных детей с опухолями задней черепной ямки (ЗЧЯ) и изложена согласно международной классификации (1993). Степень выраженности клинических симптомов как общемозговых, так и очаговых, оценивалась с помощью стандартных общепринятых неврологических методов. Степень нарушения сознания - по шкале комы Глазго, головная боль - с помощью визуально-аналоговой шкалы, степень пирамидного дефицита - по пятибалльной шкале.

Результаты. Из общемозговых симптомов у больных отмечались: угнетение сознания, головная боль, головокружение, тошнота, рвота, эпилептические припадки, психические расстройства, когнитивные нарушения.

Вестибулоатаксия у оперированных детей проявлялась при локализации опухоли в черве мозжечка у 7 (38,8%) детей, в полушарии мозжечка - у 5 (27,7%), в IV желудочке - у 4 (22,2%), в стволе мозга – у 2 (11,1%).

Очаговая симптоматика проявлялась нарушением функции черепных нервов, двигательными и чувствительными расстройствами, нарушением координации движений, изменением мышечного тонуса по оси тела.

Наибольшая заболеваемость опухолями головного мозга в изучаемой группе детей приходилась на возраст от 3 до 13 лет. Большинство пациентов заболели в возрасте от 3 до 6 лет. По локализации преобладали опухоли задней черепной ямки (38 из 56) 67,9% больных, при этом отмечались внутримозговые опухоли полушарий, червя мозжечка (63,2%). У 11 из 18 оперированных детей (61%) с опухолями субтенториальной локализации при гистологическом исследовании была

выявлена астроцитома различной степени дифференцировки и медуллобластома. Опухоли IV желудочка были эпендимарного ряда. Из опухолей супратенториальной локализации преобладали опухоли полушарий большого мозга (19,6%) пинеальной и хиазмально-селлярной области (8,9%). При анализе общемозговых симптомов у детей с опухолями головного мозга были выявлены следующие особенности. Угнетение сознания в виде умеренного и глубокого оглушения отмечалось у 25 из 38 пациентов (65,8%) с опухолями полушарий, червя мозжечка и IV желудочка. У больных с опухолями супратенториальной локализации эти нарушения отмечались у 6 из 18 (33,3%). Головная боль гипертензионного характера отмечалась у 40 из 56 пациентов (71,4%) и чаще наблюдалась в группе детей с опухолями ЗЧЯ. Этот симптом выявлялся наиболее рано. У детей с новообразованиями полушарий, червя мозжечка и IV желудочка в 100% наблюдений отмечалась тошнота, рвота и более чем у половины головокружение. Эти симптомы так же были наиболее ранними в группе пациентов с опухолями ЗЧЯ. Очаговые эпилептические припадки наблюдались у 3 из 18 больных (16,7%) с опухолями полушарий большого мозга и у 1 больного с опухолью ствола головного мозга. Психические расстройства в виде снижения критики, когнитивных нарушений, дезориентировки отмечались у 3 больных с новообразованиями пинеальной и селлярной области мозга.

Очаговые неврологические проявления в виде нарушения функции черепных нервов наблюдались как первично очаговые и наиболее ранние симптомы у всех больных с опухолями ствола головного мозга. Эти же симптомы проявлялись как симптомы по соседству у – 48% пациентов с опухолями полушарий и червя мозжечка и как дислокационные симптомы у – 22% с опухолями супратенториальной локализации. Следует отметить, что нарушение функции глазодвигательных нервов было характерно в группе больных с опухолями селлярной области.

Парезы и нарушения чувствительности в конечностях отмечались у детей с новообразованиями полушарий большого мозга. Так же эти симптомы встречались в составе альтернирующих синдромов при опухолях значительных размеров в полушариях, черве мозжечка и стволе мозга.

У 86,6% больных с опухолями субтенториальной локализации отмечалась мозжечковая и вестибулярная атаксия, а так же изменение мышечного тонуса в конечностях по оси тела.

Выводы.

1. Наиболее характерными и ранними общемозговыми симптомами при опухолях задней черепной ямки и желудочков головного мозга у детей в возрасте от 3-х до 13 лет являются головная боль гипертензионного характера, тошнота и рвота. При опухолях полушарий большого мозга – эпилептические припадки.
2. Вестибулоатаксия у детей являлась наиболее частым синдромом при опухолях полушарий и червя мозжечка.

АРТЕРИО-ВЕНОЗНЫЕ МАЛЬФОРМАЦИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

П. В. Литвиненко 6 курс, Е. В. Крачкова 5 курс, Вагнер Н.6 курс
Кафедра неврологии, медицинской генетики ГБОУ ВПО «Оренбургская
государственная медицинская академия МЗ РФ», г.Оренбург
Научный руководитель – к.м.н., доцент Н.В.Апतिकеева,
зав.кафедрой, проф. А.М. Долгов

Одной из опаснейших врожденных патологий сосудов головного мозга является артериовенозная мальформация (АВМ) - 23% смертельных исходов, 48% высокой инвалидизации среди лиц молодого возраста [1]. Поэтапное ведение пациентов с данной патологией позволит уменьшить риск разорвавшихся АВМ. На базе отделения нейрохирургии и отделения

рентгенохирургии сосудов ООКБ г.Оренбурга оказывается диагностическая помощь пациентам с разорвавшимися и неразорвавшимися АВМ с выполнением ангиографии сосудов головного мозга, где и выполнено совместное с кафедрой неврологии, медицинской генетикой данное исследование.

