



V ЮБИЛЕЙНЫЙ СЪЕЗД НЕВРОЛОГОВ
И ПСИХИАТРОВ СРЕДНЕВОЛЖСКОГО НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО КЛАСТЕРА ПФО

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ НЕВРОЛОГИИ И ПСИХИАТРИИ

11-12 НОЯБРЯ 2021 ГОДА

Г. НИЖНИЙ НОВГОРОД

СОДЕРЖАНИЕ

Е.А. Александрова., И.В. Бородачева., В.С. Юлин., С.В. Фомин., И.Д. Хакимов ГЛАЗОДВИГАТЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ.....	5
О.О. Бушуева., П.В. Пчелин., Е.А. Антипенко., И.В. Мухина КЛИНИКО-ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ НАРУШЕНИЙ НЕРВНО МЫШЕЧНОГО АППАРАТА У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНОЙ МЫШЕЧНОЙ ДИСТОНИИ.....	7
Р.Т. Гайфутдинов ЗНАЧЕНИЕ ВОЗРАСТНОГО ГИПОГОНАДИЗМА В РАЗВИТИЕ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У МУЖЧИН С ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ МИКРОАНГИОПАТИЕЙ	8
А.Т. Жашуева., В.В. Линьков НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТАМИ МОЗЖЕЧКА	11
Д.Ш. Камалова., Р.Т. Гайфутдинов., Л.Д. Динниулова КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОПСОКЛОНУС-МИОКЛОНУС СИНДРОМА У ПАЦИЕНТА ПЕРЕНЕСШЕГО НОВУЮ КОРОНОВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ COVID-19	13
А.В. Коткова КЛИНИКО-НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ ДО 7 ЛЕТ (ПО ДАННЫМ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ)	15
И.Б. Карпухин., Е.В. Карпухина., А.С. Мюллер АФФЕКТИВНЫЕ И КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА, И ИХ СОЧЕТАНИЕ В ЭПОХУ COVID-19	17
М.Ш. Музафарова., А.Т. Файзутдинова НЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ВРЕМЕННЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ГОСПИТАЛЕЙ: РОЛЬ ТЯЖЕСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ТРУДА.....	19
Е.Г. Менделевич., Р.Г. Кокуркина ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА НА КОГНИТИВНЫЙ ПРОФИЛЬ ПАЦИЕНТОВ С МАЛЬФОРМАЦИЕЙ КИАРИ 1 ТИПА.....	21
Т.Г. Погодина., С.В. Руденко., А.Г. Сулова ОТДЕЛЬНЫЕ ОРГАНИЗАЦИОННО - ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ, СВЯЗАННЫЕ С НЕСУБСТАНТИВНЫМИ ЗАВИСИМОСТЯМИ.....	23
А.П. Сайфуллин., А.Е. Боков., А.Я. Алейник., Ю.А. Израелян., С.Г. Млявых ВНЕДРЕНИЕ УСКОРЕННОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ В СПИНАЛЬНОЙ НЕЙРОХИРУРГИИ У ДЕТЕЙ: МИФ ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ?	25

М.С. Самородова., Т.В.Рысцова К ВОПРОСУ О РЕАБИЛИТАЦИИ КОНТИНГЕНТА ПРОЖИВАЮЩЕГО В ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ИНТЕРНАТАХ	26
К.В. Синицына ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В ФОРМИРОВАНИИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ДЛИТЕЛЬНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРЕПАРАТАМИ, ИЗМЕНЯЮЩИМИ ТЕЧЕНИЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА	28
Т.С. Трепалина ТЕХНОЛОГИЯ ВИРТУАЛЬНОЙ РЕАЛЬНОСТИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛИ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ	30
М.А.Урбан., Н.В. Комиссарова КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ	32
З.Г. Хаятова., З.А. Залялова ВЛИЯНИЕ БОТУЛИНОТЕРАПИИ НА ВЫРАЖЕННОСТЬ ДВИГАТЕЛЬНЫХ И НЕДВИГАТЕЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ДИСТОНИИ	34
А.В. Шпагина ПСИХОГЕННЫЕ КАРДИАЛГИИ	36
А.А. Юлина., В.С. Юлин., Е.А. Александрова., Е.В. Паршина., Т.Р. Хасанов ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДОРСОПАТИЙ ПРИ ОСТЕОПОРОЗЕ	37

