

ЭКЗОКРИННАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И НАРУШЕНИЯ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

И.В. Чернышова, В.И. Дроздов, Г.Г. Варварина, Ю.В. Вяжевич, А.В. Петраков

Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии, Москва

Биоусвояемость витамина Д зависит от возраста и по мере старения она неуклонно падает.

Различают первичный и вторичный остеопороз (ОП). Вторичный остеопороз может быть связан с различными заболеваниями, в том числе и с хроническим панкреатитом с внешнесекреторной недостаточностью ПЖ. Вследствие мальабсорбции нарушается всасывание витамина Д в кишке, что приводит к относительной гипокальциемии и развитию вторичного гиперпаратиреоза.

Цель исследования: Оценить состояние минеральной плотности костной ткани (МПКТ), определить уровень метаболитов витамина Д3, кальция, паратиреоидного гормона, степень нарушения экзокринной функции ПЖ.

Материалы и методы: Обследовано 58 больных (36 женщин и 22 мужчин) хроническим панкреатитом в возрасте от 55 до 77 лет, средний возраст $57,6 \pm 6,4$ лет. Все обследованные женщины находились в менопаузе. Состояние МПКТ оценивалось методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии. Исследовалась область поясничных позвонков и шейки бедра. Состояние внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы оценивалось по уровню панкреатической эластазы Е1 в кале. Снижение МПКТ отмечалось у 49 ($84,5 \pm 4,8\%$) больных, в т.ч. у $62,1 \pm 6,4\%$ остеопения, а у $15,5 \pm 4,7\%$ остеопороз хотя бы в одном из исследуемых отделов. Снижение МПКТ чаще выявлялось в позвоночнике. Средний уровень панкреатической эластазы Е1 в кале в данной подгруппе больных составил 95 мкг/г , а у больных хр. панкреатитом и нормальной МПКТ он был достоверно выше и составлял 177 мкг/г . Снижение МПКТ у больных хроническим панкреатитом сопровождалось дефицитом витамина Д у $65 \pm 6,3\%$ больных, а снижение синтеза его метаболита кальцитриола у $25 \pm 5,7\%$. Вторичный гиперпаратиреоз определялся в $63 \pm 9,3\%$ случаев. Уровень кальция у больных хроническим панкреатитом и сниженной МПКТ оставался в пределах нормальных значений $2,3 \pm 0,03 \text{ ммоль/л}$, но был достоверно ниже чем у больных с сохраненной МПКТ ($p = 0,018$).

Заключение: нарушение экзокринной функции поджелудочной железы сопровождается нарушением всасывания витамина Д и кальция, что приводит к развитию вторичного гиперпаратиреоза и значительному повышению риска развития остеопороза у больных хроническим панкреатитом. У пожилых больных изменения МПКТ могут быть обусловлены возрастными потерями костной массы, но и носить вторичный характер.

НЕВРОЛОГИЯ И ПСИХИАТРИЯ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

ПОЗДНИЙ ДЕБЮТ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА: ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

А.Н. Белова, Е.А. Одинцов, И.А. Соколова

*Нижегородский гериатрический центр
Нижегородский центр рассеянного склероза*

Рассеянный склероз (РС) – хроническое прогрессирующее демиелинизирующее заболевание нервной системы, которое возникает в молодом и среднем возрасте. Случаи дебюта заболевания у лиц старше 50 лет наблюдаются редко и вызывают, как правило, затруднения при установлении диагноза.

Нами представлено описание клинического случая позднего дебюта РС у пациента К, 1950 года рождения (58 лет). До 56-летнего возраста пациент ничем не болел. В 56-летнем возрасте стали беспокоить сильные боли в спине и левой ноге, консервативное лечение эффекта не давало. На магнитно-резонансной томограмме (МРТ) позвоночника, помимо диффузных протрузий и грыж дисков на шейном и грудном уровнях, были обнаружены участки патологического, гиперинтенсивного в T2 режиме, сигнала на уровнях С6–С7 и Th6–Th7 сегментов спинного мозга. Для исключения демиелинизирующего процесса рекомендовано проведение исследования с контрастированием, которое, однако, не было выполнено. Пациент был прооперирован нейрохирургами по поводу грыжи межпозвонкового диска; после операции боли в спине и ноге регрессировали.

Через год, в возрасте 57 лет, пациента стали беспокоить головокружения, головная боль, нарушения координации, появилась слабость в ногах. Амбулаторное лечение эффекта не давало. В связи с нарастанием симптоматики больной был госпитализирован в неврологическое отделение с диагнозом «мозговой инсульт в вертебрально-базиллярной системе». При МРТ обследовании головного мозга обнаружены мелкие очаги демиелинизации в белом веществе лобных и теменных долей, характер которых был расценен как «дистрофический». Выписан из стационара с улучшением и направлен на санаторное долечивание. В период пребывания в санатории появились «стягивающие» боли в грудном отделе, резко усилилась слабость в ногах, появились затруднения при мочеиспускании. С диагнозом «миелит» был вновь госпитализирован в неврологическое отделение. В неврологическом статусе отмечались умеренная динамическая атаксия в верхних конечностях выраженный нижний спастический парез, нарушения чувствительности по проводниковому типу с верхнегрудного уровня, нарушение функции мочевого пузыря по типу сфинктер-детрузорной диссинергии, легкие когнитивные нарушения (снижение критики к собственному состоянию). Общеклинические и биохимические анализы крови и мочи патологии не выявили, серологические реакции на сифилис и ВИЧ-инфекцию отрицательные. В цереброспинальной жидкости обнаружен легкий лимфоцитарный плеоцитоз. ДНК-анализ ликвора на возбудители инфекций отрицательный. На МР-томограмме спинного мозга обнаружены очаги демиелинизации на уровнях С4–С5, Th3–Th4, Th6–Th7, Th8–Th9, накапливавшие контраст.

Проведен дифференциальный диагноз с цереброваскулярной патологией, васкулитами, наследственными и метаболическими заболеваниями, компрессионной миелопатией. На основании клиники, анамнеза, данных нейровизуализационных и лабораторных методов исследования установлен диагноз: рассеянный склероз, вторично-прогредиентное течение с обострениями. Пациенту проведен курс пульс-терапии метилпреднизолоном, после которого неврологическая симптоматика частично регрессировала.

Выводы. Диагностика РС в случаях позднего дебюта заболевания представляет особую сложность. Для подтверждения диагноза, помимо тщательного собранного анамнеза и анализа течения заболевания, необходимо выполнение МРТ спинного мозга и исследование цереброспинальной жидкости.

ЭПИЛЕПСИЯ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ

Ю.А. Белова, И.Г. Рудакова, А.С. Котов, С.В. Котов

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

У больных пожилого возраста эпилепсия после цереброваскулярных заболеваний и деменции является третьей по частоте неврологической проблемой. Известно, что пенсионеры, особенно инвалиды, тратят на лекарственные препараты значительно больше средств. Оценка экономической целесообразности может быть получена только на основе определения стоимости лечения эпилепсии в зависимости от количественных показателей эффективности терапии.

Цель работы: сравнительная оценка клинической и экономической эффективности ведения больных криптогенной (вероятно симптоматической) и симптоматической фокальной эпилепсией пожилого возраста, находящихся на исходной терапии, рекомендованной неврологом общего профиля с терапией, оптимизированной эпилептологом. Задачи:

Оценить эффективность исходной терапии и терапии, оптимизированной эпилептологом

Анализ общей стоимости диагностики и ведения больных фокальной эпилепсией в течение 12 месяцев.

Определение объема дополнительных вложений для достижения одной дополнительной единицы эффективности при использовании более эффективной схемы лечения (анализ приращения эффективности затрат).

Материалы и методы: методом случайной выборки обследовано 126 больных симптоматической и криптогенной фокальной эпилепсией. Из них 9 (7,2%) пациентов в возрасте 56–76 лет (средний возраст $63 \pm 6,84$ лет); мужчин – 4, женщин – 5. 11,1% наблюдались по поводу активной эпилепсии более 10 лет. Период наблюдения эпилептологом составил 15 месяцев. Проводилось изучение анамнеза неврологического осмотра; лабораторные обследования (клинический анализ крови, определение трансаминаз); ЭЭГ, РКТ, МРТ головного мозга; методы клинико-экономического анализа: анализ приращения эффективности затрат, анализ общей стоимости болезни. В исследуемой группе пациентам были назначены лекарственные препараты: Финлепсин; Финлепсин ретард; Депакин хроно; Клоназепам; Топамакс. Цены на лекарственные препараты представлены на 07.2008 г.

Результаты. В результате комплексного обследования больных пожилого возраста, установлено, что в структуре эпилепсии симптоматические формы составили 77,7%, криптогенные (вероятно симптоматические) – 22,2%. Исходная терапия проводилась неадекватными дозами антиэпилептическими препаратами (АЭП) первой очереди выбора у 21% пациентов; два АЭП получали 23%; три и более АЭП 11%. Адекватную исходную терапию получало лишь треть больных, у 66,7% она была неэффективна. Стоимость исходной терапии составила в среднем на одного пациента $14412,7 \pm 7737,4$ руб. в год. Оптимизированная терапия оказалась эффективной в 100% случаев (частота приступов уменьшилась на 50 и более %). Стоимость годового ведения одного больного эпилепсией после оптимизации терапии составила в среднем $19,848 \pm 26,604$ тыс. руб. в зависимости от выбора АЭП. Стоимость одной дополнительной единицы эффективности терапии при переводе больных на адекватную дозу АЭП составила в среднем 471 руб. в год на одного пациента.

Заключение: Адекватную исходную терапию получало лишь треть больных. Учитывая неэффективность исходной терапии, можно заключить о бесполезности затрат на лечение у 66,7% больных. Оптимизированная терапия оказалась эффективной в 100% случаев. В результате оптимизации лечения произошло существенное снижение расходов на оказываемую медицинскую помощь с одновременным увеличением расходов на АЭП. Стоимость годового ведения одного больного после оптимизации терапии достоверно дороже, однако, и достоверно эффективнее.

ЭЛЕКТРООКУЛОГРАФИЯ КАК ОБЪЕКТИВНЫЙ МЕТОД ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЭКСТРАПИРАМИДНЫХ РАССТРОЙСТВ

Р.Р. Богданов¹, А.Н. Куницына¹, П.О. Ратманова², Д.А. Напалков², Л.Г. Турбина¹

¹ *Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского*

² *Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова*

Введение. Экстрапирамидные расстройства, особенно на начальном этапе имеют схожую клиническую симптоматику. В частности, наиболее ярким, так называемым «позитивным» симптомом, позволяющим заподозрить экстрапирамидное расстройство, является тремор. Этот симптом на начальном этапе может встречаться при ряде экстрапирамидных расстройств, придавая им визуальную клиническую схожесть, что является фактором ошибочной диагностики, а, следовательно, неправильной тактики терапии. Выявление «негативного» симптома – гипокинезии, являющейся облигатным признаком паркинсонизма и позволяющей отличить этот синдром от эссенциального тремора, не всегда возможен «рядовым» неврологом, особенно на начальном этапе заболевания. В связи с этим, разработка методов выявления объективных маркеров отдельных нозологических форм, связанных с патогенезом заболевания, представляется актуальной.

Цель исследования. Выявление объективных дифференциально-диагностических маркеров болезни Паркинсона и Эссенциального тремора на основе анализа клинико-нейрофизиологических характеристик.

Методы. Обследовано 25 пациентов с болезнью Паркинсона, ранее не получавших специфического лечения, средний возраст $56,3 \pm 2,2$ лет; 25 пациентов с эссенциальным тремором, средний возраст $55,3 \pm 5,2$ лет; Группу контроля составили 25 испытуемых сходного возраста. В работе наряду с клиническими методами применялись нейрофизиологические методы на основе монокулярной электроокулографии. При этом регистрировались следующие параметры саккадических движений глаз: латентный период – период времени от появления стимула до начала саккады; время перемещения взгляда – длительность саккады; доля мультисаккад – для достижения зрительной цели выполняется несколько следующих друг за другом саккад.

Результаты. У пациентов с болезнью Паркинсона латентные периоды и время перемещения взгляда достоверно больше, чем в контрольной группе и у пациентов с эссенциальным тремором. В целом, анализ временных параметров саккадических движений глаз пациентов с эссенциальным тремором не выявил статистически значимых различий по сравнению с группой контроля. Время перемещения взгляда у пациентов с болезнью Паркинсона было больше, и как показал дополнительный анализ, увеличивалось за счет появления мультисаккад ($r = 0,98$, $p < 0,001$). Можно предположить, что феномен мультисаккадности является объективным негативным маркером адекватности преднастройки параметров саккадических движений глаз. При болезни Паркинсона доля мультисаккад статистически значимо возрастает, тогда, как у пациентов с эссенциальным тремором доля мультисаккад не превышает значений, характерных для возрастной нормы (группа контроля). У пациентов с I стадией болезни Паркинсона по шкале Хен-Яра отмечена латерализация глазодвигательных нарушений, обусловленная клиническим дебютом заболевания. В группе пациентов с Эссенциальным тремором такой латерализации выявлено не было.

Заключение. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о перспективности применения электроокулографической методики для регистрации саккадических движений глаз как дополнительного объективного аппаратного метода, помогающего в дифференциальной диагностике этих расстройств. Исследование выполнено при поддержке РФНФ, проект № 08-06-00362а.

ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ БОЕВОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Т.А. Боровкова, В.С. Мякотных

Уральская государственная медицинская академия,

Свердловский областной клинический психоневрологический госпиталь для ветеранов войн, г. Екатеринбург

В течение 50–60 лет в условиях одного лечебно-профилактического учреждения наблюдались 363 больных с последствиями боевых черепно-мозговых травм (ЧМТ). Цель данного наблюдения – формирование клинико-патогенетической модели развития сердечно-сосудистой патологии, запущенной боевой травмой, в течение всей последующей за данной травмой жизни больных вплоть до наступления летального исхода с патолого-анатомической верификацией клинических данных. Получены следующие основные результаты.