Цель исследования. Проведение ретроспективного анализа историй болезни и результатов ангиографического исследования артериовенозных мальформаций сосудов головного мозга для установления первичных признаков болезни.

Материалы и методы. Проанализированы 16 историй болезни пациентов с артериовенозными мальформациями сосудов головного мозга за 2010-2012 гг., которым была выполнено ангиографическое исследование по методу Сельдингера [2]. Определен половой и возрастной состав. Изучены топографо-анатомические особенности рассматриваемой патологии, используя протоколы ангиографического исследования. Проанализированы жалобы и начальные клинические проявления АВМ. Полученные данные обработаны статистическими методами с использованием программы «Биостатистика». Выявление статистически значимых различий в сравниваемых группах осуществлялось на основе t-критерия Стьюдента.

Результаты. АВМ выявилась у 10 лиц мужского пола (2 ребенка от 7-16 лет и 8 взрослых), всего 10 пациентов (62,5 %)), это больше, чем у лиц женского пола (1 девочка 8 лет и 5 женщин в возрасте от 17-36 лет), всего 6 пациентов (37,5 %).

По анамнестическим данным выявлено, что у 8 (50%) из 18 пациентов первыми признаками АВМ было произошедшее нетравматическое субарахноидальное кровоизлияние (САК), у 4 (25%) констатирован впервые возникший эпилептический приступ, 4 (25%) пациентов жаловались на головную боль, вместе с этим у них отмечалось

периодически возникающее головокружение, шум в голове, туман перед глазами.

При анализе ангиограмм средняя мозговая артерия в качестве приводящего сосуда выявлена у 9 (56,25%) пациентов, у 2 (12,5%) - приходится на позвоночную артерию, у 1 (6,25%) - на заднюю мозговую артерию, у 1 (6,25%) - на внутреннюю сонную, у 1 (6,25%) - на переднюю мозговую артерию, у 1 (6,25%) - на позвоночную и среднюю мозговую артерии, у 1 (6,25%) - на заднюю мозговую и мозжечковую артерии. А в качестве отводящего сосуда от АВМ выявлен поперечный синус у 4 (25%) пациентов, поперечный и верхний сагиттальный синус - у 3 (18,75%) - в комбинации позвоночной вены и поперечного синуса у 2 (12,5%), в комбинации поперечный и сигмовидный синусы – также у 2 (12,5%), по 1 (6,25%) наблюдению - на поперечный и прямой синусы, сагиттальный и сигмовидный, сагиттальный, кавернозный синусы (соответственно).

При изучении соматической патологии у пациентов с нетравматическим субарахноидальным кровоизлиянием из АВМ, было выявлено, что железо-дефицитная анемия встречалась у 2 (12,5%) в постгеморрагическом периоде САК. До САК артериальной гипертонией страдали 2 (12,5%) пациента, вегетососудистой дистонией по кардиальному типу - 2 (12,5%) пациента, у 1 (6,25%) был врожденный пролапс митрального клапана. Эпилептические приступы в качестве начального проявления АВМ возникали у лиц с разнообразной соматической патологией: хронический бронхит у 3 (18,75%), нарушения ритма и проводимости у 1 (6,25%), хронический пиелонефрит у 1 (6,25%), а также у 6 (37,5%) пациентов в анамнезе были повторные ишемические инсульты со стойким выраженным неврологическим дефектом, которая выявлена при КТ (КТ-ангиографии).

Выводы.

1. Артерио-венозные мальформации головного мозга чаще встречаются у лиц трудоспособного возраста. Первым проявлением АВМ в половине случаев являлось нетравматическое субарахноидальное кровоизлияние и в почти 40% случаев повторный ишемический инсульт. Первичными жалобами при АВМ могут быть головные боли, периодически возникающее чувство головокружения, шум в голове, туман перед глазами, а также эпилептические приступы.
2. Средняя мозговая артерия (по данным ангиографического исследования) является приводящим сосудом АВМ у половины пациентов, а поперечный синус – отводящим.
3. Пациентам со стойким выраженным неврологическим дефицитом после проведения КТ головного мозга, необходимо выполнение КТ-ангиографии.

Литвиненко Петр Викторович, 6 курс ОрГМА Glikodinnow@mail.ru

Крачкова Елена Викторовна, 5 курс ОрГМА Venus071087@mail.ru

**ИЗМЕНЕНИЯ ЭНДОТЕЛИЙЗАВИСИМЫХ МЕХАНИЗМОВ
РЕГУЛЯЦИИ ТОНУСА СОСУДОВ И КОГНИТИВНЫЙ СТАТУС У
БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ**

Михилёва Н.В., 507 гр., Ермолаева О.А. 418 гр., Шумахер Р.С. 117 гр.

Научный руководитель – ассистент Рябченко А.Ю.

ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия»

Кафедра неврологии, медицинской генетики

зав. кафедрой д.м.н. – проф. Долгов А.М.,

зав. кафедрой биофизики и математики - д.м.н. Денисов Е.Н.