Редакционная коллегия:

Е.А. Антипенко, Л.Н. Касимова, И.Б. Карпухин, Е.И. Карпович

Представлены материалы исследований по актуальным вопросам
неврологии и психиатрии.

Предназначено для неврологов, психиатров, терапевтов, педиатров,
врачей общей практики, врачей-ординаторов

Материалы печатаются в авторской редакции.

За достоверность опубликованных авторами данных издательство
и редакционная коллегия ответственность не несет.

ГЛАЗОДВИГАТЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Е.А.Александрова¹, И.В. Бородачева², В.С. Юлин², С.В. Фомин², И.Д. Хакимов².

¹Приволжский исследовательский медицинский университет, Нижний Новгород

²ГБУЗ НО НОКБ им. Н.А. Семашко, Нижний Новгород

Идиопатическая внутричерепная гипертензия (ИВГ) характеризуется повышением внутричерепного давления (ВЧД) неустановленного генеза. Этиология заболевания в настоящее время остается неизвестной, несмотря на весомый прогресс в понимании патогенеза, который, несомненно, способствовал улучшению качества лечения пациентов с ИВГ.

При этом вопрос своевременной и соответствующей диагностики головной боли неясного генеза и сопутствующего снижения остроты зрения, очаговых неврологических проявлений по-прежнему остается наиболее сложной клинической проблемой. Исследований в этой области из-за редко встречающейся патологии и отсутствия понимания патогенеза заболевания недостаточно.

Цель работы. Проанализировать характер очаговых неврологических проявлений при идиопатической внутричерепной гипертензии на основании клинического случая.

Материалы и методы. Описание клинического случая. Пациентка 27 лет обратилась в неврологическую клинику с жалобами на ограничение подвижности правого глаза, двоение в глазах при взгляде вправо и вверх, периодические головные боли.

Из анамнеза известно, что впервые двоение в глазах возникло в 2019 году и сохранялось в течение 3 месяцев. Настоящее ухудшение с сентября 2020 г. когда возникли вышеуказанные жалобы. Осмотрена окулистом – выявлены застойные диски зрительных нервов. По данным МРТ головного мозга от 21.09.2020 г.: На основании МР-картины, серии программ DWI и контрастного усиления больше данных за очаг лобной доли правого полушария мозга, дисциркуляторного характера. МР картина: косвенных признаков внутричерепной гипертензии; - локального расширения субарахноидальных пространств; - искривление носовой перегородки с костным гребнем. МР ангиография головного мозга от 09.11.2020 г.: МРТ-картина нормотипичного варианта развития Виллизиевого круга в виде отсутствия обеих задних соединительных артерий. Гемодинамически значимых изменений сосудов головного мозга не выявлено. Пациентке выполнена прозеринавая проба – результат отрицательный. Получала терапию метилпреднизолоном и диакарбом, на фоне которой симптоматика частично регрессировала. В конце ноября 2020 г. после перенесенной стрессовой ситуации возобновилось двоение при взгляде вниз, в стороны.

В неврологическом статусе: сознание ясное, в месте, времени, в собственной личности ориентирована. Эмоционально лабильна. Речь не нарушена, движения глазных яблок в полном объеме, двоение при взгляде вниз, конвергенция ослаблена. Зрачки симметричные 4 мм. Фотореакция прямая и обратная сохранены. Менингеальных знаков нет. Лицо симметричное. Слух сохранен. Глотание не нарушено. Активные движения в шейном, поясничном отделах не ограничены. Сухожильные рефлексы с рук и с ног d=s. Сила сохранена. Патологических знаков нет. Чувствительность сохранена. В позе Ромберга устойчива, пальценосовую пробу выполняет удовлетворительно. Эпиприпадков не было. Функцию тазовых органов контролирует.

