

Нами было обследовано 54 человека с верифицированным (подтвержденным клиническими, нейрофизиологическими и нейровизуализационными данными) диагнозом симптоматическая парциальная эпилепсия в возрасте от 12 до 17 лет с сопутствующим цефалгическим синдромом. У 32 больных было сочетание вторично-генерализованных и парциальных припадков, у 22 наблюдались только парциальные припадки. В 10 случаях диагностирована затылочная эпилепсия, в 21 — височная, в 14 — лобная и в 9 — теменная эпилепсия, что было подтверждено данными МРТ и ЭЭГ.

Головные боли у всех обследованных больных носили пароксизмальный характер, после дообследования у 18 пациентов выявлена вазомоторная цефалгия, у 16 — головные боли мышечного напряжения, у 11 жалобы носили функциональный характер и у 9 больных поставлен диагноз — мигрень (6 со зрительной аурой). У 5 больных с мигренью (с аурой) затылочная эпилепсия была диагностирована в среднем на $2,3 \pm 0,5$ года раньше развития мигренозных пароксизмов, мигренозные пароксизмы только у 1 больного развивались в связи с эпилептическими приступами. У 3 больных с мигренью была височная эпилепсия и у 1 — лобная эпилепсия. У всех больных диагноз мигрень (с аурой) был установлен только после углубленного дообследования, ранее приступы мигрени со зрительной аурой расценивались как эпилептические.

Выделены наиболее значимые клинические критерии диагностики мигрени у детей и подростков с эпилепсией: длительность ауры, длительность приступа, характер зрительных элементов, наличие нарушения сознания, наличие невидимых очаговых неврологических симптомов.

УДК 616.858-008.6-073.97:001.8

Е. П. Луханина¹, И. Н. Карабань²,
М. А. Чивиликий², Н. М. Березецкая²

¹ Институт физиологии им. А. А. Богомольца НАН Украины (г. Киев), Институт геронтологии НАМН Украины (г. Киев)

ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ПРИЗНАКОВ ЭКСТРАПИРАМИДНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Согласно современным представлениям, в развитии БП (болезни Паркинсона) существенное значение имеет генетический фактор, однако, абсолютное большинство случаев БП являются спорадическими, обусловленными взаимодействием как генетических, так и средовых факторов. О большом значении генетической составляющей в предрасположенности к БП свидетельствуют данные эпидемиологических исследований, установившие, что риск возникновения данного заболевания у родственников больных с БП в 2—7 раз выше, чем в контрольной группе. Функциональная несостоятельность экстрапирамидной системы может развиваться за несколько десятилетий до возможного проявления паркинсонизма. Для предотвращения или замедления развития заболевания требуется выявление ранней, пресимптоматической стадии нейродегенеративного процесса и поиск информативных «биомаркеров» БП.

Объективным диагностическим показателем экстрапирамидной недостаточности является биоэлектрическая активность мышц III типа, регистрируемая со сгибателей и разгибателей конечностей при помощи поверхностных электродов. Электромиограмме (ЭМГ) III типа присущи высокий уровень биоэлектрической активности мышц в покое и «залповые» разряды, соответствующие ритму тремора.

Цель: Исследование биоэлектрической активности мышц (амплитудных и частотных ЭМГ-критериев) у клинически здоровых родственников пациентов со спорадической формой БП для определения скрытых признаков экстрапирамидной недостаточности (ЭПН), которые можно рассматривать как генетически детерминированный фактор риска развития заболевания.

Исследования проведены в четырех группах людей: 1) 37 клинически здоровых родственников больных с БП (дети, братья и сестры); 2) 20 практически здоровых лица (контроль); 3) 33 пациента с акинетико-ригидно-дрожательной либо акинетико-ригидной формами БП в стадии 1,5—3,0 (Хен — Яр); 4) 24 практически здоровых лица пожилого возраста (контроль).

У больных с БП тяжесть симптоматики оценивали с помощью рейтинговой шкалы UPDRS. ЭМГ регистрировалась биполярно на приборе НейроМРВ (Москва).