Оренбург, Россия

Когнитивные нарушения, являются одним из наиболее частых проявлений органических заболеваний головного мозга (Яхно Н.Н., 2003).

По данным эпидемиологических исследований сосудистая патология в чистом виде лежит в основе 10-15% деменций в пожилом возрасте (Дамулин И.В. 2002). Основными механизмами формирования сосудистых когнитивных нарушений являются острые нарушения мозгового кровообращения, часто повторные, которые могут сопровождаться клиникой инсульта, развиваться по типу «немых» инфарктов (Яхно Н.Н. 2010). В настоящее время признается роль эндотелиальной дисфункции в развитии и прогрессировании когнитивных нарушений (Бувальцев В.И. 2001). Дисфункция эндотелия, прежде всего, связана с дефицитом синтеза оксида азота – важнейшего фактора-регулятора сосудистого тонуса и снижением скорости мозгового кровотока. Клинически это проявляется «замедленностью мышления» и нарушением произвольного внимания (Путилина М.В. 2011). Необходимость изучения эндотелиальной функции, и ее клинических проявлений у лиц, перенесших инсульт, является актуальным и требует дальнейшего исследования.

Цель исследования: Изучение когнитивного статуса и эндотелийзависимых механизмов регуляции тонуса сосудов у больных перенесших ишемический инсульт.

Материалы и методы. Исследование проведено у 18 пациентов мужского и женского пола, в возрасте от 48 до 74 лет, в среднем $61,9 \pm 2,3$ года. Всем пациентам исследовали неврологический статус, для верификации диагноза проводилась компьютерная томография головного мозга. Оценивалась эндотелийзависимая вазодилатация (ЭЗВД) по методу (D.S.Celermajer et al., 1992). Измерение диаметра плечевой артерии осуществляли с помощью линейного датчика 7 МГц на ультразвуковом аппарате «Medison SonoAce X8». За норму принималось значение ЭЗВД более 10%. Неврологический статус оценивали по шкале NIHSS. Когнитивный статус оценивали по шкале нейропсихологического исследования и по краткой шкале оценки психического статуса MMSE

(Folstein M.F. et al., 1975). Обследованный контингент больных был разделен на 2 группы – первую группу составили пациенты с легкими когнитивными нарушениями, вторую группу лица с умеренными когнитивными нарушениями. Контрольную группу составили 9 пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией без когнитивных нарушений, соответствующих по возрасту и полу опытной группе. Обработка полученных данных проводилась с помощью программы «Microsoft Excel 2010».

Результаты. Проведенные исследования выявили, что у больных при ишемическом инсульте имеются нарушения в эндотелийзависимых механизмах регуляции сосудов: в первой группе пациентов (с легкими когнитивными нарушениями) балл по шкале нейропсихологического исследования составил $27,4 \pm 0,4$, по шкале MMSE - $17,8 \pm 0,37$, отмечалось снижение уровня величины ЭЗВД до $7,39 \pm 0,93\%$; во второй группе больных (с умеренными когнитивными нарушениями) по шкале нейропсихологического исследования $22,25 \pm 0,75$ балла, по шкале MMSE $14 \pm 0,58$ балла, было обнаружено еще более выраженное снижение ЭЗВД (при окклюзионной пробе) и составило $4,07 \pm 0,68\%$.

Выводы.

1. При ишемическом инсульте происходят значительные изменения величины эндотелийзависимой вазодилатации.
2. Степень эндотелийзависимых нарушений регуляций тонуса сосудов коррелирует со степенью выраженности когнитивных нарушений у пациентов, перенесших ишемический инсульт.

Михилёва Наталья Викторовна - mihlush@mail.ru

ПРОФИЛАКТИКА ПОВТОРНОГО ПОЛУШАРНОГО ИНСУЛЬТА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Шудабаева А.А., 4 курс, Расулова А.Г., 4 курс, Попова Е.В., 5 курс

Кафедра неврологии, медицинской генетики ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия МЗ РФ»

Научный руководитель – к.м.н., доцент Н.В. Аптикеева,

зав.кафедрой - проф. А.М. Долгов

Г.Оренбург, Россия

Основными корригируемыми факторами риска возникновения ишемического инсульта (ИИ) являются атеросклероз, артериальная гипертензия, кардиоэмболические нарушения у пациентов с нарушением ритма сердца [1-3], транзиторные ишемические атаки, курение, избыточная масса тела. Стабильность АД у больных, перенесших ИИ, определяется не только регрессом неврологических симптомов, но и успешным контролем основных факторов риска, в частности, артериальной гипертензии [4].