Выполнены: МРТ головного мозга от 10.12.2020 г.: На основании МР-картины данных за патологическое изменение вещества головного мозга не получено.

Осмотр окулиста от 11.12.2020 г.: Visus OD=0.15; OS=0.05. Глазное дно - диски зрительных нервов обоих глаз бледно-розовые, границы четкие, экскавация физиологическая, отек зрительных нервов, сосуды не изменены, А:V = 2:3, макула без особенностей, средняя и крайняя периферия - регматогенные зоны.

Осмотр окулиста от 17.12.2020 г.: Осмотр в условиях медикаментозного мидриаза. Глазное дно - диски зрительных нервов обоих глаз бледно-розовые, границы четкие, вены извиты, границы ступенчаты. Заключение: отек диска зрительного нерва.

АТ к ВИЧ 1,2 от 10.12.2020 г. - отрицательный. HBsAg от 10.12.2020 г. - отрицательный. HCV от 10.12.2020 г. - отрицательный. RW от 10.12.2020 г. - отрицательный. Иммунохемилуминесценция от 29.09.2020 г. - в норме (тиреотропный гормон - 1,830 мМЕ/л., Общий тироксин (Т4) - 6,98 (мкг/дл). Анализ на Covid-19 - отрицательный от 10.12.2020 г.

Стандартный декремент-тест 21.12.2020 г.: амплитуды М-ответа в норме. Нарушения нервно-мышечной передачи на момент исследования не выявляется.

Исследование ликвора от 17.12.2020 г.: ликвор вытекал струей, кол-во - 3 мл. Цвет до центрифугирования - бесцветный, прозрачность до центрифугирования - полная. Белок люмб. - 0,32 г/л (0,22-0,33). Билирубин - отрицательная реакция. Кетоны - отрицательная реакция. Цитоз - 0,33 в 1 мм³ (1/3) 10*6/л (0-4). Эритроциты - 0,33 в 1 мм³ (1/3) кл/мкл. Лимфоциты - 1 (2-4).

Результаты. На основании данных жалоб, анамнеза, неврологического осмотра, лабораторных и инструментальных исследований было выдвинуто предположение о наличии компрессионно-ишемической невропатии правого глазодвигательного и блокового нервов нерва (III, IV пары черепных нервов), ассоциированной с внутричерепной гипертензией.

Получала лечение метилпреднизолон 16 мг - 2 раза в день, аспаркам 175 мг 3 раза в день после еды, омега-3 20 мг утром, диакарб 250 мг 2 раза в день, магния сульфат 7 мл 25% внутривенно капельно с физиологическим раствором 0,9% - 100 мл через день, этилметилгидроксипиридина сукцинат 5% - 5 мл внутривенно капельно с физиологическим раствором 0,9% - 200 мл через день в течение 5 дней, преднизолон 90 мг первые 4 дня после по 60 мг 4 дня 30 мг 2 дня с физиологическим раствором 0,9% - 100 мл. Магнитотерапия, массаж.

На фоне проводимого лечения отмечалась положительная динамика в виде регресса двоения, глазодвигательных нарушений, выписана в удовлетворительном состоянии, рекомендовано продолжить схему лечения гормональными препаратами.

Выводы. Таким образом, на основании представленного клинического случая, отчетливо прослеживается связь между возникновением компрессионно-ишемической невропатии и внутричерепной гипертензии. Данные зарубежных исследователей только подтверждают выявленный факт. Также в ходе детального опроса пациентки выявлен факт приема оральных контрацептивов, что является триггером идиопатической внутричерепной гипертензии по данным отечественных и зарубежных авторов.