Основными признаками ЭПН у пациентов с БП являются: повышенная амплитуда ЭМГ в покое, наличие «залповых» разрядов с частотой 4—9 Гц (III тип ЭМГ), увеличенные коэффициенты

рефлекторного вовлечения (КРВ) мышц при удерживании груза. Признаки ЭПН были выявлены у 54,1 % родственников пациентов с БП. Повышенная амплитуда ЭМГ в покое имела место у 35,1 % человек. У 29,7 % родственников в ЭМГ зарегистрированы разряды с частотой 5—10 Гц. У 16,2 % из них отмечено увеличение КРВ при удерживании груза. Для сравнения: в соответствующей контрольной группе повышение амплитуды ЭМГ в покое отмечено у 15 %, наличие мышечных разрядов — у 5 % и увеличение КРВ — у 10 % испытуемых.

Отдельные признаки ЭПН в ЭМГ у родственников пациентов с БП встречаются в 2,3—5,9 раза чаще, чем в соответствующей контрольной группе, что подчеркивает достоинство ЭМГ-метода как неинвазивного и информативного для выявления скрытых, субклинических проявлений экстрапирамидной недостаточности. Следует полагать, что для предупреждения манифестации заболевания БП лицам, входящим в группу риска по паркинсонизму, следует придерживаться определенных рекомендаций, уделять внимание медико-социальным аспектам жизни и негативно влияющим на регуляторную функцию дофаминергической системы.

УДК 616.45-001.1/3:616.89-008.46-073.97

Луцкий Е. И., Статинова Е. А., Луцкий И. С.
Донецкий национальный медицинский университет
им. М. Горького (г. Донецк)

ЗНАЧЕНИЕ ПИКА Р300 ВЫЗВАННЫХ ПОТЕНЦИАЛОВ, СВЯЗАННЫХ С СОБЫТИЕМ В ОЦЕНКЕ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ СТРЕССЕ

Когнитивные функции (КФ) — наиболее сложные интегрированные функции головного мозга, с помощью которых осуществляется процесс рационального познания мира и взаимодействия с ним. На их состояние значительное влияние оказывают различные экзогенные и эндогенные факторы. В настоящее время на новый уровень выходят электрофизиологические методы изучения КФ, позволяющие выявить начальные (доклинические) признаки когнитивных нарушений (КН).

Цель исследования: оценить значение пика Р300 вызванных потенциалов, связанных с событием (ВПСС), в изучении КФ у машинистов магистральных локомотивов (ММЛ) и помощников машинистов (ПМ), работающих в условиях хронического стресса (ХС), а также изучить влияние ХС на состояние КФ у указанного контингента обследуемых.

Обследовано 160 ММЛ и ПМ, которые составили основной объект исследования. Для оценки динамики состояния ВПСС все больные были распределены на 5 групп в зависимости от возраста и стажа работы (СР). 1 группа — 30 машинистов локомотивов после окончания техникума, возраст $19,32 \pm 0,91$ (СР до 1 года); 2 группа — 39 ММЛ и ПМ, возраст $27,28 \pm 1,28$ (СР 5—7 лет); 3 группа — 31 человек, возраст $37,32 \pm 1,08$ (СР 14—17 лет); 4 группа — 30 ММЛ и ПМ, возраст $46,97 \pm 1,07$ (СР 21—24 года) и 5 группа — 30 человек, возраст $56,5 \pm 1,05$ (СР 30—34 года). В качестве контрольной группы (КГ) было обследовано 100 практически здоровых мужчин — добровольцев, работа которых не связана с влиянием стрессогенных факторов. Пациенты КГ были распределены в зависимости от возраста: 1 группа — 20 человек, в возрасте $19,62 \pm 0,87$; 2 группа — 20 добровольцев, в возрасте $26,42 \pm 0,78$; 3 группа — 20 мужчин, в возрасте $34,52 \pm 1,19$; 4 группа — 20 человек, в возрасте $45,09 \pm 1,05$ и 5 группа — 20 добровольцев, в возрасте $55,34 \pm 1,10$.

Для изучения КФ оценивали пик Р300 ВПСС. Вызванные потенциалы регистрировались с использованием слуховой стимуляции с применением «Odd-ball paradigm». Исследовали амплитуду и латентный период пика Р300, что позволяло оценить уровень внимания и скорость принятия решения.

ВПСС регистрировали на медицинском компьютерном диагностическом комплексе «Эксперт» (Tredex) (Украина).