Цель исследования. Определить корригируемые факторы риска у больных после первого полушарного ишемического инсульта, разработать меры оптимизации профилактических мероприятий повторных нарушений мозгового кровообращения.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 132 историй болезни пациентов после первого ишемического инсульта. Был анализирован неврологический статус с использованием 5-балльной шкалы (Столярова Л.Г. и соавт., 1982), по шкале оценки эффективности реабилитации больных Бартела (Mahoney F., Barthel D., 1965), по шкале FIM (Granger C. et al., 1979; Cool L., 1994) дана оценка функциональной независимости больного, оценивалось качество жизни EUROQOL (Walker S., Rosser R., 1993). Для оценки когнитивных функций исследовался

психологический статус на выявления расстройства внимания (корректирующая проба, проба Шульце), памяти (тест десяти слов), мышления (тест на обобщение), эмоций (тест Люшера). Средний возраст выживших «правополушарных» пациентов у мужчин составил $66,58 \pm 0,14$ лет, у женщин – $70,32 \pm 0,21$ лет. Средний возраст «левополушарных» пациентов у мужчин составил $69,19 \pm 0,46$ лет, у женщин – $75,93 \pm 0,61$ лет. В основную группу вошли 60 больных (30 больных «правополушарных» и 30 - «левополушарных»), которым проводилась «ТАБ»-терапия ((теветен 600 мг 1 раз утром, аспирин 75 мг 1 раз утром, в комплексе с бессолевой диетой (снижение потребления соли до 2 г в день)). 72 больных составили контрольную группу («правополушарные» и «левополушарные»). Обе группы получали одинаковое фоновое лечение (ноотропные, сосудистые препараты) и наблюдались в течение 12 месяцев. Полученные данные обрабатывались методом вариационной статистики с вычислением средней (M), стандартного отклонения (сигма), стандартной ошибки средней (m), критерия Стьюдента (t) для проверки значимости различий нескольких групп, парного критерия Стьюдента для проверки значимости различий повторных измерений в одной группе.

Результаты. У мужчин количество корригируемых факторов риска составило при правополушарном поражении $2,14 \pm 0,18$, при левополушарном поражении - $2,03 \pm 0,16$, у женщин - $2,48 \pm 0,17$ и $3,09 \pm 0,19$ соответственно. У «правополушарных» больных были выявлены следующие факторы риска: среди мужчин и женщин сочетание артериальной гипертензии с атеросклерозом у 100% больных, ИБС с нарушением ритма у 65,7% мужчин, женщин – 34,48%. Количество больных с гиперхолестеринемией – у 57,14% мужчин и у 68,96% женщин. Количество «левополушарных» больных, страдающих артериальной гипертензией и атеросклерозом сосудов, как среди мужчин, так и среди женщин было в 100% случаев. 90,3%, мужчин и 70,27% женщин страдали

ИБС с нарушениями ритма, число больных, перенесших инфаркт миокарда, среди мужчин - 32,25%, женщин – 10,8%. Число женщин, страдающих избыточной массой тела, 59,45%, мужчин - 19,35%. Количество женщин с гиперхолестеринемией - 97,29%, а среди мужчин - 67,74%.

По опроснику EUROCOL до «ТАБ»-терапии высокое качество жизни было у 18,8% «правополушарных» ($2,8 \pm 1,2$) и у 23,5% «левополушарных» больных ($3,0 \pm 0,5$). До «ТАБ»-терапии: по пробе Шульте страдало внимание, которое определялось у «правополушарных» как неустойчивое и истощаемое, а у «левополушарных» больных как недостаточное и истощаемое. При проведении корректурной пробы нарушение внимания определялось у 62,5% «правополушарных» и у 50% «левополушарных». По пиктограмме непосредственное запоминание было нарушено у всех «левополушарных» и у 83,3% «правополушарных». Долговременная память была снижена у всех «левополушарных» и у 91,7% «правополушарных». У «правополушарных» более сохранены функции мышления, нежели у «левополушарных». По тесту Люшера вне стрессовой реакции находилось 43% «правополушарных» и 53% «левополушарных». После «ТАБ»-терапии различий в показателях когнитивных функций не было зафиксировано. Эмоциональный же статус больных улучшился (вне стрессовой реакции находилось только 23% «правополушарных» и 30% «левополушарных»). После «ТАБ»-терапии у больных обеих групп уменьшились показатели «боль/дискомфорт», тревога/депрессия», но не изменились показатели «мобильность», «самообслуживание», «бытовая активность», у «правополушарных» $3,6 \pm 1,0$ бал, у «левополушарных» - $4,5 \pm 0,5$ бал. Индекс жизнедеятельности оценивался у «правополушарных» в $45,0 \pm 0,5$ баллов, у «левополушарных» – $65,0 \pm 0,5$ баллов. После «ТАБ»-терапии у больных обеих групп динамики индекса жизнедеятельности не отмечалось. Полностью имели зависимость от окружающих 1/2 больных в