КЛИНИКО-ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ НАРУШЕНИЙ НЕРВНО-МЫШЕЧНОГО АППАРАТА У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНОЙ МЫШЕЧНОЙ ДИСТОНИИ

^{1,2}О.О. Бушуева, ^{1,3}П.В. Пчелин, ¹Е.А. Антипенко, ^{1,3}И.В. Мухина

¹ ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Нижний Новгород,
Российская Федерация

² ГБУЗНО «Городская больница №33» Ленинского района г. Нижнего
Новгорода, Российская Федерация

³ ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Нижегородский
государственный университет им. Н.И. Лобачевского» (ННГУ), г. Нижний
Новгород, Российская Федерация

Введение. Мышечная дистония одно из наиболее распространенных двигательных расстройств в неврологии. Дистония может выступать симптомокомплексом в рамках различных неврологических заболеваний, так и быть самостоятельной нозологией. Этиология и патогенез первичных дистоний является до конца не изученной темой и включает в себя разные нейробиологические механизмы в головном мозге: нарушения синтеза или метаболизма дофамина, митохондриальная дисфункция, накопление металлов в головном мозге, нарушения в работе кальциевых каналов и гомеостазе кальция, нарушения в регуляции транскрипции генов, изменения в эндоплазматическом ретикулуме или ядерной оболочке. Связь патологического процесса с изменениями в нервно-мышечном аппарате была продемонстрирована в нескольких исследованиях и имеет противоречивые результаты.

Учитывая, возможные структурные и метаболические нарушения в мышечной ткани, возникающие на фоне длительной гипоксии, можно предположить разную степень эффективности ботулинотерапии. В связи с этим представляется интересным поиск структурных и метаболических нарушений в скелетных мышцах, вовлеченных в дистонический гиперкинез и поиск корреляции с эффективностью ботулинотерапии.

Цель работы. Изучение структурных и метаболических изменений в скелетных мышцах пациентов с первичными мышечными дистониями и оценка эффективности ботулинотерапии.

Материал и методы. Нами были исследованы 9 пациентов с установленным диагнозом первичной мышечной дистонии, которым проводилась магнитно-резонансная томография мягких тканей шеи на аппарате SiemensMagnetomEspree 1,5 Тл с последующей оценкой структурных изменений, биопсия нисходящей части трапецевидной мышцы и мышцы поднимающей лопатку (исследовались только форма цервикальная + брахиальная дистония), после чего проводилась оценка дыхательной активности митохондриального аппарата пермеабиллизированных мышечных волокон на флюоресцирующем аппарате

разрешения Oroboros Oxygraph-2k (Oroboros Instruments, Австрия), оценка тяжести дистонии по Tsui, TWSTRS, Fahn до ботулинотерапии и через 3 недели после инъекции. Группа контроля включала 3 пациентов с оценкой биоэнергетического состояния мышц.

Результаты. Структурные изменения в виде частичного замещения мышечной ткани на соединительную были выявлены лишь у 3х пациентов, у остальных пациентов отмечалась гипертрофия мышц, участвующих в формировании дистонического паттерна. По показателям работы 1 и 2 комплексов дыхательной цепи было выявлено статистически значимое снижение работы 1 комплекса дыхательной цепи у пациентов с дистонией в сравнении с группой контроля, а также выявлена корреляция с более тяжелым течением мышечной дистонии. Эффективность ботулинотерапии не зависела от биоэнергетического состояния мышц.

Выводы. У пациентов с мышечной дистонией имеется дефект в работе 1 комплекса дыхательной цепи, что вероятно, связано с длительной гипоксией мышцы и активацией сукцинатного пути тканевого дыхания. Структурные изменения в мышцах в виде частичного замещения соединительной тканью могут усугублять показатели функционального состояния митохондрий, однако не влияют на эффективность ботулинотерапии.