Анализ сигнала ВПСС у ММЛ и ПМ выявил различные селективные нарушения формы, амплитуды и тайминга на этапах мыслительной обработки предъявляемых паттернов, что свидетельствует о когнитивной дезинтеграции различного уровня и степени тяжести. Отмечено постепенное удлинение латентного периода, в зависимости от возраста и стажа работы. Достоверные отличия указанных показателей зафиксированы в 4 и 5 возрастных группах ММЛ и ПМ. В первых трех группах изменения соответствовали как КГ, так и «кривым старения». С возрастом выявлено снижение амплитуды Р300 у основного объекта исследования, свидетельствующее о снижении уровня внимания. Достоверное снижение данного показателя регистрируется в возрасте старше 55 лет.

Воздействие хронического стресса оказывает негативное влияние на состояние КФ, вызывая снижение амплитуды и удлинение латентности пика Р300 ВПСС, что ассоциируется с изменениями уровня внимания, что может повлиять на выполнение производственных функций. Указанные изменения и их выраженность связаны с длительностью воздействия ХС и достоверно регистрируются после 20-летнего воздействия ХС. Наиболее оптимальным способом, позволяющим определить состояние КФ и выявить ранние проявления КН и их характер, является метод ВПСС, который позволяет получить количественную и качественные характеристики изучаемых процессов.

УДК 616.45-001.1/3:616.13

Луцкий И. С., Луцкий Е. И., Лютикова Л. В.

Донецкий национальный медицинский университет
им. М. Горького (г. Донецк)

МЕХАНИЗМЫ ПОВРЕЖДЕНИЯ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА

Стресс представляет собой уникальный механизм адаптации организма к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды. Длительное влияние стрессорных факторов приводит к стойкой активации стрессорных систем (СС), что является причиной развития стресс-обусловленной патологии. Одной из мишеней в этом процессе является сосудистая стенка.

Целью исследования явилось изучение механизмов, приводящих к изменению сосудистой стенки в условиях воздействия хронического стресса (ХС).

Обследовано 160 машинистов магистральных локомотивов (ММЛ), которые составили основной объект исследования (ОО). Они были разделены на 5 групп в зависимости от возраста и стажа работы. В качестве контроля обследовали 100 практически здоровых мужчин — добровольцев, составивших контрольный контингент (КК). КК был распределен на группы, идентичные по возрастным параметрам с ОО исследования.

Состояние сосудистой стенки оценивали по толщине комплекса интима-медиа (КИМ) задней стенки общей сонной артерии.

Функциональное состояние центрального звена СС определяли по содержанию в сыворотке крови кортикотропин-релизинг гормона (КТРГ) и аденокортикотропного гормона (АКТГ). Периферическое звено изучали по содержанию кортикостерона (КрС) и кортизола (Кр). Степень эндотелиальной дисфункции (ЭД) оценивали по содержанию эндотелина-1 (ЭТ-1). Работу ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) изучали по содержанию ангиотензина-1 (АТ-1) и ангиотензина-2 (АТ-2). Значение атеросклеротического процесса оценивали по содержанию холестерина и его фракций (ХЛПВП, ХЛПНП), а также определяли количество С-реактивного протеина (СРП).

В ходе исследования установлено, что темпы прироста толщины КИМ выше у ОО, в сравнении с КК, что достоверно после 20-летнего воздействия ХС. Достоверная разница в толщине КИМ обнаружена между 4 и 5 группами ОО и КК.

В реакции СС прослеживается четкая этапность. В начальных периодах воздействия ХС (первые 5—7 лет) отмечается активация СС, затем ее активность приближается к показателям КК (последующие 7—8 лет, период адаптации), в последующем (после 15—17 лет воздействия ХС) вновь отмечается стойкая активация СС (период дезадаптации).

Уровни ЭТ-1 достоверно коррелируют с активностью СС, что особенно четко прослеживается после 15 летнего периода воздействия ХС. Также получена корреляция в уровнях ЭТ-1 с толщиной КИМ между 4 и 5 группами машинистов и КК.

Активация РААС обнаруживается уже в начальном периоде действия ХС, однако более высокие концентрации АТ-1 зафиксированы в 3—5 группах ОО и коррелируют с ростом содержания ЭТ-1 и толщиной КИМ.

Не получено корреляции между содержанием холестерина и его фракций, а также количеством СРП и толщиной КИМ и гормонами СС.