каждой группе. Значительная зависимость была у 1/2 «правополушарных» и у 1/3 «левополушарных» больных. Суммарное количество баллов по шкале FIM у «правополушарных» больных составило $102,0 \pm 4,6$ балла, у левополушарных – $116,0 \pm 8,4$. После «ТАБ»-терапии у больных обеих групп зависимость от окружающих осталась прежней. К концу первой недели у «правополушарных» больных отмечалось снижение САД на $6,8 \pm 0,26$ мм рт.ст., ДАД на $5,2 \pm 0,16$ мм рт.ст., у «левополушарных» - САД на $4,5 \pm 0,13$ мм рт. ст., ДАД на $4,1 \pm 0,18$ мм рт. ст. При лечении «ТАБ» (в течение 12 месяцев) выявлено снижение АД у правополушарных больных САД на $10,8 \pm 0,3$ мм рт. ст., ДАД на $7,8 \pm 0,16$ мм рт. ст., у левополушарных больных - САД на $13,2 \pm 0,9$ мм рт. ст., ДАД на $6,2 \pm 0,8$ мм рт.ст у больных с АГ 2-й степени и 3-й степени. После «ТАБ»-терапии характер жалоб у пациентов с правосторонним поражением головного мозга изменился: 40,4% больных перестали жаловаться на головную боль, несистемное головокружение не беспокоило 32,3% больных, не испытывали шум в ушах 26,6% больных, пошатывание при ходьбе перестали отмечать 14,4% больных. У «левополушарных» пациентов после лечения на головную боль перестали жаловаться 53,4% пациентов, несистемное головокружение перестало беспокоить 30%, шум в ушах уменьшился у 23%, пошатывание при ходьбе – у 20% больных. В контрольной группе (принимавших иАПФ) характер жалоб менялся, но в меньшей мере: выраженность головной боли уменьшилась у 26,6% больных, несистемное головокружение - у 40%, шум в ушах – у 6,7%, пошатывание при ходьбе – у 10% больных.

Заключение. Ведущим фактором риска у больных, перенесших инсульт является артериальная гипертензия в 100% случаев. Несмотря на давность перенесенного инсульта, пожилой и старческий возраст, прием других антигипертензивных препаратов больные хорошо переносили лечение схемой «ТАБ»-терапии.

Выводы.

1. В целях вторичной профилактики острых нарушений мозгового кровообращения целесообразно использовать «ТАБ»-терапию (теветен, аспирин, бессолевая диета).
2. Под влиянием «ТАБ»-терапии отмечается улучшение показателей эмоциональной сферы, но не отмечено заметной динамики когнитивной сферы, которая в значительной степени изменена на фоне атрофия мозга, повторных инсультов.

Шудабаева А.А., 4 курс Aijana_92@bk.ru

РЕАБИЛИТАЦИЯ В ОСТРОМ И РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДАХ МОЗГОВОГО ИНСУЛЬТА

Урашева Ж., 518А группа, факультет Общая медицина.

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени

Марата Оспанова

Кафедра неврологии, психиатрии и наркологии

Научный руководитель - к.м.н. Ермагамбетова А.П.

Актобе, Казахстан

В течение мозгового инсульта выделяют такие периоды, как острейший, острый и восстановительный. Согласно Приказу №382 Министерства здравоохранения Республики Казахстан и клиническим протоколам лечения острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) восстановительные мероприятия должны начинаться в ранние сроки заболевания, на уровне блока интенсивной терапии. С первых дней инсульта необходимо применять лечение положением, массаж, пассивную и дыхательную гимнастику. Срок активных реабилитационных мероприятий, которые включают вертикализацию больного, активную лечебную гимнастику, определяется индивидуально и зависит от характера

и выраженности мозгового инсульта, а также сопутствующих заболеваний. Активизация инсультного больного проводится при условии ясного сознания, относительно удовлетворительного соматического состояния. При небольших кровоизлияниях, малых и средних инфарктах головного мозга – в среднем с 5-7-го дня инсульта, при обширных кровоизлияниях и инфарктах – на 7–14-е сутки.

Цель исследования. Изучение динамики неврологического дефицита при острых нарушениях мозгового кровообращения при включении в комплексную терапию инсультов реабилитационных методов лечения.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось на базе инсультного центра больницы скорой медицинской помощи г. Актобе, где в июле 2012 года был открыт инсультный центр, в состав которого входит отделение ранней реабилитации с блоком интенсивной терапии (БИТ) и отделение восстановительного лечения. В исследование были включены 54 больных с ОНМК, из них 29 больных перенесли ишемический инсульт, 25 больных – геморрагический инсульт. Мужчин – 36, женщин – 18. У всех больных двигательный дефицит выражался гемипарезом, у 9-ти больных отмечались афатические расстройства, нарушения координации наблюдались у 14 больных. Все больные в первые 24-48 часов от момента поступления в стационар находились в БИТ, после стабилизации гемодинамических показателей переводились в отделение ранней реабилитации, где курс лечения составлял 16-18 дней. В дальнейшем все больные были переведены в отделение восстановительного лечения для продолжения реабилитации (18-20 дней). На уровне БИТ применялось лечение положением и пассивная лечебная гимнастика с целью профилактики мышечных контрактур. В отделениях ранней реабилитации и восстановительного лечения проводились кинезиотерапия, активная лечебная гимнастика, массаж, эрготерапия для восстановления бытовых навыков, занятия с логопедом для больных с речевыми расстройствами.

Результаты. Применение лечения положением с уровня БИТ существенно влияют на мышечный тонус конечностей больных. Незначительное повышение мышечного тонуса развилось у 6-ти больных. Включение в комплексную терапию методов кинезиотерапии, активной лечебной гимнастики, массажа, эрготерапии, логопедические занятия оказывает положительное влияние на регресс неврологического дефицита. У 39-ти больных гемиплегия и выраженный гемипарез регрессировали до степени умеренного гемипареза с силой мышц конечностей до 3,0 баллов. Также отмечалось улучшение координации движений, выполнения координаторных проб. Эрготерапевтические процедуры оказали положительное воздействие на всех больных и это выразилось в улучшении функций мелкой моторики кистей. Отмечалось качество проведения гигиенических процедур (умывание, чистка зубов), использования столовых приборов, письменных принадлежностей, одевания. Из 9-ти больных, имевших афатические расстройства в виде моторной и сенсорной афазии, у 3-х больных произошло полное восстановление речевых функций, у 6-ти больных сохранялись дисфазические расстройства.