ЗНАЧЕНИЕ ВОЗРАСТНОГО ГИПОГОНАДИЗМА В РАЗВИТИЕ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У МУЖЧИН С ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ МИКРОАНГИОПАТИЕЙ

Р.Т.Гайфутдинов

Казанский государственный медицинский университет,
г.Казань

Введение. Нарушение когнитивных функций – одно из основных инвалидизирующих проявлений в рамках сосудистой и дегенеративной патологии головного мозга. Целесообразность выявления умеренного когнитивного расстройства определяется возможностью предупреждения или по крайней мере замедления деменции [1]. Известны гендерные различия касательно причин деменции, если у женщин старше 75-80 лет — это - болезнь Альцгеймера, то у мужчин преобладают вторичные формы, особенно сосудистые. До 70-80% случаев сосудистой деменции связаны с церебральной микроангиопатией (ЦМА) [3]. По данным М. Kivipelto и соавт., к развитию умеренных когнитивных нарушений и деменции в пожилом возрасте предрасполагают сосудистые факторы риска (артериальная гипертензия, сахарный диабет, ожирение, метаболический синдром), выявляемые не столько в пожилом, сколько в среднем возрасте [6]. В последние годы возрастной гипогонадизм мужчин рассматривается как один из факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний [4]. Целью нашего исследования явилось изучение роли возрастного гипогонадизма в формировании когнитивных нарушений у мужчин с ЦМА.

Материал и методы. Основная группа состояла из 170 мужчин в возрасте 45 - 60 лет (средний возраст $53,5 \pm 4,3$ год), с жалобами на снижение памяти, внимания (субъективные и умеренные когнитивные расстройства) с артериальной гипертензией 2-3 степени с клиническими проявлениями, результатами обследований (УЗДГ, МРТ) головного мозга, характерными для ЦМА [6]. Группу контроля составили 45 мужчин (средний возраст

52,2±4,9 года) без признаков сосудистого поражения головного мозга. Всем мужчинам проводились нейропсихологические исследования (Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA), опосредованные запоминания, тест Лурия, корректурная проба, тест Шульте, проба Мюнстербергера). Тяжесть КР определяли по следующим критериям: 1) общий когнитивный уровень по MoCA – с наличием или отсутствием КР (соответственно <26 баллов и ≥26 баллов) (Nasreddine Z.S., 2005) и 2) независимость в повседневной жизни (DSM-5, 2013) (Arlington V.A. et al., 2013). Пациенты были разделены на 2 группы: умеренные КР (MoCA<26, независимость в повседневной жизни), субъективные КР (СубКР) (MoCA≥26). Тяжесть нарушения каждой когнитивной функции определяли по отклонению от нормы в соответствии с критериями Международной ассоциации сосудистых поведенческих и когнитивных расстройств (VASCOG): отклонение 1-2 σ соответствовало умеренному нарушению КФ (Sachdev P., 2014). По результатам тестирования КР, имевшиеся у пациентов, были разделены на моно- и полифункциональные (Petersen R.C., 2003).

Критериями вторичного возрастного гипогонадизма (ВГ) по рекомендациям Международного общества по изучению пожилых мужчин [8] являлись: концентрация общего тестостерона менее 12,1 нмоль/л; концентрация свободного тестостерона менее 250 пкмоль/л. Данные исследования проводились на базе Центральной научно-исследовательской лаборатории КГМУ (с.н.с., Валеева И. Х.). Для оценки чувствительности андрогенового рецептора к тестостерону определялась длина полиморфизма CAG-повторов гена рецептора андрогенов: увеличение числа повторов более 24 (при наличии соответствующих жалоб) расценивалось как возрастной гипогонадизм [8].

Результаты исследования.

Таблица 1. Сравнение когнитивных нарушений в зависимости от наличия ВГ у обследованных мужчин

Фактор риска	Когнитивные нарушения				p	ОШ; 95%
	Наличие фактора		Отсутствие фактора			
	Абс.	%	Абс.	%		
Возрастной гипогонадизм	112	69,6	58	88,1	0,003*	3,2; 1,4-7,3

* - различия показателей статистически значимы (p<0,05)

При сравнении частоты когнитивных нарушений в зависимости от наличия ВГ (см. табл. 1) были получены статистически значимые различия (p = 0,003). Шансы развития когнитивных нарушений увеличивались при наличии ВГ в 3,2 раза (95% ДИ: 1,4-7,3).

