

Воздействие хронического стресса оказывает негативное влияние на состояние КФ, вызывая снижение амплитуды и удлинение латентности пика P300 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 качественную 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,
Шепилева 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-БОРРЕЛИОЗОМ)

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

являются основным резервуаром многих возбудителей трансмиссивных инфекций. За последние годы увеличивается число случаев укусов клещей в Харьковской области; так, в 2007 г. по этому поводу за медицинской помощью обратилось 510 человек, в 2008 — 735, в 2009 — 1113, а в 2010 — 1180. Практически все районы Харьковской области являются энзоотическими по Лайм-боррелиозу. Применение метода ПЦР позволило впервые выявить естественную зараженность клещей и мелких млекопитающих возбудителями клещевых инфекций, при этом боррелиями было заражено 11 % клещей и 2,3 % мелких млекопитающих, эрлихиями — 1,8 % мелких млекопитающих и 4,5 % клещей, бабезии обнаруживались только в клещах (4,5 % зараженных). При обследовании 96 практически здоровых доноров было установлено, что антитела в различных титрах к возбудителю иксодового клещевого боррелиоза выявлены в 11 % случаев, к возбудителю моноцитарного эрлихиоза человека — в 4 % случаев и в 1 % случаев — к возбудителю гранулоцитарного анаплазмоза человека, в 3 % случаев имела место микст-инфекция.

За период 2004—2011 гг. Под нашим наблюдением находились 146 человек в возрасте от 18 до 72 лет с диагнозом болезнь Лайма (БЛ). У всех пациентов диагноз был установлен на основании эпидемиологических (присасывание клеща в анамнезе у 76 %), клинических (наличие мигрирующей эритемы у 87 %) и лабораторных данных (исследование крови методом ИФА к боррелии). На стадии ранней локализованной инфекции наблюдалось 87 человек (59,5 %), вторая стадия БЛ диагностирована у 37 больных (25,3 %), третья стадия — у 15,2 % больных. При этом поражение нервной системы встречалось на всех стадиях заболевания, а полисистемное поражение организма с вовлечением кожи, печени, нервной и сердечно-сосудистой систем, опорно-двигательного аппарата развивалось в течение 2—6 недель с момента инфицирования и позже. В 10,8 % случаев развивались поражения кожи в виде вторичных эритем, появлявшихся на отдаленных от места присасывания клеща участках кожи, а также акродерматит. У 32,4 % больных отмечался синдром общей интоксикации, у 35,1 % больных наблюдалась картина гепатита с легким течением, у 59,4 % больных ЛБ отмечена патология со стороны нервной системы в виде менинго-радикулоневрита (синдром Баннварта) — у 22,7 % больных, одностороннего прозопареза или менингоэнцефалита (36,3 % и 4,5 %).

Одной из отличительных особенностей клещевого боррелиоза является склонность к рецидивирующему и хроническому течению, при этом особенно выражены поражения нервной системы. Между тем, именно на поздней стадии болезни адекватная оценка патологии ЦНС при нейроборрелиозе вызывает наибольшие трудности в связи с выраженным клиническим полиморфизмом и недостаточной осторожностью практических врачей по отношению к этому заболеванию, в связи с чем у большого числа пациентов заболевание длительное время остается не распознанным, а сами больные не получают необходимого этиотропного лечения. Мы проанализировали этиологическую структуру при энцефаломиелополирадикулоневритах и установили, что боррелия выделяется в 7,7 % случаев, а при рассеянных энцефаломиелитах — в 12 %.

Особенностью течения клещевых нейроинфекций является возможность как формирования грубого неврологического дефицита при неполной и несвоевременной диагностике и лечении, так и полного выздоровления при адекватно и своевременно проведенной терапии.

УДК 616.831-005-071.001.8

*С. А. Мамедалиева, А. М. Бубликова, О. Л. Максименко
Донецкий национальный медицинский университет
им. М. Горького (г. Донецк)*

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ РАВНОВЕСИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Цель работы: определить клинико-диагностические возможности объективной оценки состояния функции равновесия при хронической церебральной недостаточности.