Вывод.

Раннее начало реабилитационных мероприятий у больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения способствует регрессу неврологического дефицита, повышению качества жизни больных, восстановлению бытовых и профессиональных навыков.

Урашева Ж., 518А группа, телефон 87012503865, эл. адрес: aiguler72@mail.ru

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ

М.Урбисинова, 518А группа,
факультет Общая медицина

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени
Марата Оспанова

Кафедра неврологии, психиатрии и наркологии

Научный руководитель - д.м.н., профессор Кабдрахманова Г.Б.,

д.м.н., профессор Саркулова Ж.Н.

Актобе, Казахстан

Инсульт занимает второе место в структуре общей смертности и первое по показателям инвалидизации. Всемирная Федерация Инсульта, Европейская Организация Инсульта (ESO), Национальная ассоциация по борьбе с инсультом (НАБИ) указывают на необходимость единой противоинсультной программы, которая основана на системном подходе. При этом главной задачей является снижение смертности, заболеваемости с разработкой алгоритмов профилактики, а так же показателей летальности путем совершенствования медицинской помощи при остром инсульте с применением высоких технологий, разработкой для каждого больного, перенесшего инсульт, индивидуальной программы вторичной профилактики, системной ранней и продолженной нейрореабилитации.

Цель исследования. Изучение результатов применения тромболитической терапии в остром периоде ишемического инсульта.

Методы исследования. Исследование проводилось на базе инсультного центра больницы скорой медицинской помощи г. Актобе, где с 2010 года внедрен метод тромболитической терапии (тромболизис) при ишемическом инсульте. За 2010-2012гг. проведено 10 случаев тромболитической терапии. Из них мужчин – 4, женщин – 6. Возраст

больных составил 47-65 лет. Всем больным, поступившим в период 3-4,5 часа от начала заболевания проводилась компьютерная томография (КТ) головного мозга с целью подтверждения наличия очага ишемии. На уровне приемного отделения врачом-неврологом неврологический статус больных оценивался по шкале NIHSS и по шкале ком Глазго (ШКГ), производился забор крови для клинического и биохимического исследования (ОАК, глюкоза крови, холестерин, коагулограмма). Тромболитическая терапия проводилась в условиях блока интенсивной терапии инсультного центра. В качестве «тромболитика» использовался препарат «Актилизе» (рекомбинантный тканевой активатор фибриногена) в дозе 0,9 мг/кг массы тела пациента. 10% препарата вводилось внутривенно болюсно в течение 5-ти минут, остальная доза - внутривенно капельно в течение 55 минут через инфузомат.

Результаты. У всех больных неврологический статус по шкале NIHSS был оценен в пределах от 6 до 15 баллов; по ШКГ в пределах от 15 до 14 баллов. По результатам КТ головного мозга в 7-ми случаях был выявлен очаг ишемии в бассейне правой средней мозговой артерии, в 3-х случаях – в бассейне левой средней мозговой артерии, что выражалось соответственно левосторонней и правосторонней гемисимптоматикой. У 4-х больных наблюдалась гемиплегия, в 6-ти случаях – картина выраженного гемипареза. Все случаи тромболитической терапии протекали с нивелированием неврологического дефицита без осложнений. В течение 7-8 часов после окончания тромболитической терапии во всех случаях неврологический статус больных был оценен по шкале NIHSS в пределах 2-3 баллов, по ШКГ 15 баллов. В 7 случаях отмечался полный регресс гемиплегии и выраженного гемипареза, в 3-х случаях сохранялся легкий гемипарез с силой мышц конечностей 4,0 балла.

Вывод. Применение тромболитической терапии в остром периоде ишемического инсульта позволяет добиться полного восстановления

неврологического дефицита с последующим возвратом больных к труду и полноценной жизни.

Урбисинова М., 518А группа, телефон 87132544422, эл. адрес:
arinov1993@mail.ru

**КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИЗУЧЕНИЯ ПАРАМЕТРОВ
НЕЙРОГЕННОГО ВОСПАЛЕНИЯ И ОЦЕНКИ
НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА
ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

Э.Ф.Файзуллина 5 курс, Н.В. Михелева 5 курс, Е.В. Крачкова, 5 курс
Кафедра детских болезней ГБОУ ВПО Оренбургская государственная
медицинская академия

Научный руководитель – д.м.н., доцент Г.Д. Алеманова

Зав. кафедрой д.м.н. - профессор Л.Ю. Попова

г.Оренбург, Россия

Бронхиальная астма (БА) принадлежит к числу наиболее распространенных хронических аллергических заболеваний и представляет серьезную медико-социальную проблему. Одним из механизмов патогенеза БА является нейрогенное воспаление с участием нейропептидов. В дыхательных путях человека идентифицированы многие нейропептиды, которые могут влиять на тонус бронхов, диаметр кровеносных сосудов, их проницаемость. В настоящее время субстанция Р, рассматривается как основной медиатор нейрогенного воспаления [1,2,3,4].