Таким образом, возможно предположить, что в изменениях сосудистой стенки при воздействии ХС играют важную роль процессы ЭД, которые поддерживаются активностью РААС, в частности АТ-1. Не найдено достоверных доказательств активации атеросклеротического процесса у обследованного контингента в сравнении с контролем. Полученные данные свидетельствуют, что при воздействии ХС изменения в сосудистой стенке обусловлены процессами ЭД с развитием атеросклеротического процесса.

УДК 616.8:159.96-036.66

Лучанинова Н. В.

Харьковский национальный университет
имени В. Н. Каразина (г. Харьков)

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

К неврологическим заболеваниям, требующим особой социально-психологической работы с пациентами, могут быть отнесены БАС (боковой амиотрофический склероз), РС (рассеянный склероз), ВСД (вегетососудистая дистония), и различные формы других нейродегенеративных заболеваний (НДЗ) [3]. Структура социально-психологической работы может быть условно разделена на такие векторы:

1. Социально-психологическая реабилитация и адаптация пациента (улучшение способности к адаптации в условиях повышенной утомляемости, ограниченных возможностей; формирование копинг-стратегий, раскрытие ресурсных возможностей пациентов, адаптация к новым условиям труда и отдыха в связи с заболеванием). С этими целями уместны группы психологической работы с пациентами в рамках когнитивной, клиент-центрированной психотерапии, гештальт-терапии; социально-психологические тренинги; индивидуальная и групповая психологическая поддержка; Т-группы, группы встреч; когнитивный и мнестический тренинг [1, 4]. Это позволит улучшить психоэмоциональное состояние больного, проработать когнитивный, эмоциональный, психосоматический, личностный компоненты его состояния.

2. Социально-психологическая помощь больным и их семьям, волонтерская помощь (обучение родственников особенностям ухода за тяжелобольными пациентами, основам психореабилитационных мероприятий, упражнениям ЛФК и логопедии, помощь в уходе за больными, группы встреч родственников тяжелобольных, группы поддержки и взаимопомощи). Часто родственники больных и сами больные объединяются и оказывают друг другу реальную помощь и поддержку, осуществляют поиск медикаментов, аппаратов, социальных программ помощи людям с подобными заболеваниями, международных благотворительных организаций. К сожалению, сегодня в Украине на так много социальных программ помощи людям с некоторыми тяжелыми формами фатальных нейродегенеративных заболеваний (БАС), чаще всего семьи болеющих получают помощь из других стран (Германия, США, Россия). Пациентам важно оставаться социально активными, включенными в профессиональную и общественную деятельность, это часто играет важную роль в терапии (мотивационный компонент исцеления). Если заболевание причисляется к фатальным, семьям больных исключительно важна поддержка (родственников, друзей, государства). Родственникам и близким пациентов часто трудно самостоятельно обеспечить тяжелобольного, прикованного к постели, достаточным количеством внимания, ухода, заботы, душевного тепла, позитивных эмоций, при этом самому оставаться в оптимальном психоэмоциональном состоянии.

Большинству пациентов с неврологическими заболеваниями свойственна триада Вальтер-Бьюэля (ослабление памяти, ухудшение понимания, недержание аффектов), поэтому в фокусе психологической работы должны быть такие компоненты: борьба с астенией; работа с эмоциональной неустойчивостью; работа с мнестическими и когнитивными нарушениями [3]. Создание ряда проектов, обеспечивающих социально-психологическую, психоэмоциональную, духовную, материальную поддержку больным и их семьям, даст возможность осуществления реальной помощи больным на территории города Харькова и Украины. Сотрудничество с фондами помощи больным с такими группами заболеваний поможет реализовать эффективные социальные проекты, облегчить участь многих больных и их семей.

УДК 616.8-009:616.98:576.895.421

Малый В. П.¹, Волошина Н. П.²,
Шенникова Н. В.¹, Левченко И. Л.²

¹ Харьковская медицинская академия последипломного образования, ² ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков)

ПОРАЖЕНИЕ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С КЛЕЩЕВЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ (ЛАЙМ-БОРРЕЛИОЗ)

Разнообразие ландшафта восточного региона Украины, а также негативное влияние антропогенных факторов способствуют размножению клещей и мелких грызунов, которые