Развивающаяся после получения травмы цереброваскулярная патология выполняет ведущую роль в прогрессировании атеросклеротического процесса в целом, и через 10–20 лет после получения травмы клиника цереброваскулярных расстройств отмечается соответственно у 53,77% и 79,41% больных, коронарных – у 14,71% и 36,68%. Вариант клинической манифестации сердечно-сосудистой патологии оказывает влияние на дальнейшее ее развитие, но морфологическая выраженность атеросклероза любой локализации в финальных стадиях заболеваний достигает максимума у больных с хроническим церебральным вариантом их дебюта. Ишемический инсульт, нарушая деятельность неспецифических вегетативных регулирующих образований головного мозга, является триггером последующего ускоренного негативного развития сердечно-сосудистой патологии в целом при конечном полном истощении компенсаторных возможностей организма, а инфаркт миокарда увеличивает вероятность повторных коронарных и церебральных катастроф и способствует нарастанию неврологического дефицита при хронической ишемии мозга. Последовательное и/или одновременное возникновение инфаркта миокарда и ишемического инсульта вызывает ускоренное прогрессирование мультифокального атеросклероза и стремительное развитие фатальных сосудистых катастроф. Нарастающее в динамике ишемическое повреждение вещества головного мозга, определяемое у больных с кардиоваскулярной, коронарной патологией, ИБС свидетельствует о развитии кардиоцеребрального «порочного круга», играющего существенную роль в негативном исходе заболевания.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНСУЛЬТА В УСЛОВИЯХ РЕГИОНАЛЬНОГО СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА

С.Г. Бугрова, А.Е. Новиков, Ю.В. Батуева

Региональный сосудистый центр Ивановской области

Основными принципами реабилитации больных с инсультом являются: раннее начало, мультидисциплинарный характер мероприятий, длительность и преемственность. К факторам, тормозящим восстановление относится пожилой возраст больных, перенесенные ранее инсульты, сопутствующая патология.

Обследовано 248 пациентов с инсультом (средний возраст $69,4 \pm 10,5$ лет). Ишемический инсульт диагностирован в 84,3% случаев (атеротромботический вариант – 53,6%, кардиоэмболический – 22,5%, лакунарный – 10,4%, гемодинамический – 13,5%). В 6,35% случаев имел место геморрагический инсульт с формированием внутримозговой гематомы, в 5,35% – субарахноидальное кровоизлияние. У 4% больных диагностирован смешанный инсульт. У 62,4% больных в анамнезе перенесенный инсульт или ТИА.

Сопутствующая кардиальная патология выявлена у 27,38% больных, заболевания легких – у 16,4%, эндокринные нарушения – у 13,4%, заболевания суставов и позвоночника – у 78%, атеросклероз сосудов нижних конечностей и варикозная болезнь – у 38,1%, онкопатология – у 10,2%. В клинической картине двигательный дефицит отмечался у 64,11% больных (легкие нарушения в 1/3 случаев, умеренные в 20,16% случаев, выраженные – в 6,05%, гемиплегия – у 4,03%). Нарушения речи различной степени тяжести отмечались в 42% случаев (дизартрия – у половины больных, у 34,5% – моторная, у 10,5% – сенсорная, у 5% – смешанная афазия). Психотерапевтическое обследование выявило наличие тревожных расстройств у 27,26% больных, постинсультной депрессии – у 9,68%. При нейропсихологическом исследовании умеренные когнитивные нарушения отмечены у 13,71% пациентов, в 7,66% случаев диагностирована постинсультная деменция.

При нейровизуализации очаги ишемии выявлены в лобных долях у 6,45%, височных – у 12,9%, теменных – у 8,35%, затылочных – у 4,3%, в мозжечке – у 6,3%, в подкорковых узлах – у 19,5%, внутренней капсуле – у 14,3%, стволе мозга – у 3,63%, множественные очаги – у 24,27%.

Лечение инсульта проводилось в зависимости от патогенетического механизма, с учетом тяжести состояния и сопутствующей патологии. Учитывая ограниченные возможности проведения реперфузионных мероприятий у пожилых больных, основным направлением в лечении явилась нейропротекция. Из лекарственных средств использовались сульфат магния, глицин, винпоцетин, мексидол, эмоксипин, семакс. Из антиагрегантов широко применялся кардиомагнил. Из антикоагулянтов использовались варфарин, фраксипарин. В коррекции тревожно-депрессивных расстройств использовались рексетин, вальдоксан, транквилизаторы.

Для восстановления двигательных нарушений в ранние сроки назначалась ЛФК. Палаты оснащены столами для вертикализации больных. Коррекция когнитивных нарушений проводилась психологом с помощью комплекса когнитивных тренингов. Организована логопедическая служба. Создана программа психотерапевтической помощи: в рамках школы пациентов проводились групповые занятия «Психобразование и психопрофилактика цереброваскулярных нарушений», индивидуальные сеансы рационально-когнитивной психотерапии, групповые сеансы гипно-суггестивной психотерапии с применением технологий НЛП, эриксоновского гипноза, позитивной психотерапии по Пезешкиану, ауто-тренинги, занятия «Движение через осознание» по М. Фельденкрайзу. Средняя продолжительность лечения составила 24 дня.

В результате лечения с улучшением выписаны 62,5% больных. Неврологический дефицит по шкале Гусева Е.И., В.И. Скворцовой с соавт. уменьшился на $2,5 \pm 0,5$ балла, отмечался частичный регресс когнитивных расстройств (эффективность по шкале MMSE составила $2,8 \pm 0,9$ балла), тенденция к уменьшению эмоциональных нарушений.

Таким образом, система ранней реабилитации больных пожилого возраста с инсультом в условиях регионального сосудистого центра доказала достаточную эффективность.

ДЕЙСТВИТЕЛЬНО ЛИ МЫСЛЬ О СМЕРТИ МАЛО ДЕЙСТВУЕТ НА СИЛЬНЫХ ДУХОМ?

Л.П. Воронцова, И.В. Сакоренко, Т.И. Грекова, Н.В. Клевцова, Н.А. Мещерякова

*Московский государственный медико-стоматологический университет,
Воронежский областной геронтологический центр*

Страх смерти достаточно всемогущ и оказывает влияние на эмоциональную жизнь и поведение. Мысли о смерти – фоновая музыка жизни. Цель работы – выяснить отношение к смерти у людей с учетом их оптимистичности и верований.

В исследование включены 77 человек, преимущественно женщин. Из них – 39 психически сохранных пожилых людей в возрасте от 58 до 87 лет, проживающих в Воронежском геронтологическом центре (ГЦ) и 38 студентов (от 17 до 24 лет) психологического факультета Воронежского университета. Анкетирование осуществляли по 9 утверждениям, связанным с восприятием смерти, смыслом жизни и верой в загробную жизнь. Оригинальные анкеты разработаны на основе афоризмов классиков и психологов. Предлагали 3 варианта ответа: «согласен», «не согласен» и «затрудняюсь ответить».

Выяснено, что старым и молодым людям жизнь иногда кажется бессмысленной (в 38,4% и 49,5%). Как известно, наличие смысла жизни придает силу жить и держать конфернт со смертью. В загробную жизнь верят равное количество пожилых и молодых – 48,7% и 40,5%. Считается, что именно страх смерти лежит в основе веры в религии, в которых смерть «обессмерчивается» (И. Ялом, 2008). При равной вере в загробную жизнь пожилые имели более смиренное отношение к смерти. Они согласны с утверждением «Бог дал, Бог взял» в 84,6%, тогда как студенты лишь в 39,4%. Соответственно не согласны с данным утверждением – 5,1% и 31,5%.

В возможность моральной победы над страхом смерти верит каждый второй старик и студент. Пожилые чаще молодых полагают на значение силы духа в данном вопросе (72,2% против 47,3%). Пожилые люди, как и студенты, более чем в 60% однотипно согласны с тем, что человек, сильно боящийся смерти, почти не живет. Более чем 40% представителей обеих групп полагают, что грех жаловаться на судьбу, если прожито более 70 лет.

Таким образом, среди пожилых и молодых каждый второй верит в загробную жизнь, однако каждый второй не верит в возможность победы над страхом смерти. В ГЦ целесообразна психологическая работа по преодолению страха смерти. Людям больно вглядываться в смерть, однако эта боль заставляет любить и ценить жизнь. Смелый взгляд на смерть прогоняет мрак жизни.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ

С.А. Гордеев², А.А. Зусьман¹, А.В. Турбин¹

¹ Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского

² Научный центр неврологии РАМН, Москва

Невралгия тройничного нерва (НТН) – «болезнь пожилых» с дебютом на 6–7 десятилетия жизни. Наиболее вероятной причиной развития НТН является компрессия тройничного нерва на интра- или экстракраниальном уровне извитым сосудом вертебрально-базиллярного бассейна у больных с атеросклерозом и артериальной гипертензией.

Нами были пролечены 41 пациент с НТН в фазе обострения и сопутствующей цереброваскулярной патологией. Обследование пациентов включало в себя: неврологический осмотр, контроль АД, анкетирование при помощи шкалы депрессии Бека, визуально аналоговой шкалы боли, болевого опросника Мак-Гилла, нейрофизиологическое исследование – экстероцептивная супрессия (ЭС) и ноцицептивный флексорный рефлекс (НФР). Пациенты были поделены на две группы: 1 пациенты, принимающие противоболевую и гипотензивную терапию, 2-пациенты, не принимающие гипотензивную терапию. Противоболевая терапия включала финлепсин в дозе 1000 мг в сутки, азафен в дозе 75 мг в сутки. Подбор гипотензивной терапии у пациентов контролирующего давление был индивидуальным. В обеих группах до лечения были достоверно высокий уровень депрессии. Согласно опроснику Бека, он составил $24,3 \pm 3,1$ баллов. Интенсивность боли по ВАШ составляла $7,3 (\pm 1,1)$ балла. Ранговый уровень боли по опроснику Мак-Гилла по эвлюативной шкале был достоверно высокий, так же как и уровень сенсорно аффективных расстройств. В обеих группах отмечено достоверное снижение порога НФР, а так же снижение порога субъективной болевой чувствительности, укорочение позднего периода ЭС, а так же удлинение латентности позднего периода ЭС. Повторное обследование показало, что у группы пациентов принимающих гипотензивную терапию, наряду с противоболевой, отмечалась положительная динамика в виде снижения уровня интенсивности болевого синдрома до $4,12 \pm 1,14$ баллов ВАШ на 7–10 день от начала лечения. В группе 2 аналогичные изменения отмечены только 22–28 день. Согласно Мак-Гилловскому опроснику, после лечения группы различались по обоим показателям. В первой группе получено достоверное снижение ($p < 0,05$) обоих показателей (рангового уровня боли и количества дискриптов) через 12 дней, в группе 2 – на 22–28 день от начала лечения. Данные нейрофизиологического обследования показали, что в обеих группах отмечается положительная динамика. функционального состояния антиноцицептивных систем в конце курса лечения, о чем свидетельствует достоверное увеличение позднего периода ЭС ($26,12 \pm 4,34$ мс в 1-ой группе, до $25,34 \pm 5,09$ мс) а также достоверное увеличение порога НФР до $9,06 \pm 1,12$ мА в 1-й группе и до $8,84 \pm 1,23$ мА во 2-й.

Проводимая комплексная фармакотерапия была эффективной в обеих группах. Однако, при контролируемой артериальной гипертензии регресс болевого синдрома отмечен в более короткие сроки (10–14 дней) и по данным нейрофизиологических исследований был более полным, тогда как при неконтролируемой артериальной гипертензии сроки купирования болевого синдрома увеличивались в 2 раза и восстановление функции антиноцицептивных систем было менее значительным.

ПОЛОВЫЕ РАЗЛИЧИЯ И ВОЗРАСТНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ ПОТРЕБЛЕНИЯ НЕКОТОРЫХ ПСИХОТРОПНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

В.И. Гудошников, Р. Петерсен

Санта Мария, штат Рио-Гранди-до-Сул, Бразилия

Ранее нами были показаны отчетливые половые различия в потреблении антидепрессивных (АД) и бензодиазепиновых (БЗ) лекарственных средств в популяции Северо-Западного региона, расположенного вблизи от города Ижуи, в штате Рио-Гранди-до-Сул, Бразилия. Действительно, отношение женский пол/мужской пол было примерно 2:1 для потребления большинства психотропных лекарств этих двух групп. Однако, в наших предыдущих работах не была оценена возрастная зависимость потребления лекарств. Поэтому, мы предприняли предварительное исследование, чтобы установить как половые различия, так и возрастную зависимость потребления психотропных лекарств. Как и ранее, мы организовали сбор данных в коммерческой аптеке города Ижуи, используя национальную бразильскую систему специальных рецептов на контролируемые психотропные лекарства. Период сбора данных пришелся на вторую половину 2006 года, и пол пациента был установлен по его имени. В целом, были проанализированы 76 и 125 рецептов для АД и БЗ соответственно. В более чем половине случаев, возраст пациента был идентифицирован фармацевтом в момент получения рецепта. Как и в наших предыдущих работах, были установлены отчетливые половые различия, демонстрируя преобладание женского пола в потреблении большинства изученных психотропных лекарств. Например, доли женского пола в количествах потребленных АД были 87,5%, 87,4%, 68,4% и 68,0% для флуоксетина, венлафаксина, пароксетина/имипрамина и нортриптилина соответственно, но только 42,2% для амитриптилина. С другой стороны, доли женского пола в количествах потребленных БЗ были 87,3%, 77,8%, 69,4% и 66,7% для альпразолама, бромазепама, клоназепама и лоразепама соответственно, но только 33,3% для диазепама. Что касается числа рецептов с идентифицированным возрастом пациента, то большинство потребителей женского и мужского пола были старше 40 лет, хотя для БЗ эта возрастная разница была менее выраженной, по крайней мере, для женщин. Полученные результаты свидетельствуют о том, что изучение половых различий, вместе с возрастной зависимостью, для потребления лекарственных средств должно быть продолжено и даже расширено, включая другие группы разных лекарств.