Бронхиальная астма (БА) у детей, имевших перинатальные поражения ЦНС, характеризуется особой тяжестью течения, недостаточной эффективностью традиционных методов терапии [5]. Возрастные особенности нервной, эндокринной и иммунной систем подростков

определяют различные варианты клинического течения БА [2]. С этих позиций актуальной является проблема оценки нейрофизиологического статуса с учетом характера нейrogenного воспаления при бронхиальной астме у детей.

Цель исследования. Изучить параметры нейrogenного воспаления и оценить нейрофизиологический статус детей и подростков при БА средней степени тяжести в период ремиссии в целях индивидуализации патогенетической терапии.

Материалы и методы. В исследование включены 75 пациентов в возрасте от 7 до 16 лет: 1 группа - 35 детей 7 до 10 лет и 2 группа – 40 пациентов – 11 до 16 лет (подростковый период детства), больных верифицированной atopической БА средней степени тяжести в периоде ремиссии. Группу контроля составили 10 условно здоровых детей того же возраста, не имеющих аллергических заболеваний и наследственной предрасположенности к ним. Основные клинические признаки заболевания оценивались согласно Национальной программе «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика» [7]. Диагноз БА верифицирован на основании данных анамнеза, общеклинического и аллергологического обследования больных. Причина гетерогенности этиологии БА заключается в многообразии биологических дефектов. Отягощенная наследственность выявлена у 73% детей, диету во время беременности нарушали 42% матерей (облигатные аллергены 1 группы). Патология периода новорожденности отмечалась у 29% детей. В 54% случаев причиной первого бронхообструктивного синдрома были частые ОРВИ. У всех больных выявлялась поливалентная сенсibilизация. Средняя продолжительность болезни в годах составила $3,70 \pm 0,33$ и $4,53 \pm 0,34$ лет соответственно. Уровень субстанции Р в сыворотке крови определялся методом ИФА («ELISA») с использованием коммерческого набора Peninsula (USA). Исследование функционального состояния

головного мозга проводилось методом регистрации биоэлектрической активности на аппарате «Мицар ЭЭГ-201», а также желудочковой системы с помощью эхолокации на аппарате «ЭЭС-12». Полученные данные обработаны статистическими методами с использованием программы «Биостатистика». Выявление статистически значимых различий в сравниваемых группах осуществлялось на основе t- критерия Стьюдента.

Результаты. Среднее значение концентрации субстанции Р в сыворотке крови пациентов при среднетяжелой астме было больше у подростков, чем у детей ($44,24 \pm 7,45$ пг/мл и $22,44 \pm 2,44$ пг/мл соответственно), ($p < 0,05$) и выше контрольного значения ($2,5 \pm 0,91$ пг/мл), ($p < 0,05$) в обеих возрастных группах. Такое значительное увеличение активности субстанции Р у обследуемых больных свидетельствует о сохранении нейрогенного воспаления в дыхательных путях в период ремиссии астмы, при этом у подростков нейрогенный компонент воспаления был более выражен.

У 15 детей (40,2%) и 12 подростков (37,1%) были выявлены признаки резидуальной патологии ЦНС в виде церебрастенического, гиперкинетического и микроорганического синдромов. На ЭЭГ изменения биопотенциалов головного мозга варьировались от легких до умеренных. При обследовании пациентов методом ультразвуковой электроэнцефалографии у больных обеих групп (12 (32%) детей и 12 подростков - 30% соответственно) зарегистрированы признаки легкой внутричерепной гипертензии.

Выводы.

1. Высокий уровень субстанции Р маркера нейрогенного воспаления в период ремиссии бронхиальной астмы позволяет использовать данный показатель для оценки выраженности нейрогенного воспаления в дыхательных путях в целях индивидуализации патогенетической терапии.

2. При бронхиальной астме у детей и подростков при нейрофизиологическом обследовании выявлены церебростенический, гиперкинетический и микроорганический синдромы, а также синдром легкой внутричерепной гипертензии.

Э.Ф.Файзуллина 5 курс volyanik-olga79@mail.ru

ОСОБЕННОСТИ УРОВНЕЙ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ФОНЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Е.И.Яковлева, 6 курс, Е.А.Челухина, 6 курс

Кафедра госпитальной терапии им. Р.Г. Межебовского ГБОУ ВПО ОрГМА

Научный руководитель - д.м.н., проф. Г.Э.Кузнецов,

асп. Ю.А. Боченина; к.м.н., асс. Л.Р.Тенчурина

г.Оренбург, Россия

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) – исход многих сердечно-сосудистых заболеваний как воспалительной, так и невоспалительной природы, серьёзная причина нарушения трудоспособности и уменьшения продолжительности жизни населения развитых стран. По данным эпидемиологических исследований последних 10 лет, проведённых в нашей стране в рамках исследований ЭПОХА-ХСН (8 регионов РФ, 19500 респондентов), в РФ было зарегистрировано 8,1 млн. человек с четкими признаками СН, из которых 3,4 млн. имели III-IV функциональный класс (ФК) заболевания. В настоящее время патогенез ХСН целесообразно рассматривать в свете современных представлений в области кардиологии, иммунологии и молекулярной медицины. Одним из последних достижений является учение об активации системы цитокинов

и её роли в патогенезе ХСН. Установлено, что влияние гиперпродукции провоспалительных цитокинов на прогрессирование ХСН реализуется путём прямого повреждающего действия, оказываемого фактором некроза опухоли α (ФНО α), интерлейкином-6 (ИЛ-6) на кардиомиоциты и периферические ткани организма человека, модулирования активности нейрогуморальных систем, продукции оксида азота.