Таблица 2. Наличие и степень когнитивных нарушений в зависимости от ВГ

Наличие / Степень когнитивных нарушений	Наличие фактора				p
	Наличие возрастного гипогонадизма		Отсутствие возрастного гипогонадизма		
	Абс.	%	Абс.	%	
КН отсутствуют	8	11,9	49	30,4	0,001*
Субъективные когнитивные нарушения	9	13,4	34	21,1	
Умеренные когнитивные нарушения	50	74,6	78	56,1	

* - различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$)

При сравнении структуры обследованных пациентов по наличию и степени когнитивных нарушений в зависимости от наличия ВГ (см. табл. 2) были выявлены существенные различия ($p = 0,001$). Среди гипогонадных мужчин чаще отмечались умеренные КР, доля которых составила 74,6% (у эугонадных - 56,1%). У эугонадных мужчин чаще отмечались отсутствие или субъективные КР, совокупная доля которых составила 51,5 % (у гипогонадных - 25,3%).

Таблица 3. Характеристика типов УКР в зависимости от наличия ВГ

Тип УКР	Наличие фактора				p
	Наличие фактора		Отсутствие фактора		
	Абс.	%	Абс.	%	
Монофункциональный	8	13,1	41	27,9	0,004*
Мультифункциональный	46	75,4	67	45,5	

* - различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$)

При сравнении типа УКР в зависимости от наличия ВГ (см. табл. 3) нами были выявлены статистически значимые различия ($p = 0,004$). Гипогонадные мужчины чаще имели множественные расстройства когнитивных функций 75,4%, чем эугонадных - 45,5%. Монофункциональный тип КР выявлялся чаще эугонадных мужчин 27,9% (у гипогонадных мужчин - 13,1%).

Выводы. Наше исследование показало значимую связь ВГ с развитием и прогрессированием когнитивных нарушений у мужчин церебральной микроангиопатией. Дефицит тестостерона изменяет работу эндотелия сосудов головного мозга, тем самым, усугубляет функционирование нейроваскулярной единицы. Жалобы на когнитивное снижение у мужчин заставляет объединить усилия специалистов (невролога, эндокринолога, уролога) на раннее выявление возрастного дефицита гонадной функции с целью ее коррекции.

Список литературы

1. Васенина Е.Е., Гуторова Д.А, Смирнова И.М и др. Додементные когнитивные расстройства: современные подходы к терминологии, диагностике и лечению // Фарматека. 2018. №14(367). С.8-16. DOI: 10.18565/pharmateca.2018.14.8-16.
2. Добрынина Л.А., Гаджиева З.Ш., Калашникова Л.А и др. Нейропсихологический профиль и факторы сосудистого риска у больных с церебральной микроангиопатией // Анналы клинической и экспериментальной неврологии. 2018. №4. С. 5-15. DOI: 10.25692/АСЕН.2018.4.1
3. Левин О.С. Диагностика и лечение когнитивных нарушений и деменции в клинической практике. – М.: МЕДпресс-информ, 2019. - 448 с.
4. Лоран О.Б., Верткин А.Л., Алексанян Л.А. и др. Возрастной андрогенный дефицит в общесоматической практике: причины возникновения, клиника, диагностика и лечение. Методические рекомендации. М.; 2007. - 88с.
5. Парфенов В.А. Дисциркуляторная энцефалопатия и сосудистые когнитивные расстройства. – М.: ИМА-ПРЕСС, 2017. – 128 с.
6. Kivipelto M, Helkala E.L., Hanninen T. et al. Medlife vascular rick factor and latelife mild cognitive impairment: a poplation-based study // Neurology. – 2001. – Vol.56. – P. 1683-1689. DOI: 10.1212/wnl.56.12.1683.