ПРЕДИКТОРЫ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ СУДОРОВ РАННЕГО ПЕРИОДА ИНСУЛЬТА

Е.Ю. Дьячкова¹, И.Г. Рудакова, А.С. Котов

¹ Городская клиническая больница, г. Мытищи,

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

Эпилепсия у больных пожилого возраста является третьей по частоте неврологической проблемой после цереброваскулярных заболеваний и деменции. Частота случаев эпилепсии у пожилых увеличивается с возрастом, составляя 15 на 100 000 населения в возрастной популяции 50 лет и достигая 45–50 на 100 000 населения в возрасте 60–75 лет. Риск развития эпилепсии у лиц старше 70 лет даже выше, чем в первые 10 лет жизни.

Наиболее актуальным этиологическим фактором эпилепсии пожилого возраста являются сосудистые заболевания головного мозга, в том числе инсульт (48,3%). Постинсультная эпилепсия (ПИЭ) составляет 30–35% симптоматической эпилепсии взрослых, причем риск ее развития в возрасте 17–39 лет составляет 3%, после 60 лет – 45%. Судороги раннего периода инсульта (РС), – развивающиеся в первую неделю заболевания существенно ухудшают тяжесть состояния, возможности реабилитации и расцениваются как фактор неблагоприятного прогноза инсульта.

Целью настоящего исследования было изучение предикторов развития РПС у больных с ишемическим и геморрагическим исходом.

Материал и методы. В исследование включено 98 пациентов в возрасте от 62 до 82 лет с ишемическим (ИИ) (n = 77, 78,5%) и геморрагическим (ГИ) (n = 21, 24,4%) инсультами, поступившим в неврологическое отделение № 2 Мытищинской ГКБ в первом полугодии 2008 г. Всем проведена нейровизуализация (КТ/МРТ) в течение периода пребывания в стационаре с оценкой характера инсульта и размера очага поражения головного мозга.

РПС существенно чаще (p < 0,0001) отмечались у больных с ГИ по сравнению с ИИ: 8 (38%) и 4 (3,08%) соответственно. У всех пациентов с РПС вторично генерализованные судороги с расстройством сознания отмечались в первые часы и сутки заболевания, однако у больных с ИИ они в дальнейшем не повторялись, в отличие от больных с ГИ, у которых отмечались повторные эпизоды РПС на 2–4 сутки заболевания. РПС всегда соответствовало нарастание тяжести состояния.

Из 8 пациентов ГИ с РПС у 5 был идентифицирован обширный очаг кровоизлияния размерами 5,0–12,0 см³, у 3 из них с прорывом крови в желудочки мозга. У всех имел место летальный исход: у 5 – в первую неделю заболевания, у 3 – в первый месяц. Из 13 пациентов с ГИ без РПС у 3 очаги в среднем имел меньшие размеры: 3–5 см³ (n = 5) и 0,5–1,5 см³ (n = 10), локализовались в глубинных отделах полушарий и подкорковых структурах. Летальных исходов не отмечено.

В группе пациентов с ишемическим инсультом у 7 (9%) отмечено угнетение сознания в дебюте инсульта, у 4 из них в сочетании с тонико-клоническими судорогами. У всех обнаружены обширные (6,0–12,0 см³) ишемические очаги в височной области, констатирована сочетанная патология сердца в форме пароксизмальной мерцательной аритмии, кардиоэмболический подтип инсульта, гипертоническая болезнь и благоприятные исходы.

Выводы. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что предикторами возникновения РПС являются: ГИ, обширность очага поражения при всех типах инсульта, мерцательная аритмия в сочетании с артериальной гипертензией у больных с ИИ. РПС значительно ухудшают прогноз выживания, особенно для больных ГИ.

ВЛИЯНИЕ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА НА ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПЕРИОДА ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ИНСУЛЬТА

Е.В. Исакова, Т.В. Волченкова

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

Введение: Церебральный инсульт (ЦИ) при сахарном диабете 2 типа (СД2), как и инфаркт миокарда, облитерирующее поражение периферических артерий нижних конечностей относят к его «поздним» макроваскулярным осложнениям (макроангиопатиям). Результаты эпидемиологических исследований показали, что риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний увеличивается уже на стадии нарушения толерантности к глюкозе. Тенденции увеличения распространенности СД2 и ЦИ обуславливают актуальность изучения коморбидности этих заболеваний.

Цель исследования: оценить влияние нарушений углеводного обмена различной степени на течение и исход церебрального инсульта.

Материалы и методы: проведена оценка результатов лечения 78 больных (38 женщин и 40 мужчин в возрасте от 31 до 80 лет) с диагнозом церебральный инсульт, поступивших в стационар в остром периоде. В зависимости от данных анамнеза и результатов ОГТТ, были сформированы три группы: 1-я группа – с нормогликемией (22 больных), 2-я группа – с нарушением гликемии натощак и нарушением толерантности к глюкозе (НГН/НТГ) (25 больных) 3-я группа – больные сахарным диабетом 2 типа (СД2) (31 больной). Уровень гликемии в ОГТТ определяли в центральной капиллярной крови анализатором «НетоСие Glucose 201+». Всем больным в динамике проведена оценка неврологического статуса по шкалам Рэнкина и NIHSS, КТ головного мозга.

Результаты исследования: в исходе заболевания тяжесть инсульта у больных СД2 была достоверно выше (p < 0,005), чем у больных с нормогликемией и НГН/НТГ (оценка по шкале Рэнкина: 4,4 ± 0,3; 3,7 ± 0,3; 3,9 ± 0,3 соответственно; по шкале NIHSS: 11,4 ± 1,9; 8,8 ± 1,8; 9,3 ± 1,6 соответственно). Восстановление функций у больных СД2 происходило достоверно (p < 0,005) медленнее, чем в 1-й и во 2-й группах (по шкале Рэнкина 3,9 ± 0,4, 2,5 ± 0,4, 3,0 ± 0,4 соответственно; оценка по шкале NIHSS соответственно: 8,0 ± 1,4, 5,1 ± 1,7; 5,9 ± 1,3). Соотношение числа случаев ишемического и геморрагического инсульта в группе больных без нарушения углеводного обмена составило 6,3:1; в группе с НГН/НТГ – 9:1 и в группе больных СД2 – 12:1. В первой группе инсульт развился повторно у 9 пациентов (38%), во второй – у 10 (39,0%), в третьей у 14 (46,7%).

Выводы: выраженность неврологического дефицита у больных СД2 при развитии инсульта более значительна и восстановление утраченных функций происходит медленнее. У больных СД2 типа чаще развиваются ишемические инсульты, чем у пациентов с НГН/НТГ или нормогликемией. Риск развития повторного инсульта у пациентов СД2 более высокий.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ИНСУЛЬТА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПО ДАННЫМ ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО РЕГИСТРА

Е.В. Исакова, Т.В. Волченкова

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

Введение: С 2003г. в Московской области ведется активная работа по созданию Территориального Регистра Сахарного Диабета, в задачи которого входит ежегодная регистрация всех случаев СД, анализ распространенности и заболеваемости СД типа 1 и 2, анализ эпидемиологии осложнений СД, анализ летальности от диабета и др.

Источником информации служит документация официальной статистики (статистический талон, амбулаторная карта поликлиники, история болезни стационара, карта снятия с учета). Регистр позволяет контролировать распространение данной болезни и ее осложнений. В настоящее время в Регистре Сахарного Диабета Московской области содержатся сведения о 145 215 больных СД, проживающих на территории и наблюдающихся в различных лечебно-профилактических учреждениях МО.

Цель исследования: провести анализ заболеваемости и распространенности осложнений сахарного диабета 2 типа (СД2) по данным Территориального Регистра за 2006–2008 гг. Материалы и методы: Проанализированы данные Территориального Регистра за 2006–2008гг.

Результаты исследования: Заболеваемость СД2 типа в 2006 г. составила 12143 (мужчин 3434, женщин 8709), в 2007 г. – 13116 (13843 и 9273), в 2008 г.-14209 (4430 и 9779) на 100 тыс. населения. Таким образом заболеваемость СД2 неуклонно возрастает. Распространенность ЦИ у больных СД2 с учетом пола в существенно не изменяется и составляет в 2006 г. у мужчин 2090 (6,65%), у женщин 5964 (5,76%), в 2007 г. у мужчин 2274 (6,57%), у женщин 6230 (5,65%), в 2008 г. 2555 (6,66%) и 6717 (5,70%) на 100 тыс. населения соответственно. Вероятность развития ЦИ коррелирует с длительностью заболевания СД2. По данным за 2006 г. вероятность развития ЦИ при длительности СД2 менее 5 лет составила 2548 (4,57%), 5–9 лет – 2216 (5,85%), 10–14 лет 1437 (7,33%), более 15 лет 1851 (8,51%), то есть возрастает. Результаты за 2007 и 2008 гг. аналогичны и существенно не отличаются.

Заключение: По данным Территориального Регистра Сахарного Диабета заболеваемость СД2 в Московской области неуклонно увеличивается. Вероятность развития ЦИ прямо пропорционально длительности заболевания СД2. У мужчин СД2 осложняется инсультом чаще, чем у женщин.

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПЕРИОДА ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ИНСУЛЬТА
У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА**

Е.В. Исакова, Т.В. Волченкова

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

Введение: Частота церебрального инсульта (ЦИ) при сахарном диабете 2 типа (СД2) далеко выходит за рамки случайного совпадения двух заболеваний. Сочетание ЦИ и СД2 взаимно утяжеляет течение и исход обоих. Большинство исследователей, изучавших распространенность сосудисто-мозговых расстройств в популяции, приходят к выводу, что СД2 является весомым фактором риска развития инсульта наряду с возрастом, гипертонической болезнью, гиперхолестеринемией, сердечно-сосудистой патологией.

Цель исследования: выявить особенности течения острого периода ЦИ у больных СД2.

Материалы и методы: обследован 31 пациент (12 мужчин и 19 женщин), страдающий СД2 и поступивший в неврологический стационар в первые трое суток от начала развития инсульта. Средний возраст больных составил $68,7 \pm 1,6$ лет. У всех пациентов собран анамнез, в динамике оценен неврологический статус, проведены лабораторные и инструментальные методы исследования.

Результаты исследования: У 29 больных СД2 (93,55%) развился ишемический инсульт, у 2 (6,45%) – геморрагический. У 14 пациентов (45,1%) ЦИ развился впервые, у 17 (54,9%) в анамнезе было 2 или более инсультов. У 80,6% больных помимо эндокринной патологии выявлена гипертоническая болезнь, 61,3% исследуемых страдали ишемической болезнью сердца. Общая смертность составила 19,4%. Непосредственными причинами летальных исходов явились острая сердечно-сосудистая недостаточность, отек головного мозга с вторичным дислокационным синдромом, декомпенсация диабетических обменных нарушений.

Заключение: У больных СД2 в структуре ЦИ превалирует ишемический тип, инсульт имеет тенденцию к повторению. Большинство пациентов имело сопутствующие факторы риска для развития мозгового инсульта.

**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИЕЙ,
СТРАДАЮЩИХ АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Ж.И. Капустенская

Иркутский государственный институт усовершенствования врачей

Аффективные расстройства у лиц пожилого и старческого возраста на фоне имеющейся соматической патологии являются достаточно широко распространенной проблемой современной гериатрии. Тревога и/или депрессия значительно ухудшают качество жизни, снижают эффективность лечебных мероприятий и затрудняют реабилитацию больных.

Цель исследования: оценить качество жизни у больных пожилого и старческого возраста с хронической церебральной ишемией (ХЦИ), страдающих тревожными и депрессивными расстройствами; оценить переносимость идебенона, изучить его влияние на эмоциональную сферу и качество жизни больных дисциркуляторной энцефалопатией с аффективными расстройствами.

Материалы и методы. Было обследовано 407 больных в возрасте от 65 до 74 лет с хронической церебральной ишемией, из них мужчин – 46,7%, женщин – 53,3%. Преобладали пациенты с дисциркуляторной энцефалопатией II стадии (ДЭ II) – 382 (93,9%).

Оценка состояния тревоги и депрессии проводилась с использованием скрининговой госпитальной шкалы HADS (Hospital Anxiety and Depression scale), разработанной Zigmund A.S. и Snaith R.P. специально для соматических больных, оценка качества жизни (КЖ) – при помощи неспецифического опросника SF-36.

Результаты. Аффективные расстройства выявлялись у 61,9% пациентов. Причем в большинстве случаев диагностирована субклиническая тревога (71,7%) и субклиническая депрессия (85,5%). Коморбидность тревоги и депрессии встречалась у значительного числа обследованных (81,7%). При проведении сравнительного анализа по шкалам качества жизни отмечены более низкие показатели у пациентов с аффективными расстройствами, причем статистически достоверные различия выявлялись по векторам «жизнеспособность», «социальная активность», «ролевое эмоциональное функционирование» и «психическое здоровье», определяющим эмоциональное благополучие.

В группу наблюдения были включены 10 пациентов с ХЦИ, страдающих тревожными и депрессивными расстройствами. В контрольную группу вошли 10 человек с аналогичной патологией. Все пациенты получали медикаментозную терапию согласно формализованным протоколам ведения неврологических больных. Пациенты 1-й группы в дополнение к этому получали идебенон (нобен ОАО «Мосхимфармпрепараты») в дозе 60 мг/сут в течение 20 дней. За время проводимого лечения идебеноном не было выявлено побочных реакций. Применение идебенона сопровождалось нормализацией эмоционального фона у 90% пациентов, повышением интереса к жизни (80%), повышением комплаентности к лечению, объективным уменьшением степени выраженности аффективных расстройств (преимущественно тревожных проявлений на $3 \pm 0,24$ балла), а также после курса проведенного лечения идебеноном отмечено улучшение показателей блоков качества жизни, определяющих не только эмоциональное, но и физическое благополучие (средняя величина эффекта 0,21).