Цель исследования. Определить степень активности провоспалительных цитокинов ИЛ-6 и ФНО- α сыворотки крови и степень эндотелиальной дисфункции у больных ХСН на фоне ишемической болезни сердца (ИБС).

Материалы и методы. Обследовано 64 пациента (5 женщин и 59 мужчин) с ИБС осложненной ХСН с I-IIБ стадией и I-IV ФК по классификации ОССН (2010 г.). Средний возраст $63,95 \pm 9,54$ лет. Все пациенты перенесли инфаркт миокарда не ранее чем за 6 месяцев до включения в исследование. Давность перенесенного инфаркта миокарда $10,61 \pm 7,26$ лет. В исследование не включались пациенты, имеющие состояния, сопровождаемые активацией системы цитокинов. Всем пациентам было проведено клиническое обследование, эхокардиографическое исследование по стандартному протоколу с оценкой систолической, диастолической функции, показателей ремоделирования ЛЖ на ультразвуковом аппарате Vivid 3. Исследование вазорегулирующей функции сосудов было проведено с использованием пробы с реактивной гиперемией (эндотелий-зависимая вазодилатация) по методике Celermajer D.S. et al. (1992) с использованием ультразвука высокого разрешения на ультразвуковом аппарате Vivid 3. Уровень ФНО- α и ИЛ-6 сыворотки крови определяли методом иммуноферментного анализа с использованием набора реагентов «ООО Протеиновый контур» (г. Санкт-Петербург) в проблемной лаборатории ГБОУ ВПО ОрГМА МЗ РФ. При обследовании группы здоровых людей было определено среднее содержание уровней ИЛ-6 $7,27 \pm 0,42$ пг/мл и ФНО- α $4,62 \pm 0,19$ пг/мл, и были приняты за

нормальные значения. Анализ данных осуществляли с применением параметрических и непараметрических методов статистики.

Результаты: Согласно критериям ОССН (2010) по данным эхокардиографии у 68% пациентов наблюдалось адаптивное ремоделирование левого желудочка (фракция выброса (ФВ) ЛЖ >45%, конечно-диастолический размер (КДР) ЛЖ >55 мм и < 75 мм, относительная толщина стенки (ОТС) ЛЖ >0,35, нарушение диастолической функции до псевдонормального спектра трансмитрального доплеровского потока (ТМДП)), и у 32% пациентов дезадаптивное ремоделирование ЛЖ (фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) <45%, конечно-диастолический размер ЛЖ (КДР ЛЖ) >75 мм, относительная толщина стенки ЛЖ (ОТС ЛЖ) <0,35, рестриктивный тип спектра трансмитрального доплеровского потока (ТМДП)).

В группе адаптивного ремоделирования ЛЖ уровень ФНО- α сыворотки крови составил $6,23 \pm 5,51$ пг/мл, уровень ИЛ-6 сыворотки крови $6,37 \pm 3,75$ пг/мл. У пациентов с дезадаптивным ремоделированием ЛЖ было отмечено резкое повышение концентрации ФНО- α сыворотки крови, в среднем составила $26,1 \pm 34,85$ пг/мл. Уровень ИЛ-6 сыворотки крови так же повышался у больных при переходе в фазу дезадаптации, и в среднем составил $12,15 \pm 20,89$ пг/мл.

При исследовании вазорегулирующей функции у группы пациентов с дезадаптивным ремоделированием ЛЖ отмечено снижение эндотелий-зависимой вазодилатации (ЭЗВД), которая в среднем составила 7,24%. При проведении пробы у ряда пациентов возникла парадоксальная реакция в ответ на вазодилатирующие стимулы: увеличение индекса резистентности и снижение скорости кровотока. Возникает не вазодилатация сосуда, а вазоконстрикция, что отражает усиленную работу адаптивных механизмов, а в частности работу симпато-адреналовой системы. У пациентов имеющих адаптивное ремоделирование ЛЖ

наблюдается закономерное увеличение диаметра сосуда, по таковым значениям не отличающееся от нормы.

Выводы:

1. Развитие дезадаптивного ремоделирования левого желудочка и прогрессирование ХСН сопровождается резким повышением провоспалительных цитокинов ИЛ-6 и ФНО- α , что отражает качественное изменение нейро-гуморального и иммунного статуса.
2. Имеется корреляционная зависимость между уровнем цитокинов крови, состоянием функции эндотелия и показателей ремоделирования у пациентов с ХСН ишемической этиологии.

Яковлева Екатерина, 6 курс chelkat1990@mail.ru

Отпечатано в ООО «Альянс»

Тираж 50 экземпляров, 2013 г