Под наблюдением находились 60 больных с хронической церебральной недостаточностью (клинический диагноз — дисциркуляторная энцефалопатия I и II стадий). Женщин было 40 (72,7 %), мужчин — 20 (25,0), в возрасте от 48 до 78 лет (средний возраст 58,2 ± 5,1 года). Контрольную группу (для отработки нормативных показателей компьютерной стабиллометрии) составили 50 клинически здоровых людей. Основными причинами дисциркуляторной

энцефалопатии (ДЭ) были артериальная гипертензия — у 78,1 % пациентов, атеросклероз церебральных сосудов — у 60 %, деформация позвоночных артерий вследствие остеохондроза шейного отдела позвоночника — у 49 %. У пациентов с I ст. ДЭ преобладали жалобы, обусловленные преимущественно астено-невротическим синдромом. Во II ст. заболевания у всех пациентов имели место нарушения в когнитивной сфере, кроме того выявлены двигательные нарушения у 79,2 %, вестибуло-атактический синдром — у 44,3 %, паркинсонический синдром — у 13,7 %.

Методы исследования включали: клинико-неврологические, клинико-инструментальные (магнитно-резонансная томография головного мозга, функциональная компьютерная стабиллометрия, транскраниальное дуплексное сканирование сосудов мозга).

Нейровизуализация головного мозга позволила выявить у 13,9 % двустороннее симметрично диффузное поражение белого вещества (лейкоареоз) в перивентрикулярной зоне и в зоне зрительной лучистости. Определялись множественные лакунарные очаги (размерами 3—18 мм) в базальных ганглиях, таламусе, мосте, мозжечке, белом веществе лобных долей, у всех больных имело место расширение желудочковой системы. Стабиллометрическое исследование позволило установить как общие особенности нарушения статической координации, характерные для II стадии ДЭ, так и стабиллометрические критерии — «маркеры» формирующейся вестибуло-атактической, экстрапирамидной и пирамидной недостаточности. Общими характеристиками для всех формирующихся синдромов, особенностями состояния равновесия в сравнении с ДЭ I ст., были: увеличение средней площади стабиллограммы (S) в молодом и зрелом возрасте в среднем на 32 %, в пожилом и старческом — на 69 %; длины пути (L) соответственно на 24 % и 39 %; скорости смещения ЦД (v) — на 26 % и 64 %. Положительной корреляционной связи между компьютерными стабиллограммами при ДЭ II ст. и основными факторами развития болезни нами не выявлено. В то же время установлено, что каждый неврологический синдром при ДЭ II ст. имеет свои «маркеры»: вестибуло-атактический синдром — грубое уменьшение эксцентриситета в среднем на 38 %, что отражает наличие колебаний преимущественно во фронтальной плоскости и многократное увеличение средней площади стабиллограммы (S); пирамидный синдром — характерную асимметрию проекции ЦД со смещением на «интактную» нижнюю конечность и увеличением расстояния между реальным и «идеальным» ЦД в фронтальной плоскости (Rx) в среднем на 43 %; экстрапирамидный синдром — грубое увеличение эксцентриситета эллипса — в среднем в 1,5 раза за счет амплитуды колебаний ЦД в сагитальной плоскости, увеличение расстояния между реальным и «идеальным» ЦД в сагитальной плоскости (Ry) с характерным смещением ЦД кпереди.

Таким образом, использование выявленных объективных критериев нарушения равновесия при I, II стадиях дисциркуляторной энцефалопатии актуально, по нашему мнению, не только в решении экспертно-диагностических задач, но и при создании комплексных программ нейрореабилитации, направленных на оптимизацию стато-локомоторной системы. Доказано, что функциональная компьютерная стабиллометрия является объективным методом оценки статического равновесия и позволяет установить начальные признаки неврологических синдромов при хронической церебральной недостаточности.

УДК 616.711.6. - 08

Марамуха В. И.

*КУ «Запорожская областная клиническая больница»
(г. Запорожье)*

ЛЕЧЕНИЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА ПОЯСНИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ НА СОВРЕМЕННОМ УРОВНЕ

Актуальной проблемой современной вертебрологии является лечение неврологических проявлений остеохондроза позвоночника. В 70 % случаев преобладают боли поясничной локализации. Чаще всего страдают заболеванием лица молодого и среднего, самого трудоспособного возраста; велики экономические потери. Поэтому, представляется важным поиск новых путей решения этой проблемы.

Цель работы. Разработка новых эффективных лечебных комплексов с включением метода мануальной терапии (МТ) для лечения неврологических синдромов поясничного остеохондроза.

В специализированном неврологическом отделении № 2 КУ «Запорожская областная клиническая больница», входящем