Выводы. Выявлена значительная распространенность тревожных и депрессивных расстройств у геронтов с хронической церебральной ишемией, а также высокая коморбидность тревоги и депрессии в данной группе пациентов. Проведенное исследование показало, что применение идебенона у больных дисциркуляторной энцефалопатией улучшает качество жизни лиц пожилого и старческого возраста, оказывает положительное влияние на эмоциональную сферу и не вызывает побочных эффектов, что является одним из основных критериев выбора медикаментозного препарата в гериатрической практике.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЗОЛПИДЕМА В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Т.В. Капустенская, Е.Б. Таевская, И.В. Ламм, А.Н. Бедина

Клинический госпиталь ветеранов войн, г. Иркутск

Жалобы на нарушения сна предъявляют 24% населения, а у людей в возрасте старше 60 лет подобные жалобы встречаются в 3–4 раза чаще. До сих пор фармакотерапия нарушений сна остается сложной проблемой, особенно у геронтологических пациентов в связи с ограничениями из-за многочисленных нозологий.

Целью нашего открытого несравнительного исследования явилось изучение переносимости золпидема (Санвала) геронтами в случае «монотерапии» (без учета 3–5 базовых препаратов) и в сочетании с нейротропными и психотропными препаратами.

В исследование были включены 65 пациентов от 70 до 95 лет (средний возраст 78 лет), из них женщин – 52 (80%), мужчин – 13 (20%), без выраженных нарушений функций печени и почек. Все они страдали хроническими формами недостаточности мозгового и коронарного кровообращения на фоне атеросклероза и АГ. Из них 16% в прошлом перенесли ОИМ, у 10,5% имелись последствия ишемического инсульта, 23% страдали сахарным диабетом 2 типа, у 84% был хронический болевой (вертеброгенный или артрогенный) синдром, хронические заболевания легких – у 5,1%. Распределение церебральных неврологических синдромов: экстрапирамидные нарушения – 36%, вестибуло-координаторные расстройства – 52,8%, неврозы и реактивные расстройства – 42%, умеренные когнитивные расстройства – 32%, выраженные (легкая деменция) – 8,2%.

В инструкции по применению золпидема (Санвала) для пациентов старше 65 лет рекомендована доза 5 мг (максимальная 10 мг/сутки). Терапию в дозе 5 мг на ночь в течение 10–20 дней без сочетания с антидепрессантами, противопаркинсоническими, атипичными транквилизаторами получали 12 человек (18,4%). В 1 случае в связи с неэффективностью даже после повышения дозы до 10 мг золпидем (Санвал) был отменен с переходом на комбинацию нитразепама с пиразидолом. В дозе 10 мг на ночь препарат получали 13 человек (20%). В этой группе в 1 случае из-за усиления вестибуло-координаторных нарушений доза Санвала была уменьшена до 5 мг, и в 1 случае препарат был отменен в связи с необходимостью назначения психотропных средств (после консультации психиатра). У 40 пациентов (61,6%) применение золпидема (Санвала) в дозе 5 мг на ночь сочеталось: – с антидепрессантами ИМАО (пиразидол 25–50 мг 2 раза в сутки) – 15,38% (10 человек); – с СИОЗС флуоксетин 10 мг утром или феварин 50 мг вечером) – 20% (13 человек); – с «дневными» транквилизаторами (грандаксин 10 мг 2 раза в день или мезапам 5–10 мг утром) – 18,4% (12 человек); – с анксиолитиком (атаракс 12,5 мг 2 раза в день) – 3% (2 человека); – с финлепсином (100 г 2 раза в течение многих лет) – 3% (2 человека); – с противопаркинсоническими (проноран, наком или юмекс) – 10,7% (7 человек).

Во всех случаях как при монотерапии так и при сочетании с вышеуказанными препаратами применении золпидем (Санвал) хорошо переносился, отмечалась «субъективная» эффективность в 96% случаев. Побочных эффектов, вызвавших ухудшение состояния (в том числе астении или снижения двигательной и умственной активности) или отмену препарата не отмечено. В 25% случаев отмечена нормализация формулы сна с редукцией дневной сонливости.

Таким образом, с учетом высокой безопасности и эффективности препарата, золпидем (Санвал) можно рекомендовать к применению геронтологическим пациентам с индивидуальным подбором дозы от 5 до 10 мг на ночь. При необходимости под наблюдением врача препарат может сочетаться с небольшими дозами антидепрессантов (ИМАО, СИОЗС), «дневных» транквилизаторов, анксиолитиков, принимавшихся ранее по поводу болевого синдрома противозепитических, противопаркинсонических препаратов.

ДИНАМИКА НЕЙРОПЛАСТИЧНОСТИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ В УСЛОВИЯХ КОРРИГИРОВАННОГО КЭАЭ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО КРОВОТОКА

И.А. Козлова, С.В. Котов, П.О. Казанчян, Р.Н. Ларьков, А.В. Есаян

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

Введение: Эффективность каротидной эндартерэктомии (КЭАЭ) в профилактике ишемических нарушений мозгового кровообращения у пациентов с симптомным стенозом сонных артерий более 70% доказана многочисленными исследованиями (NASCET, ECST). Вопрос о ее влиянии на состояние неврологических функций до настоящего времени остается дискуссионным.

Цель исследования: анализ восстановления нарушенных вследствие ишемического инсульта (ИИ) функций у пожилых пациентов с атеросклеротическими стенозами внутренних сонных артерий (АС ВСА).

Методы: обследовано 110 пациентов с ИИ в каротидном бассейне, имевших АС ВСА на стороне очага, из них 46 пациентов в возрасте 65–74 лет. I группе пациентов была выполнена КЭАЭ от 1 мес до 5 лет после ИИ. II группа пациентов, перенесших ИИ за 1–12 мес до начала исследования, получала консервативную терапию. В предоперационном периоде и в течение последующего года (3, 6, и 12 мес) оценивали общее самочувствие пациентов, нейростатус по шкале NIH-NINDS, нейропсихологический статус, используя краткую шкалу оценки психического статуса MMSE, тест рисования часов, тест повторения цифр, «батарею лобной дисфункции», функциональное состояние, используя индекс Бартел, качество жизни с помощью опросника EQ5D, дуплексное сканирование (ДС) ПЦА.

Результаты: в I группе пациентов отмечено достоверное снижение субъективных проявлений, неврологический дефицит по шкале NIH-NINDS в течение года снизился с $8,4 \pm 0,3$ до $5,9 \pm 0,2$, показатель шкалы Бартел с $73,2 \pm 1,6$ до $90,1 \pm 2,1$ ($p < 0,05$), качество жизни повысилось вдвое ($p < 0,05$). Отмечены достоверные изменения когнитивных нарушений (шкала MMSE- $25,7 \pm 2,2$, в предоперационном периоде – $23,4 \pm 0,2$, тест рисования часов – $8,9 \pm 0,01$, $7,2 \pm 0,4$ соответственно, тест повторения цифр – $68,5 \pm 2,3$ и $62,6 \pm 2,5$, «батарея лобной дисфункции» – $16,3 \pm 0,1$ и $14,7 \pm 1,2$, $p < 0,05$). Повторное нарушение мозгового кровообращения (ПНМК) составило 2,7%. У пациентов II группы было зарегистрировано почти полное отсутствие динамики неврологического статуса, когнитивных функций, функционального состояния в течение всего периода наблюдения, ПНМК составило 9%. ДС подтверждало наличие адекватно скорректированного нарушенного кровотока по ПЦА.

Заключение: Полученные данные свидетельствуют о том, что наличие гемодинамически значимого стеноза ВСА является прогностически неблагоприятным фактором в отношении восстановления функций, нарушенных вследствие инсульта. Устранение же стеноза путем КЭАЭ приводит к возобновлению восстановительного потенциала вследствие активизации процессов нейропластичности на фоне повышения мозгового кровотока.

ИДЕБЕНОН В ЛЕЧЕНИИ ХОРЕИ ГЕНТИНГТОНА

С.В. Котов, О.П. Сидорова, А.С. Котов

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

Цель исследования: оценить эффективность препарата нобен (идебенон) в лечении хорей Гентингтона.

Материал и методы исследования: обследовано 19 больных хореей Гентингтона, 11 лиц мужского пола и 8 – женского в возрасте от 38 до 68 лет. Нобен (идебенон) назначали по 2 капсулы утром и 1 капсуле днем (в 1 капсуле – 30 мг препарата). Обследование проводили до, через 1, 3 и 6 мес. после начала приема препарата. Проводили балльную оценку когнитивных нарушений с помощью краткой оценки психического статуса пациента (MMSE) (максимальное число баллов – 30).

Результаты: в большинстве случаев отмечались нетяжелые двигательные нарушения – до 15 баллов по Унифицированной шкале для болезни Гентингтона (УШБГ). Максимальное число баллов для самых тяжелых нарушений – 28. Для Коррекции хореического гиперкинеза назначали нейролептики. Некоторым больным при отсутствии выраженных двигательных нарушений кроме нобена ничего не применяли. До приема нобена в среднем у больных имелись значительные когнитивные нарушения. Средний балл по шкале MMSE составил 21,05. В большинстве случаев средний балл варьировал от 20 до 24. У 3 больных было 19 баллов, у одного – 9 баллов, у 3 больных – 27–28 баллов. Уже через 1 месяц приема нобена в 90% случаев отмечено улучшение когнитивных функций. Средний показатель MMSE увеличился до 23,9 баллов. Прирост составил в среднем 3 балла. Со слов одного больного у него настолько улучшилась память, что он стал отгадывать кроссворды. Суммарный балл у него увеличился с 24 до 28. У больного несколько уменьшился гиперкинез. Через 3 месяца лечения нобеном средний балл по шкале MMSE увеличился до 25,1 балла. Улучшение отмечено уже в 93% случаев. Прирост в большинстве случаев составил 3 балла. Через 6 месяцев лечения нобеном средний балл по шкале MMSE увеличился до 25,3 баллов. В ряде случаев отмечено улучшение двигательных нарушений, даже при отсутствии приема нейролептиков.

Выводы: нобен (идебенон) оказал положительное влияние на когнитивные функции у больных хореей Гентингтона. Улучшение наступало уже через месяц приема препарата. У части больных увеличение числа баллов по шкале MMSE продолжалось и через 6 месяцев приема препарата. Препарат является необходимым для постоянного приема больными миопатией. Нобен следует ввести в стандарты лечения больных хореей Гентингтона. Для улучшения когнитивных нарушений нобен может заменить другие препараты, влияющие на когнитивные функции.

**НАСЛЕДСТВЕННЫЕ ФАКТОРЫ ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ИЗВИТОСТИ ПРЕЦЕРЕБРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ
У ВЗРОСЛЫХ БОЛЬНЫХ С ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

С.В. Котов, О.П. Сидорова, Н.М. Поплавская, А.С. Котов

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

Цель исследования – определить роль генетических факторов в развитии аномалии прецеребральных артерий у взрослых больных с цереброваскулярной патологией путем оценки частоты наследственных синдромов.

Материал и методы. Обследовано 24 больных в возрасте от 40 до 71 г с последствиями ишемического инсульта. У всех больных выявлена аномалия прецеребральных сосудов. Для диагностики наследственной патологии соединительной ткани были использованы диагностические критерии синдрома Элерса-Данло, разработанные Мак Кьюстиком и Де Паепе. При изучении фенотипических особенностей у больных применяли метод дерматоглифики.

Результаты. Среди 24 исследованных 87,5% больных составили женщины, 12,5% – мужчины в возрасте от 40 лет до 71 г. У всех больных имелась неврологическая симптоматика, обусловленная последствиями перенесенного ишемического инсульта. Также у всех больных выявлена аномалия прецеребральных артерий. Был проведен скрининг на выявление наследственной синдромальной патологии соединительной ткани. У 2 больных был диагностирован синдром Элерса-Данло, у 2 – недифференцированная дисплазия соединительной ткани. Среди всех исследуемых больных, таким образом, в 16,7% были случаи наследственной синдромальной патологии соединительной ткани. У 4 больных (17,4%) были легкие признаки заинтересованности соединительной ткани, гипермобильность суставов – 1–2 балла. В целом различная выраженность поражения соединительной ткани определялась в 33,3% случаев. При исследовании фенотипических особенностей методом дерматоглифики дистальное смещение осевого ладонного трирадиуса было в 90% случаев (в контроле – в 44,9%), ($p < 0,05$). Трирадиус t° определяли у 10% больных (в контроле 2,4%), ($p < 0,05$).

Выводы: Проведенное исследование показало вклад генетических факторов в развитии аномалии прецеребральных артерий у взрослых больных. Около 1/3 пациентов имели признаки слабости соединительной ткани различной степени выраженности. Таким образом, соединительно-тканная недостаточность определяет повышенный риск развития аномалии прецеребральных артерий у взрослых больных.

НОВОЕ В ЛЕЧЕНИИ МИАСТЕНИИ

С.В. Котов, О.П. Сидорова, А.С. Котов, Д.И. Зверев

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

Цель исследования: оценить эффективность препарата пантокальцин и холина альфосцерата (церепро) в лечении миастении.

Материал и методы исследования: было обследовано 8 больных в возрасте от 19 до 71 года (6 больных с применением пантокальцина и 2 – холина альфосцерата (церепро). Осмотр проводили до и после приема 1 таблетки (0,25) пантокальцина и холина альфосцерата (церепро)(400 мг).

Результаты: улучшение после приема пантокальцина было отмечено у 4 из 6 больных. У больной 71 г через 1 час после приема пантокальцина сила мышц увеличилась на 0,5 балла, через 2 часа – на 1,5 балла и через 3 часа сила подвздошно-поясничной мышцы и мышц шеи стала 5 баллов. Эффект сохранялся 5 часов. Через 6 часов сила уменьшилась на 0,5 балла. У больной 48 лет сила двуглавой мышцы плеча составила 3 балла справа и 3,5 балла слева, сила дельтовидной мышцы – 4 балла, подвздошно-поясничной мышцы справа 3,5 балла, слева – 3 балла. Самостоятельно могла присесть и встать 2 раза. Через час после приема 1 таблетки пантокальцина сила мышц нормализовалась. Больная могла самостоятельно присесть и встать 20 раз. Такой эффект длился 4 часа. Через 5 часов и 8 часов – также 17 раз. Улучшение отмечено и у больной 52 лет, она смогла присесть 11 раз (до приема пантокальцина – 7 раз). У больной 48 лет слабость смыкания век уменьшилась с 4 до 4,5 баллов, прекратилось легкое поперхивание. Сила мышц шеи выросла с 3,5 до 4 баллов, дельтовидной мышцы – с 3,5 до 4 баллов, трехглавой мышцы плеча – с 4 до 5 баллов, четырехглавой мышцы бедра – с 4 до 5 баллов. У 2 больных улучшения не было. У больной 68 лет до приема препарата холина альфосцерат (церепро) сила в правой кисти была 4,5 кг, в левой – 1 кг, в подвздошно-поясничной мышце – 2,5 балла, в четырехглавой мышце бедра – 2,5 балла. Через 1 час сила в правой кисти выросла с 4,5 кг до 8 кг, в левой – с 1 кг до 3,5 кг, в подвздошно-поясничной мышце – с 2,5 баллов до 3 баллов, нормализовалась сила четырехглавой мышцы бедра. У больной 25 лет после приема препарата нормализовалась сила двуглавой мышцы плеча. Наросла сила в кистях (в правой с 7 до 10 кг, в левой с 2 до 13 кг).

Выводы: препараты церепро и пантокальцин положительно влияли на мышечную силу при миастении. Церепро может применяться как антихолинэстеразный препарат. Пантокальцин увеличивает синтез ацетилхолина.

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ В ЛЕЧЕНИИ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА
У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА**

В.Ю. Лиждвой, Т.И. Якушина

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

Введение: продолжительность жизни пациентов с рассеянным склерозом достоверно не отличается от средней продолжительности жизни всего населения. Улучшение качества жизни данной категории пациентов становится актуальной задачей в настоящее время. Ведущую роль в решении этой задачи играет применение иммуномодулирующей терапии, изменяющей течение патологического процесса.

Цель: изучить особенности применения иммуномодулирующей терапии у пациентов в возрасте старше 60 лет.

Материалы и методы: использованы амбулаторные карты больных рассеянным склерозом консультативно-диагностического отделения МОНКИ, результаты осмотра специалистами отделения неврологии МОНКИ. Для диагностики рассеянного склероза использовались критерии W.J. McDonald, неврологический статус оценивался по шкале инвалидизации Куртцке (EDSS), оценка качества жизни проводилась по опроснику FAMS.

Результаты: В регистре больных рассеянным склерозом в Московской области состоит 26 больных в возрасте от 60 до 75 лет, из них 20 женщин и 6 мужчин, в структуре стойкой нетрудоспособности преобладает 2 группа инвалидности у 70,4%, остальные пациенты являются инвалидами 1 группы. В данную группу пациентов входят больные с первично-прогрессирующим (30%), ремитирующим (10%) и вторично-прогрессирующим (60%) течением. Иммуномодулирующую терапию в этой возрастной категории получает 6 пациентов: копаксон (N = 1, EDSS = 2,5 балла), ребиф 44 мкг (N = 1, EDSS = 2,5 балла) и бетаферон (N = 4, EDSS = 3,5; 4,5; 6,0; 6,5 балла). Продолжительность лечения, в среднем, 1,5 года. Среди побочных эффектов за время всего периода наблюдения преобладали местные реакции (у 4 пациентов, получавших копаксон и бетаферон). У пациентов, получавших интерфероны, в начальном периоде наблюдения от 3 до 5 месяцев отмечался гриппоподобный синдром, сопровождающийся усугублением неврологического дефицита. У всех пациентов не отмечалось достоверного изменения неврологического статуса по шкале EDSS. Исследование качества жизни, проведенное при помощи опросника FAMS, показало статистически значимое улучшение показателей как по отдельным параметрам, так и интегрально-го показателя.

ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ, ИМЕЮЩИХ ФАКТОРЫ РИСКА ИНСУЛЬТА, МЕТОДАМ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

Н.В. Прохорова, С.В. Котов, Е.В. Исакова

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

Цель: обучить пациентов самостоятельному воздействию на факторы риска инсульта

Методы: в исследование были включены 142 пациента с дисциркуляторной энцефалопатией I–II стадиями, имеющие факторы риска инсульта. С целью оценки соматического состояния всем наблюдавшимся пациентам проводили комплексное клиническое обследование. Обучение проводилось групповым и индивидуальным методами. Занятия проводились 1–2 раза в неделю по 30–60 мин в течение 1,5 месяца в группах от 10 до 15 человек. Метод изложения материала: лекция – беседа. На вводном занятии выясняли индивидуальные проблемы каждого пациента. В каждом занятии использовались наглядные пособия при объяснении нового материала, раздавались брошюры: «10 шагов от инсульта» подготовленные нами для пациентов и их родственников. В конце занятий отводилось время ответам на вопросы, задаваемые пациентами, а также контроль усвоенного материала на предыдущем занятии.

Пациенты вели дневники, где фиксировали цифры АД, уровень гликемии, жалобы, физическую активность, изменения в эмоциональной сфере. На занятиях пациентов знакомили с факторами риска инсульта, рассказывали об инсульте, о последствиях инсульта и его осложнениях. Пациентам объясняли правила измерения показателей АД, для чего необходим индивидуальный контроль АД. Обучали методам воздействия на факторы риска, оказанию первой помощи при кризах, экстренной помощи при повышенных цифрах АД. Объясняли принципы лекарственной терапии, цель лечения, показания и противопоказания к современным препаратам; что такое гипогликемия и гипергликемия, чем опасны эти состояния для организма (развитие ком, ранних и поздних осложнений).

Результаты: за время наблюдения в течение одного года в группе обучения не отмечено серьезных нежелательных явлений, конечных точек (инфаркт, ТИА, инсульт). В процессе обучения отмечено повышение комплаентности пациентов. Повысилась балльная оценка показателей качества жизни, таких как физическая активность и психическое здоровье. Целевые значения АД к концу года достигли 89,3% человека, уровень триглицеридов достоверно снизился у 50% пациентов. Отмечено возрастание физической активности пациентов: до обучения физическими упражнениями занималось 21%, к концу года почти в 3 раза больше – 60% человек. 9% пациентов бросили курить. В группе наблюдения целевые значения АД к концу года достигли достоверно меньшее число пациентов – 32,3%. Не отмечено положительной динамики показателей липидограммы. Ни один пациент не бросил курить, а количество выкуриваемых сигарет не уменьшилось. Рекомендаций врача придерживалось 14% человек, в конце наблюдаемого периода – 17% человек. В течение года 5 человек госпитализированы в связи с развитием ишемического инсульта, 3 госпитализации были связаны с гипертоническим кризом, у 6 пациентов отмечены ТИА.

Заключение: обучение пациентов, имеющих факторы риска инсульта, является эффективным методом, позволяющим снизить частоту развития инсульта, улучшить качество жизни пациентов, уменьшить материальные затраты на ведение больных с цереброваскулярными заболеваниями.

КРИЗИС ИДЕНТИЧНОСТИ У ПОЖИЛЫХ КАК ВАРИАНТ СОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ
В ИЗМЕНЯЮЩИХСЯ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

П.П. Пырков

Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского,
Московская Психотерапевтическая академия,
Городская клиническая больница № 7, Москва

Введение. Кризис идентичности (греч. krisis – поворотный пункт, лат. identicus – тождественный, одинаковый) означает потерю чувства самого себя как личность, неспособность принять ту роль, которая предписывается обществом, или адаптироваться к такой роли (Б.С. Положий, 1994 г.) Таким образом, кризис идентичности является формой психической дезадаптации, возникающей в ответ на стремительные и радикальные изменения в жизни общества. Клинические проявления характерны как акцентуацией личностных черт, поведенческими расстройствами, так и экзacerbацией психических заболеваний.

Цели исследования включали изучение влияния психосоциальных негативных факторов на формирование или экзacerbацию аффективных и других психических расстройств у пожилых людей.

Материал и методы. Исследование проводилось в многопрофильной клинической больнице скорой помощи с коечным фондом 1600 мест. Были использованы клиничко-лабораторный, клиничко-психопатологический, клиничко-терапевтический и статистический методы.

Результаты. Было изучено 1306 пожилых пациентов, из которых мужчин было 398 (30%). Пациенты были госпитализированы в больницу скорой помощи с различными заболеваниями. Более 92% пациентов поступили по путевкам скорой медицинской помощи, причем, 15% из них были доставлены из общественных мест (поликлиника, улица, транспорт, торговые учреждения). Остальные 85% на момент ухудшения здоровья находились дома.

Установлены следующие соматические заболевания: ишемическая болезнь сердца без инфаркта – 31%, синдром раздраженного кишечника – 6%, обострение гипертонической болезни (гипертензия) – 21%, ушибы мягких тканей головы, рук, ног при случайных падениях в квартире, на улице – 11%, переломы костей рук/ног – 15%, обострение хронического панкреатита, холестистита – 16%.

В процессе клиничко-параклинического обследования у пациентов экзacerbации заболеваний не было выявлено.

Социальный статус у пациентов был следующим:

Образование:

- высшее образование и работа по специальности до выхода на пенсию или инвалидность – 21%.
- средне-специальное – 29%
- профессионально-техническое училище – 31%,
- средняя школа – 11%,
- неполная средняя школа – 8%

Часть пенсионеров (23%) продолжала работать, но на должностях, не учитывающих знание и опыт предыдущей работы. Чаще всего (более 95%) пенсионеры с высшим образованием были вынуждены работать гардеробщицами, вахтерами, сторожами, уборщицами, продавцами. Такое снижение по «служебной лестнице» было не добровольным, а вынужденным.

Основными причинами профессиональной депривации были ликвидация учреждения или предприятия, акционирование и утрата государственного контроля над ставшими частными заводами, ликвидация профсоюзов и утрата защиты прав работающих. Вынужденное изменение профессии вызывало унижение достоинства опытного специалиста. С другой стороны, приватизация жилья и вытекающие из этого статуса желание детей/родственников лишить пожилых родителей их доли в жилье. Этот фактор для всех пожилых людей оказался самым мощным стрессом, «ударом в спину в возрасте, когда наоборот была надежда на помощь детей/внуков».

Показаниями для оказания психиатрической помощи были не вполне соответствующие результатам соматологического обследования множественные жалобы пациентов на «плохое самочувствие, отсутствие эффекта от медикаментов, подавленное настроение, снижение чувства сна». Ранее у психиатра ни один из обследованных пациентов не лечился.

Клинико-психопатологическое обследование, проведенное согласно Закону о психиатрической помощи, выявило следующие синдромы психических расстройств:

- аффективные (умеренная депрессия соматическими симптомами – F 32.11) – 24%;
- смешанные тревожно-депрессивные расстройства (F 41.2) – 37%;
- обсессивно-компульсивное расстройство с доминированием навязчивых мыслей (F 42.0) – 17%;
- реакция на стресс с пролонгированной депрессивной реакцией и расстройством адаптации (F 43.21) – 15%;
- расстройство сна (гипосомния) неорганической природы (F 51.0) – 7%;

Психических расстройств психотического регистра, амнестических и синдромов дефицита интеллекта выявлено не было.

С учетом выявленной непсихотической психической патологии в лечении были использованы два метода:

– Индивидуальная рациональная психотерапия была направлена на пересмотр самооценки пациентом сложившейся профессиональной деятельности при невозможности вернуться на прежнее место работы, давно ликвидированное, пожилому пациенту разъяснялась важность сохранения главной ценности – здоровья. На фоне реальной безработицы, невыносимой в государстве двадцать лет тому назад, приоритетным для каждого пациента-ветерана является возможность иметь физиологические возможности для выполнения работы, не всегда удовлетворяющей духовно-интеллектуальному потенциалу. Анализ, психологическое переосмысление, переключение психических переживаний, обусловленных социально-стрессовыми факторами, способствовали дезактуализации аффективных и невротических расстройств.

– Фармакотерапия включала ноотропил, эглек, мексидол, фитоседативные средства.

Все пациенты были выписаны домой со значительной дезактуализацией невротических расстройств. Было предложено продолжить амбулаторное лечение.

Выводы. Поводом для экстренной госпитализации в соматическую больницу пожилых людей не всегда служат острые соматические заболевания. У значительной части пациентов под маской соматических расстройств имеются психические расстройства, спровоцированные острым или хроническим стрессом.

Для оптимизации лечения пациентов с такими расстройствами в соматических больницах нужны штатные врачи-психиатры.

О НЕКОТОРЫХ ПРИЧИНАХ АМПЛИФИКАЦИИ ПРИ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

П.П. Пыров

*Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского,
Московская Психотерапевтическая академия,
Городская клиническая больница № 7, Москва*

Введение. Амплификация (лат. *amplificatio* – распространение, увеличение) – тенденция к восприятию, ощущению соматических ощущений как интенсивных, вредных, беспокоящих. Состоит из трех элементов: настороженность или повышенное внимание к телесным ощущениям; фиксация ощущений; аффектная, чаще тревожно-депрессивная реакция, оценка, и интеграция указанных ощущений. Чаще отмечается при соматоформных, расстройствах, расстройствах, соматизированной депрессии и органических неврозах. Пациенты с такими расстройствами относятся к группе «кочующих больных (*peregrinating patient* – F68.1), мигрирующих из одной больницы в другую, подвергая себя бесконечным и ненужным клинико-параклиническим обследованиям. Больница для таких больных необоснованно становится «вторым домом».

Цели и задачи исследования включали клинико-психопатологическое изучение пациентов многопрофильной больницы, регоспитализирующихся по 3–10 раз за год.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось в клинической многопрофильной больнице скорой помощи с коечным фондом 1600 мест. Используются клинико-лабораторный, клинико-психопатологический, клинико-терапевтический и статистический методы.

За 27 лет изучены 1108 пациентов с регоспитализациями в отделения терапевтического (75%) и хирургического профилей (хирургия печени, абдоминальной общей хирургии, гинекологическое – 25%). Мужчин в исследованной группе было 115 (10%)

Результаты. Клинико-параклиническое обследование, повторяемое при каждой госпитализации и проводимое согласно стандартам, не выявляло эскалации соматической патологии. Между тем, пациенты упорно фиксировали внимание на «жгучих болях во всем животе, чувство жжения под кожей, отсутствие аппетита и чувство сна», настаивали на «еще другие обследования на сложных аппаратах».

На фоне таких жалоб одновременно сохраняли отменный аппетит, заказывая родным ежедневно все более калорийную и в достаточном количестве домашней свежей еды. По наблюдению дежурного персонала, ночной сон практически ни у одного из обследованных не был нарушен.

Показаниями для психиатрического обследования были обильные жалобы, не подтверждаемые объективными результатами многочисленных обследований.

Психиатрическая помощь оказывалась добровольно и согласно «Закону о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании (1992)».

Клинико-anamnestические обследование установило несколько социально-стрессовых факторов, невольно имевших место в жизни пациентов за последние 1–2 года.

1. Супружеский дискомфорт с последующей супружеской фрустрацией чаще всего (69%) этот фактор был значителен в жизни женщин. Адюльтер или же, наоборот, снижение качества сексуальной жизни обуславливали формирование недовольства, неудовлетворенности, тревожности, излишней требовательности с чертами эгоизма. Чаще всего пациентки с такими характеристиками не работали, «жили в свое удовольствие», требуя от возвратившегося с работы мужа повышенного внимания. Не всегда получая желаемого, «выплескивали» недовольство на мужа/детей. Обращения за медицинской помощью становилось «защитным щитом», индугенцией на дополнительные «льготы» и освобождения от забот по ведению хозяйства.

Пациентки в семье становились потребителями, защитив себя ставшими рентами многочисленными выписками из стационарных и амбулаторных протоколов обследований. Не являясь врачами, члены семьи верили медицинским справкам исподволь способствовали формированию рентного поведения.

2. Вторую группу (31%) пациентов составляли безработные, не по своей воле потерявшие много лет выполняемую квалифицированную работу.

Находясь в пенсионном возрасте и утратив надежду на трудоустройство, хотя реальная трудоспособность сохранялась, пациенты были настроены на оформление группы инвалидности, дающей хотя бы минимальные льготы по социальному обеспечению (бесплатные медикаменты, льготы по оплате коммунальных и проездных платежей и др.)

У пациентов этой группы соматические жалобы «прикрывали» аффективные расстройства депрессивного типа. С момента утраты работы пациенты отмечали «чувство тяжести на душе, обиды, ненужности, прерывистый и поверхностный сон, подавление мотиваций, аппетита, потерю массы тела 5–15 килограммов за 1–2 года». Резкое снижение материально-финансового статуса добавляло чувство неполноценности, оценку себя как «лишний в обществе, или умения и опыт профессиональный уже не нужны государству».

Лечение включало рациональную психотерапию. В процессе индивидуальной психотерапии проводилась после получения результатов соматического обследования.

Эти результаты разъяснялись пациенту, сравнивая их с нормами, опубликованными в специальной литературе. Пациенту предлагалось самому читать тот или иной раздел справочника, сверяя его лабораторные данные. Разъяснительная (рациональная) психотерапия снижала сомнения и тревогу у пациента, вселяла оптимизм и веру в отсутствие тяжелой соматической патологии.

Фармакотерапия проводилась с согласия пациента ноотропами, эглеком, гелариумом.

Резюме. Среди важных причин формирования амплификации играют роль социально-стрессовые факторы.

Диагностика амплификации должна быть очень осторожной и корректной. Несмотря на развитие научно-технических условий для обследования, с учетом сохраняющегося инструментального дефицита в малых городах и в сельской местности, далеко не всегда является своевременно соматическая патология. Поэтому и психиатрическому консультированию должно предшествовать подробное соматическое обследование.

Психиатрическая помощь, начатая в соматической больнице, должна быть продолжена у психотерапевта в поликлинике/диспансере.

КОМПЛАЕНТНОСТЬ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ПАМЯТИ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В МНОГОПРОФИЛЬНУЮ БОЛЬНИЦУ

П.П. Пыркoв

*Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского,
Московская психотерапевтическая академия,
Городская клиническая больница № 7, Москва*

Введение. Термин «комплаентность» (от английского patient compliance) означает соблюдение больным режима и схемы лечения. I.E. Lerrik (1988) в это понятие включает следующее: тип поведения, степень комплаентности и степень целеустремленности пациента. В зависимости от алгоритма поведения пациента отсутствие комплаентности, препятствующее саногенезу, означает нарушение пациентом схемы фармакотерапии (дозировки, кратность, продолжительность), а, нередко и прием ненужных медикаментов или иных не рекомендованных врачом методов самолечения.

Цели исследования включали изучение уровней комплаентности у пациентов с амнестическими расстройствами, находящихся на лечении в многопрофильной больнице скорой помощи.

Материал и методы. Исследование проводилось в больнице с коечным фондом 1600 мест. Были использованы клинико-психопатологический, клинико-терапевтический и статистический методы.

Результаты. Всего изучено 1980 пациентов пожилого возраст, находившихся на лечении в отделениях терапевтического (78%) и хирургического (22%) профилей. Мужчины составляли 27%.

Этиология амнестических расстройств, включая и анозогнозию (синдром Антони-Бабинского) была различной:

- травмы головы (сотрясение, ушиб головного мозга, субарахноидальное кровоизлияние, переломы костей свода и основания черепа, внутричерепные гематомы) – 25%;
- инсульты (ишемический, геморрагический) – 37%;
- гипоксия церебральная (эндотрахеальный наркоз при кардиохирургических, нейрохирургических, лапаротомиях, ортопедо-травматологических, гинекологических операциях) – 27%;
- экзо- и эндогенная интоксикация (психоактивные вещества, цирроз печени, панкреанекроз, уремия и др.) – 9%.

Лечение пациентов с амнестическими расстройствами, являющимися следствием острой соматической патологии, представляет большие трудности.

Пациент, не осознающий даже наличия соматической патологии, угрожающей его жизни, не способен соучаствовать в лечебном процессе. Следовательно, комплаентность отсутствует. Весь лечебный процесс персонал больницы вынужден проводить без активного и осознанного участия пациента в ускорении саногенеза.

Соблюдение постельного режима, прием медикаментов, выполнение инфузионной терапии и другие процедуры выполняются при постоянной помощи медицинских сестер и лечащих врачей вплоть до редукции амнестических расстройств.

Выводы. Как показывает анализ уровня комплаентности, у всех пациентов с амнестическими расстройствами любой этиологии получено отсутствие понимания необходимости лечения. В таких случаях инициатива всего лечебного процесса исходила от персонала. Более того, в части случаев речь идет и о недобровольном лечении до редукции амнестических расстройств.

ПОЗА ЭМБРИОНА У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

П.П. Пыркoв

*Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского,
Московская психотерапевтическая академия,
Городская клиническая больница № 7, Москва*

Введение. Давно заметили, что в период обострения болезни психически больные люди принимают позу эмбриона, тем самым как бы защищаются от опасности микро – и макросреды.

Древние наблюдатели такие мотивации больного человека объясняли желанием ослабленного человека найти спасение возвратом в материнскую утробу. Например, в библейской поэме – Книге Иова (Рижский М.И., 1992г.) рассказано о том, что Бог в целях проверки искренности Иова, убил семерых сыновей и трех дочерей.

Потрясенный горем Иов разорвал свою одежду, остриг голову, пал на землю и изрек: «Наг я вышел из чрева своей матери. И наг возвращусь туда». Таким образом, в минуты полного отчаяния, нередко человек проявляет защитное поведение, символизирующее стремление вернуться в спасительное чрево матери своей, чтобы укрыться от агрессивного окружения (Э. Фромм, 1992г.).

Цели исследования включали изучение частоты, основных причин, сочетаний коморбидной соматической патологии, а также психических расстройств у пожилых пациентов, предпочитающих позу эмбриона.

Материал и методы. Исследование проводилось в многопрофильной клинической больнице скорой помощи с коечным фондом 1600 мест. Были использованы клинико-психопатологический, клинико-лабораторный, клинико-терапевтический и статистический методы.

Результаты. За 25 лет было исследовано 2018 пожилых пациентов, предпочитающих на момент обследования находиться в эмбриональной позе. Мужчины составляли 31 %.

Большинство (91%) пациентов находились в нейрохирургическом, общетерапевтических, отделении трансплантации почек.

Были установлены следующие соматические заболевания:

- Хроническая почечная недостаточность с необходимостью систематического проведения экстракорпорального гемодиализа (10%).
- Хроническая ишемическая болезнь сердца (ИБС) и острый период инфаркта миокарда (25%)
- Последствия ишемического/геморрагического инсульта с гемипарезами/ гемиплегиями; моторными, сенсорными и семантическими расстройствами речи; различными формами расстройств памяти и когнитивными нарушениями (41%)
- Острая абдоминальная хирургическая патология (перитонит, онкологические заболевания – 12%).

- Хронический алкоголизм с дистрофическим поражением паренхиматозных органов (цирроз печени, асцит, анасарка) и токсическим полиневритом (12%).

Сочетание пяти и более хронических заболеваний было у 100% обследованных пациентов.

Изучение семейного положения показало, что:

- Одинокими и проживавших в своих квартирах было 12%. В связи с невозможностью автономного ведения хозяйства помощь им оказывали работники территориальной социальной службы.
- Проживали вдвоем пожилые супруги (15%), один из которых обеспечивал и уход и вел домашнее хозяйство. Детей в этих семьях на момент обследования не было. У половины семей вообще не было детей, у остальных дети умерли по разным причинам.
- Семьи из двух пожилых людей проживали с семьями детей, внуками в 13%. В таких семьях пожилые супруги имели свою комнату.
- Один пожилой пациент с одним взрослым ребенком составлял 60%.

У 34% пациентов были получены данные о том, что и, находясь дома, предпочитали лежать в позе эмбриона, хотя на тот период резкого ухудшения не наблюдалось. Иногда такую позу пациенты объясняли «усталостью, слабостью».

Находясь в данной позе, пациенты четко ориентировались в хронологии событий как в семейной, так и политической жизни. Интересовались занятиями и проблемами детей/внуков, давали им уместные советы, сопереживали успехам и неудачам детей.

По данным членов семьи, также поведение исследованных пациентов в домашних условиях не напоминало рентного поведения. В трудоспособном возрасте ранее отличались активностью и исполнительностью. У 66% получить достоверные данные об алгоритме в домашних условиях не удалось. Одиноким пациентам не желали обсуждать эту тему, а дети навещали их в больнице редко или же в вечернее время.

Клинико-психопатологическое обследование провалилось штатным врачом-психиатром с соблюдением Закона о психиатрической помощи (1992 год). Показания для психиатрической помощи оформлялись лечащим врачом письменно после получения первых результатов клинико-параclinicalического соматического обследования.

По наблюдению врачей соматологов, эмбриональная поза «была непривычной, непонятной и не всегда могла быть обусловленной тяжестью соматического заболевания».

Были выявлены следующие клинико-психопатологические синдромы:

Органическая (соматическая) астеня (F06.8) – 39%

Дефицит когнитивных функций с преобладанием амнестических расстройств (F04) – 23%

Маскированная депрессия с соматическими симптомами (F32.01) – 25%

Соматоформные (ипохондрические) расстройства (F45.2) – 13%.

Лечение проводилось в профильных соматической патологии отделениях. Коморбидные психические расстройства лечились в комплексе с соматотропной терапией. Предпочтительнее были ноотропы, антидепрессанты (эглек, гелариум, витамин Е), препараты для оптимизации церебральной гемодинамики.

Особое значение имела рациональная индивидуальная психотерапия. Для ее эффективности был использован банк биографических данных, полностью отсутствовавших в истории болезни и полученных лично врачом-психиатром. Знание уровня образования, профмаршрута, семейного положения, длительности заболевания, сочетанных соматических заболеваний было использовано в процессе психотерапии.

Резюме. Ни один пациент в психиатрический стационар не был переведен.

В процессе комплексной терапии более 80% пациентов, «осознав не особую полезность лежания», стали чаще покидать кровать, совершали прогулки вне палаты. Появилась обязательность и желание следить за внешним видом. Все пациенты были выписаны домой. Пациенты с благодарностью воспринимали корректные предложения врачей на активизацию личного бытия.

Индивидуальная психотерапия пациентов многопрофильной больницы требует много времени и отражает личную инициативу врача-психиатра, занятого весь рабочий день по оказанию ургентной помощи пациентам с психотическими расстройствами.

БИОЭКВИВАЛЕНТНОСТЬ ПРЕПАРАТОВ ВАЛЬПРОЕВОЙ КИСЛОТЫ В ЛЕЧЕНИИ ЭПИЛЕПСИИ

А.М. Руденко, А.С. Котов

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

Цель исследования: сравнить эффективность применения препаратов вальпроевой кислоты (Депакин хроно, Конвулекс ретард) в лечении различных форм эпилепсии.

Материалы и методы: обследовалось 40 больных эпилепсией – из них 20 получали Депакин хроно и 20 – Конвулекс ретард, возраст пациентов от 65 до 74 лет (в среднем $69,5 \pm 4,5$ года), срок наблюдения 6 мес. Из 40 пациентов 32,5% (n = 13) страдали генерализованными формами эпилепсии, у 67,5% (n = 27) была диагностирована симптоматическая/криптогенная парциальная эпилепсия. Мономорфные припадки наблюдались у 70% (n = 28) больных: генерализованные судорожные у 12,5% (n = 5), абсансы – у 30% (n = 12), простые парциальные у 15% (n = 6) пациентов, сложные парциальные – у 12,5% (n = 5). Полиморфные припадки имели место у 30% (n = 12) пациентов. Из них 12,5% (n = 5) проявлялись сочетанием генерализованных судорожных припадков и абсансов и у 15% (n = 6) – сочетание простых или сложных парциальных припадков с вторично-генерализованными судорожными приступами. Частота припадков: у 45% (n = 18) больных они возникали 1–4 раз в месяц, у 35% (n = 14) – еженедельно, у 15% (n = 6) – ежедневно, у 5% (n = 2) – находились в состоянии терапевтической ремиссии, длительностью от 5 мес до 1,1 года. 27,5% (n = 11) получали препараты вальпроевой кислоты в режиме монотерапии, 72,5% (n = 29) – в режиме политерапии. Доза назначаемых препаратов составила 1000–2000 мг/сутки (в среднем 1500 мг/сутки).

Результаты: из группы пациентов, принимавших Депакин хроно, у большинства (75% (n = 15)) удалось достичь полного купирования всех видов припадков, при этом не было выявлено значительного изменения биоэлектрической активности головного мозга, по данным ЭЭГ исследований. Тогда как в группе пациентов, получавших Конвулекс хроно, где купирование приступов наблюдалось так же у подавляющего числа обследуемых (70% (n = 14)), у 95% (n = 19) наблюдалось усиление медленно волнового спектра дельта- и тета-диапазонов.

Выводы: таким образом, Депакин хроно и Конвулекс ретард в большинстве случаев оказываются эффективными в лечение различных форм эпилепсии, но имеющиеся отличия в биоэквивалентности между препаратами, проявляющиеся выраженными изменениями на ЭЭГ у большинства пациентов, позволяют говорить о том, что возможную взаимозамену антиэпилептических препаратов, следует проводить только в исключительных случаях и под обязательным нейрофизиологическим и фармакокинетическим контролем.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПСИХОТРОПНЫХ СРЕДСТВ В УСЛОВИЯХ ГЕРОНТОПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Т.П. Сафарова, В.В. Федоров

Научный центр психического здоровья РАМН, Москва

Цель исследования: изучение основных принципов проведения медикаментозной терапии разных форм психической патологии в популяции стационарных психически больных позднего возраста для более эффективного обслуживания данного контингента больных.

Метод исследования: клинический, клинико-эпидемиологический, фармакоэпидемиологический. Проводилось невыборочное обследование контингента больных позднего возраста (50 лет и старше), проходивших лечение на базе геронтологических отделений кли-

ники НЦПЗ РАМН и получавших один или несколько курсов психофармакотерапии. Обследовано 306 больных в возрастном диапазоне от 50 до 88 лет (средний возраст составил $64,8 \pm 9,0$ года). Из них 28% мужчин (86 человек) и 72% женщин (220 человек). Среди пациентов стационара преобладали больные с функциональными психическими расстройствами (ФПР) – 85% (261 человек), органические психические расстройства (ОПР) наблюдались у 15% больных (45 человек).

Результаты исследования: при анализе общих принципов проведения терапии геронтопсихиатрическим больным было установлено преимущественное использование препаратов из класса транквилизаторов и снотворных (их получали 88% обследованных). Антидепрессанты назначались 85% больных, нейролептики – 82%, нейрометаболических средств – 73%, противопаркинсонические препараты – 25%, стабилизаторы настроения и антиконвульсанты – 24%, препараты заместительной терапии – 18% больных. Установлены назначаемые средние суточные дозы и диапазон используемых дозировок наиболее часто назначаемых препаратов основных классов. Средние суточные дозы транквилизаторов практически совпадали с дозами, рекомендуемыми для лечения состояний легкой тревоги у больных молодого и среднего возраста. Средние суточные дозы традиционных антидепрессантов и нейролептиков оказались значительно ниже рекомендуемых для лечения больных молодого и среднего возраста. Средние суточные дозы антидепрессантов нового поколения отличались незначительно.

В работе был проведен дифференцированный анализ назначений основных классов психотропных средств при психических расстройствах разной природы. Установлены различия в проведении терапии, в частности, больным с аффективными расстройствами достоверно чаще назначались антидепрессанты и нормотимические препараты, больным шизофренией и бредовыми психозами – нейролептики и противопаркинсонические препараты, больным деменцией – нейрометаболические средства и препараты заместительной терапии.

Заключение: В результате проведения исследования на базе специализированного геронтопсихиатрического стационара были получены данные о практическом использовании психотропных средств, особенностях применения психотропных препаратов, предпочтительном выборе препаратов, назначаемых дозировках с учетом их эффективности и безопасности при различных психических расстройствах в позднем возрасте.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ДОРСОПАТИИ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ГРЫЖАМИ ДИСКОВ, У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Л.П. Свиридкина, З.В. Кузьмина, С.Г. Топорова

Российский геронтологический научно-клинический центр Росздрава, Москва

Цель исследования: выявить особенности клинического течения дорсопатии поясничного отдела позвоночника, обусловленной грыжами дисков, у пациентов пожилого возраста.

Объекты и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 318 историй болезни пациентов (168 – среднего и 150 – пожилого возраста), находившихся на лечении в неврологическом отделении ФГУ РГНКЦ Росздрава. Основанием для включения в анализ служило наличие у пациента грыж и протрузий поясничного отдела позвоночника.

Результаты. Установлено, что среди больных среднего возраста чаще встречаются мужчины, пожилого – женщины. У пациентов пожилого возраста чаще регистрируются грыжи малого (менее 3 мм) и среднего (3–6 мм) размера, что связано с инволютивной дегидратацией диска. У больных в возрасте до 60 лет частота поражений позвоночника с локализацией L4-L5 или L5-S1 в 10,4 раза больше, чем с локализацией L2-L3 ($p < 0,05$). У пожилых пациентов распределение грыжевых выпячиваний по позвоночнику более равномерно: грыжи L4-L5 или L5-S1 встречаются чаще, чем L2-L3, в 4,7 раза ($p < 0,05$). Установлен факт увеличения с возрастом частоты многоуровневых поражений поясничного отдела позвоночника: до 60 лет она составляет для грыж 28%, а для протрузий 41%, после 60 лет – 42% и 62% случаев соответственно. Положительный симптом Ласега наблюдается у 19% больных среднего возраста и у 35% – пожилого, что может быть объяснено развитием у последних сосудистых нарушений. Напротив, расстройство чувствительности нижних конечностей отмечается у 40,5% пациентов среднего и только у 28% – пожилого возраста. Уменьшение жалоб на онемение конечностей возможно связано с угнетением рефлекторных вазомоторных реакций. У пациентов пожилого возраста преобладают снижение и угнетение сухожильных рефлексов: оживление ахиллова рефлекса не встречается, а полное его отсутствие регистрируется в 1,6 раза чаще, чем в возрасте до 60 лет.

При исследовании биомеханики движения установлено, что после 60 лет происходит увеличение времени двойной опоры и уменьшение продолжительности одиночной опоры. Исследование баланса тела спокойно стоящего человека показало, что для всех пациентов характерно значительное отклонение общего центра давления во фронтальной плоскости вправо, некоторое отклонение в сагитальной плоскости вперед и выраженное увеличение длины статокинезиограммы, что, скорее всего, связано не с патологией опорно-двигательного аппарата, а с сопутствующей дисциркуляторной энцефалопатией. У больных пожилого возраста чаще регистрируются признаки активного воспаления (повышение СОЭ, лейкоцитарного индекса интоксикации и С-реактивного белка). Так, в возрасте до 60 лет у 21,5% пациентов С-реактивный белок не выявляется, но определяется у всех больных старше 60 лет. Учитывая наличие у пациентов пожилого возраста сопутствующих заболеваний, мы не можем с уверенностью сказать, что высокая активность воспалительного процесса у них связана с развитием корешкового синдрома.

Заключение. Выявленные особенности клинического течения дорсопатии поясничного отдела позвоночника, обусловленной грыжами дисков, у больных пожилого возраста следует учитывать при определении тактики лечения.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

В.Э. Сушинский, Р.А. Михалюк

Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск, Республика Беларусь

Демографическая ситуация в развитых странах характеризуется увеличением в структуре населения лиц старших возрастных групп – постарением населения. Это делает актуальным изучение психосоматического статуса пожилых пациентов, прежде всего с наиболее распространенной соматической патологией.

Среди основных факторов, приводящих к снижению качества жизни пожилых пациентов, можно отметить нарушения сна, а также тревожно-депрессивные расстройства. В гериатрической практике эти расстройства наблюдаются значительно чаще. У пациентов старших возрастных групп с заболеваниями сердечно-сосудистой системы имеется сочетание многих факторов, способствующих развитию инсомнии, а также тревожно-депрессивных расстройств.

Цель исследования: оценить распространенность тревожно-депрессивных расстройств, а также инсомний у пациентов старших возрастных групп с заболеваниями сердечно-сосудистой системы с определением наиболее характерных типов расстройств сна.

Материалы и методы: Проведено анкетирование пациентов с использованием опросников по состоянию сна с оценкой характера инсомнии. Для первичного скрининга депрессии и тревоги применялась госпитальная шкала депрессии и тревоги (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS). Обследовано 70 пациентов пожилого и старческого возраста с ишемической болезнью сердца (средний возраст $76,76 \pm 6,7$ лет), мужчин – 25, женщин – 45. У 27 (38,5%) пациентов наблюдалась стенокардия, преимущественно 2 функцио-

нального класса (22 человека), у 8 (11,4%) – мерцательная аритмия. У всех больных выявлена хроническая сердечная недостаточность ФК 1-2. У 64 пациентов (91,4%) наблюдалась артериальная гипертензия с высоким или очень высоким риском сердечно-сосудистых осложнений.

Результаты: Наличие тревожно-депрессивных расстройств мы наблюдали у 55 пациентов (78,5%), а нарушения сна – у 51 пациента (72,8%). У 43 (61,4%) пациентов эти нарушения сочетались. У 30 (58,8%) в структуре сна наблюдались сочетание всех видов нарушений: пресомнических (трудности засыпания и начала сна); интрасомнических (чуткий, «поверхностный» сон, частые ночные пробуждения); постсомнических (раннее пробуждение, разбитость, неудовлетворенность своим сном после пробуждения). У 21 (41,1%) пациента отмечались в различных комбинациях пресомнические, интрасомнические и постсомнические нарушения. Так, у 6 (11,7,1%) пациентов преобладали трудности засыпания и начала сна, а также раннее пробуждение, неудовлетворенность сном и разбитость, у 3 (5,8%) отмечались трудности засыпания и начала сна, а также раннее пробуждение, неудовлетворенность сном и разбитость, у 12 (23,5%) преобладали раннее пробуждение, разбитость, неудовлетворенность своим сном.

У всех пациентов инсомния носила хронический характер: так, у 19 (37,2%) отмечалась инсомния длительностью 5 и более лет, у 16 (31,3%) – 3 года и более, у 10 (19,6%) – до года и более и у 6 (11,8%) инсомния длилась свыше 6 месяцев.

Выводы: У пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы в гериатрической практике наблюдается высокая частота инсомний, тревожно-депрессивных нарушений, а также их сочетаний. Для пациентов пожилого и старческого возраста наиболее характерна хроническая инсомния с сочетанием пресомнических, интрасомнических и постсомнических нарушений.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВАЛЬПРОАТОВ В ЛЕЧЕНИИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫХ ЭПИЛЕПСИЙ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Н.В. Толстова, А.С. Котов

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

Цель: определить эффективность и переносимость вальпроатов (ВПА) в лечении идиопатических генерализованных эпилепсий (ИГЭ) у пожилых пациентов.

Материалы и методы: обследовано 84 пациентов, 47 женщин и 37 мужчин в возрасте от 53 до 74 лет. Обследование включало неврологический осмотр, ЭЭГ и/или ЭЭГ-видеомониторинг, МРТ головного мозга. Всем пациентам была назначена впервые или скорректирована текущая противосудорожная терапия. ВПА назначались в дозировке 15–30 мг/кг с последующим наращиванием дозы до наступления ремиссии или побочных эффектов. Срок катamnестического наблюдения составил от 2 до 7 лет (в среднем 4 года).

Результаты: детская абсансная эпилепсия (ДАЭ) диагностирована у 17 (20,2%), юношеская абсансная эпилепсия (ЮАЭ) – у 13 (15,5%), ИГЭ с изолированными ГСП пробуждения – у 20 (23,8%), юношеская миоклоническая эпилепсия (ЮМЭ) – у 23 (27,4%), неverified ИГЭ – у 11 (13,1%) больных. Абсансы наблюдались у 41%, миоклонии – у 51,3%, ГСП – у 82,1% наблюдаемых. Дебют заболевания в возрасте до 5 лет отмечался у 5 (6,0%), 5–20 лет – у 73 (86,9%), старше 20 лет – у 6 (7,1%) пациентов. На терапии ВПА ремиссия достигнута у 52 (61,9%) обследуемых, снижение частоты приступов на 50% и более у 18 (21,4%). При недостаточной эффективности ВПА назначались топирамат, леветирацетам и ламотриджин как дополнительные препараты в политерапии. Отсутствие эффекта констатировалось у 14 (16,7%) пациентов. Побочные эффекты наблюдались у 12 (14,3%) пациентов: тремор у 6 (7,1%), гастроинтестинальные расстройства у 4 (4,8%), прибавка массы тела у 2 (2,4%) больных. Однако лишь у 4 (4,8%) наблюдаемых по причине выраженных аллергических реакций потребовалась замена ВПА. С неблагоприятным прогнозом ассоциировались высокая частота генерализованных судорожных приступов, полиспайк – волновая активность с высоким индексом пароксизмальности, дебют приступов до 5 или после 20 лет ($p < 0,05$).

Выводы: эффективность ВПА в лечении ИГЭ у пожилых пациентов составляет 83,3%. К основным причинам неудачной терапии относятся переносимые побочные эффекты и атипичная клиническая картина ИГЭ. ВПА остаются препаратами первой очереди выбора, проявляя высокую эффективность в отношении различных типов приступов в рамках ИГЭ и редко требуя отмены, замены или дообавления антиконвульсанта другой фармакологической группы.

ГУМАНИТАРНО-КУЛЬТУРОЛОГИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ТЕРАПИИ ТВОРЧЕСКИМ САМОВЫРАЖЕНИЕМ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РАБОТЕ С ЛИЦАМИ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА

А.А. Филозоф

Воронежский экономико-правовой институт

Гуманитарно-культурологическое направление школы Терапия творческим самовыражением (ТТС) разрабатывается уже более двух десятилетий в Одессе украинскими врачами, педагогами, философами и психологами во главе с руководителем регионального отделения научно-методического центра ТТС Е.А. Поклитаром. Одним из ключевых концептуальных положений гуманитарно-культурологической ТТС выступает следующее: ТТС способствует личностному росту, обогащению и самоактуализации личности, обретению человеком смысла жизни, сообразно своему природному складу характера. Основной целью гуманитарно-культурологической ТТС является приобретение человеком знаний о смысле и потенциале собственной жизни, особенностях своего характера и характеров других людей, своих (в соответствии с характерологической индивидуальностью) потребностях, склонностях, мотивах поведения, устремлениях), необходимых для формирования гармоничной зрелой личности. (Е.А. Поклитар). Внедрение гуманитарно-культурологической ТТС в геронтопсихологическую практику позволило нам разработать психологическую модель активизации личностных ресурсов пожилого человека средствами творческого самовыражения, способствующую повышению качества жизни личности в поздние годы. Кроме того, изучение характерологических и психологических закономерностей и механизмов личностного роста человека до наивысшего уровня посредством творческого самовыражения и творческого самоутверждения в период старости инициировало в рамках научно-практической школы ТТС выделение новой междисциплинарной области исследований и практической психолого-акмеологической помощи – характерологическая акмеология (А.А. Филозоф). В характерологической акмеологии достижение пожилым человеком своего личностного «акме» рассматривается в диалектической взаимосвязи конституционально-биологической, социокультурной и психологической детерминации процесса личностного роста. Обозначенная методологическая позиция характерологической акмеологии открывает новые перспективы для научных исследований и разработки программ практической помощи лицам позднего возраста в развитии личности, имеющих различные хронические соматические, психические или патохарактерологические расстройства. Таким образом, характерологическая акмеология может способствовать получению ответов на актуальные вопросы, которые ставит перед современной геронтопсихологией сама жизнь, например, какое влияние оказывает творческое самовыражение (самоутверждение), особенно в особенностях акцентуации характера, на способы, стратегии структурирования личностью своего жизненного пути на заключительном этапе онтогенеза? Каким образом каждый из типов характерологического радикала, описанных в ТТС, определяет профессиональное, нравственное, духовное самосовершенствование личности и достижение в этом процессе наивысшей точки – «акме» в период старости?

ОСОБЕННОСТИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА, ПОЛУЧЕННЫХ БОЛЬНЫМИ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В РЕЗИДУАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

С.А. Чурсин, В.С. Мякотных

Уральская государственная медицинская академия, г. Екатеринбург

Мы располагаем 174 наблюдениями больных пожилого и старческого возраста (61–86 лет), получивших черепно-мозговые травмы (ЧМТ) различной степени тяжести в самые различные сроки после перенесенного ишемического инсульта – от нескольких минут или даже секунд до многих лет. Все пациенты в остром периоде ЧМТ были госпитализированы в специализированный нейротравматологический стационар, где проводилась диагностика, консервативное, либо нейрохирургическое лечение. Цель исследования – определение дифференциально-диагностических критериев симптомов инсульта и острой ЧМТ, что может в каждом конкретном случае определить тактику ведения пострадавших.

Особенности клинической картины и связанной с ней диагностики состояли в том, что при минимальной травме мозга наблюдалась нехарактерная для данного варианта ЧМТ значительно выраженная объективная, а нередко и субъективная неврологическая симптоматика, в том числе глубокие парезы и речевые расстройства, являвшиеся следствием перенесенного инсульта. Практически во всех случаях серьезно «звучали» соматические проблемы пожилых (артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца и т. д.). Только с помощью нейровизуализационной диагностики, причем с проведением как КТ, так и МРТ исследований, можно было с определенной степенью точности сделать заключение о том, что же на данный момент времени преобладает у больного – последствия перенесенного инсульта, «свежая» ЧМТ или же повторный инсульт, вследствие которого больной мог также получить и данную ЧМТ. В случаях тяжелой ЧМТ и ЧМТ средней степени тяжести, но без развития обширных внутричерепных гематом (18 наблюдений; 10,3%) наблюдалась нехарактерная для указанных вариантов травмы клиника, связанная с наличием очагов ушиба мозга и геморрагического пропитывания как на стороне перенесенного инсульта, так и на противоположной ишемическому очагу стороне. Такая ситуация вызывала самые непредсказуемые последствия даже отдаленном от ЧМТ периоде, когда казалось, что кризис миновал. Особого внимания требовали пациенты (74 наблюдений; 42,5%), у которых тяжелая ЧМТ осложнилась достаточно обширными экстра- или интрацеребральными гематомами, что требовало экстренного нейрохирургического вмешательства. Но и при этом в послеоперационном периоде приоритеты цереброваскулярной патологии становились очевидными по отношению к посттравматической симптоматике, что требовало пристального наблюдения невролога и кардиолога.

КЛИНИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ, ОБРАЩАЮЩИХСЯ ЗА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ В РАЙОННУЮ ПОЛИКЛИНИКУ

В.С. Шешенин

Научный центр психического здоровья РАМН, Москва

Цель исследования: получение объективных сведений о частоте и характере психических расстройств у лиц пожилого населения, проживающих на ограниченной территории Москвы и обратившихся за амбулаторной психиатрической (психотерапевтической) помощью в поликлинику.

Материал и методы: включены пациенты, проживающие в районе Москворечье-Сабурово г. Москвы и обратившиеся в психотерапевтический кабинет поликлиники № 213 по месту жительства. Используются клинический и клинико-эпидемиологический методы.

Результаты: с 2004 по 2008 было зарегистрировано 777 первичных обращений к врачу-психотерапевту. Средний возраст пациентов составил 54 года (от 14 до 89 лет). Среди пациентов большинство составили женщины (80%). Пациенты старше 60 лет составили около 35% из числа впервые обратившихся за психотерапевтической помощью. В этой возрастной группе больных преобладали органические заболевания головного мозга (68%), среди которых большинство составили пациенты с органическими неспсихотическими расстройствами (90%) и, значительно реже, пациенты с деменцией различной степени выраженности (10%). У 7% обратившихся за помощью нарушения носили «донозологический» характер, на уровне личностных и возрастных особенностей. Эти пациенты, как правило, нуждались в психотерапевтической коррекции. Были разработаны основные принципы ведения пациентов в условиях поликлиники. Выделены группы больных нуждающихся в: 1) однократных консультациях психиатра (психотерапевта) 2) динамическом наблюдении и лечении у психотерапевта 3) медико-психологической коррекции 4) направлении в ПНД или в стационар психиатрического профиля. Показана необходимость комплексного, дифференцированного подхода к лечению пациентов (фармакотерапия, сочетание фармако- и психотерапии, психологическое консультирование и психотерапия), основанного на индивидуальном подходе с учетом тяжести и характера заболевания пациента. Проанализированы данные по назначению лекарственной терапии. Было отмечено преимущественно назначение препаратов с анксиолитическими свойствами. Среди психотерапевтических подходов целесообразны когнитивная психотерапия и методики, направленные на снижение тревоги, характерной для лиц старшего возраста (релаксация, аутогенная тренировка, телесно-ориентированная терапия).

Заключение: полученные данные свидетельствуют о высокой частоте психических нарушений у пациентов в общемедицинской практике. Значительную долю среди них составляют пациенты пожилого возраста. Своевременное выявление пациентов с различными формами и тяжестью психических нарушений вне учреждений специализированной психиатрической помощи обеспечивает необходимое для них лечение и подтверждает необходимость развития и взаимосвязи различных видов амбулаторной психиатрической (психотерапевтической) помощи.

САНОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ ВИБРОАКУСТИКИ И ИНФРАКРАСНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДОРСАЛГИЙ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ

Т.И. Якушина, В.Ю. Лиждвой, Д.И. Исмаилова

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

Болевые синдромы, обусловленные дегенеративной патологией позвоночника, составляют от 50 до 80% в структуре заболеваний нервной системы. К 40 годам заболевание встречается у каждого второго, к 50 годам у 70%, к 70 годам у 90% населения. Трудности определения тактики ведения пожилых больных связаны с наличием множественной сопутствующей патологии и целым рядом противопоказаний к назначению традиционных методов лечения.

В качестве альтернативного метода лечения остеохондроза мы использовали виброакустическое и инфракрасное излучение от аппарата «Витафон-2». Терапевтическое действие микровибрации реализуется за счет нормализации микроциркуляторных процессов, противовоспалительного действия, вызванного ремодуляцией ноцицептивной афферентации по нервным волокнам а так же усиления транспорта веществ из капилляров в интерстиций и обратно в венозные и лимфатические капилляры. Инфракрасное излучение оказывает противовоспалительное и сосудорасширяющее действие. При совместном использовании указанных факторов удается добиться потенцирования лечебного эффекта.

Пролечено 102 больных с различными проявлениями остеохондроза, в том числе, с рефлекторными синдромами – 48, с корешковыми – 54. Лечение проводилось в 1 и 2 режимах. Первая процедура длилась 4 минуты, далее время экспозиции увеличивалось ежедневно на 2 минуты, на курс 10 процедур.

Для объективизации лечебного эффекта применялась термометрия, вызванные соматосенсорные потенциалы, электромиография, лазерная доплеровская флоуметрия. Интенсивность боли оценивалась по визуальной аналоговой шкале.

Полученные результаты позволили конкретизировать использование виброакустического и сочетанного воздействия, в зависимости от формы и стадии дегенеративно-дистрофической патологии позвоночника. В острой стадии компрессионных и рефлекторных синдромов целесообразно применять 1 режим работы, а с 9 – 10 дня переходить на 2 режим. Сочетанное воздействие целесообразно назначать при рефлекторных синдромах с выраженными болевыми, миотоническими и вазомоторными расстройствами, а также в подостром и восстановительном периодах компрессионных синдромов. В остром периоде компрессионных поражений от использования сочетанного воздействия необходимо воздерживаться, из-за возможного усугубления воспалительного процесса.

Положительного эффекта, который выражался в регрессе болевого синдрома и чувствительных расстройств, нарастании объема движений, нормализации мышечного тонуса и рефлекторной активности, удалось достигнуть у 82 пациентов. Особенно действенно оказалось лечение у больных с миотоническими рефлекторными проявлениями. В 16 случаях состояние больных не претерпело видимых изменений. Отрицательная динамика в виде усиления боли наблюдалась у 4 больных, что, вероятно, объясняется неадекватно выбранным терапевтическим режимом.

Полученные результаты обосновывают целесообразность применения комбинированного виброакустического и инфракрасного воздействия при рефлекторных и компрессионных проявлениях остеохондроза. Отсутствие побочных эффектов, компактные размеры и простота в эксплуатации аппарата «Витафон-2» дает возможность проведения лечения у пожилых пациентов в домашних условиях, на этапе реабилитации и с профилактической целью.

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ТЕРАПИИ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ

НОВОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В ЛЕЧЕНИИ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЫ

Е.С. Абрамян, Г.В. Анисимова, Н.К. Дороничева, Ф.Н. Иншаков, В.К. Дороничев

Онкологический диспансер, Городская больница, г. Армавир

Множественная миелома (ММ) вторая по распространенности гематологическая опухоль, которая возникает на уровне самых ранних предшественников – В-лимфоцитов. Заболеваемость в мире составляет среди мужчин – 5,0 и у женщин – 4,2 на 100 тыс. населения. Основным морфологическим субстратом являются плазматические клетки различной степени зрелости. 66% случаев приходится на возраст 65 лет и старше у людей всех континентов и всех рас. ММ составляет 10% всех гемобластозов и 1% всех злокачественных опухолей. Современная терапия ММ включает цитостатические препараты, лучевое лечение, ортопедические приемы для предупреждения патологических переломов в опорных частях скелета; хирургические восстановительные операции, а также комплекс мер устраняющих или предупреждающих метаболические нарушения и проявления вторичного иммунодефицита. При адекватном лечении – медиана выживаемости достигает 48–50 недель.

Основным методом лечения ММ является химиотерапевтический. Выбор схемы осуществляется индивидуально, учитываются возраст, физическое состояние, стадия и прогноз заболевания.

Последние годы в лечение ММ появились новые лекарственные препараты: талидомид и его аналог ленолидомид (ревлимид), ингибитор протеосом, бортезомиб (велкейд). Их использование в сочетании с цитостатиками и кортикостероидами в схемах лечения миеломы (MP, VAD и др.) способствуют позитивным перспективам. Частота ремиссий увеличивается до 75–88%.

В России для лечения ММ разрешен Велкейд. По нашим данным динамического наблюдения в 2006–2008 гг. во возрастах и полу больные распределились следующим образом:

Возраст	2006	2007	2008
40–50 лет	2	1	2
51–60 лет	1	3	5
61 и старше	1	5	5
Пол: М	1	3	1
Ж	4	5	8

Велкейд в гематологическом отделении применяется с 2007 г., уже получены положительные ответы на терапию: купирование оссалгического, анемического синдромов, в миелограмме снижение количества плазматических клеток, снижение М-градиента в сыворотке крови на 50 % в одном случае и его отсутствие в другом, на R-граммах регрессия костных деструкций.

Таким образом введение в клиническую практику новых препаратов, в том числе Велкейда, позволяет улучшить результаты лечения при рецидивах, рефрактерной и впервые выявленной миеломе, что способствует улучшению качества и продлению жизни больных.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЖЕЛЕЗО(III)ПОЛИМАЛЬТОЗНОГО КОМПЛЕКСА В ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

А.А. Ананьев

Иркутский государственный институт усовершенствования врачей

У лиц старшей возрастной группы частота железодефицитной анемии (ЖДА) выше, чем в любой другой возрастной группе. Большинство железосодержащих пероральных препаратов характеризуются примерно одинаковой эффективностью в лечении ЖДА, но могут различаться частотой побочных эффектов, которые преимущественно возникают со стороны желудочно – кишечного тракта.

Цель исследования: оценить эффективность лечения ЖДА железом(III)полимальтозным комплексом (Феррум Лек в виде жевательных таблеток) и частоту побочных эффектов со стороны желудочно – кишечного тракта при лечении этим препаратом.

Материалы и методы. На базе госпиталя ветеранов войн проведено обследование и лечение 36 больных ЖДА (26 женщин и 10 мужчин), средний возраст 74 ± 5,2 лет. У всех обследованных анемия имела хронический характер. В 57,4% случаев была выявлена ЖДА легкой степени, в 28,2% – средней степени и в 14,4% – тяжелой степени. Перед началом лечения у пациентов собирали анамнез, проводили объективное исследование. Исходя из этих данных и зная самые частые причины ЖДА у пожилых, проводили