7. Li H, Förstermann U. Uncoupling of endothelial NO synthase in atherosclerosis and vascular disease // *Curr Opin Pharmacol.* 2013 Apr; 13 (2):1 61-169. DOI: 10.1016/j.coph.2013.01.006.

8. Nieschlag E., Swerdloff R., Behre H.M. et al. Investigation, treatment, and monitoring of late-onset hypogonadism in males: ISA, ISSAM, and EAU recommendations // *J. Androl.* 2006. Vol. 27, № 2. P. 135–137. DOI: 10.2164/jandrol.05047.

9. Phillips G.B. Relationship between serum sex hormones and glucose, insulin and lipid abnormalities in men with myocardial infarction // *Proc. Natl. Acad. Sci U S A* 1977; 74 (4): 1729-33. 1. DOI: 0.1073/pnas.74.4.1729.

10. Vlachopoulos C., Ioakeimidis N., Miner M. et al. Testosterone deficiency: a determinant of aortic stiffness in men // *Atherosclerosis.* 2014 Mar; 233(1):278-83. DOI: 10.1016/j.atherosclerosis.2013.12.010.

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТАМИ МОЗЖЕЧКА

А.Т. Жашуева., В.В. Линьков

С учетом высокой частоты нейропсихологических нарушений, выявляемых у больных с инсультами, влияние этих расстройств на качество жизни, на развитие дезадаптации в профессиональной и бытовой деятельности, становится актуальной их диагностика и терапия в ранние сроки нарушений мозгового кровообращения (НМК) [1]. Однако нейропсихологические нарушения у больных в остром периоде церебеллярных инсультов часто не исследуются и не диагностируются [2].

Цель исследования. Изучить нейропсихологические нарушения у больных в остром периоде церебеллярных инсультов

Материалы и методы исследования. Обследовано 85 пациентов с ишемическими инсультами в области мозжечка в возрасте от 30 до 62 лет, средний возраст $45 \pm 0,5$ года, 50 мужчин и 35 женщин. В зависимости от бассейна кровоснабжения больные были разделены на следующие группы: верхней мозжечковой артерии ВМА ($n=28$), передней нижней мозжечковой артерии ПНМА ($n=6$), задней нижней мозжечковой артерии ЗНМА ($n=32$), с инсультами в 2-х бассейнах ($n=14$), двусторонние ($n=5$). Больным проводилось клинико-неврологическое исследование, мультиспиральная компьютерная томография головного мозга, (МСКТ), ангиография сосудов мозга, дуплексное сканирование брахиоцефальных сосудов. Тяжесть неврологического статуса определялась по шкале инсульта Национального института здоровья (National Institutes of Health Stroke Scale). Нейропсихологический статус изучался с использованием краткой шкалы оценки психического статуса - Mini-Mental State Examination или MMSE. У всех пациентов при поступлении в стационар оценивался уровень сознания по шкале ком Глазго (ШКГ). Функциональный статус определялся по модифицированной шкале Рэнкина, выражался в баллах. Статистическая обработка и анализ полученных результатов с применением пакета статистических программ Microsoft Excel, Statistica 6.0. В случаях с нормальным распределением признаков применялся t-критерий Стьюдента, результат обозначался $M \pm m$, где M – среднее значение, m – стандартная ошибка. Корреляционный анализ осуществлялся по методу Спирмена.

Результаты исследования. В результате оценки психического статуса (шкала MMSE) средний балл обследования всех пациентов составил $26,86 \pm 0,4$. Расстройства когнитивных функций распределились следующим образом: показатель в пределах

возрастной нормы – 16 (18.84%) случаев, показатель недементных нарушений – 46 (54,14%) случаев, дементные составили 23 (27.92%). Анализ распределения когнитивных нарушений в зависимости от бассейна кровоснабжения показал следующие результаты: в группе ВМА: нет нарушений 21,46%, недементные нарушения 64,34%, дементные 14,2%. В группе ПНМА: нет нарушений 16,73%, недементные нарушения 83,27% дементных не было. В группе ЗНМА: нет нарушений 6,26%, недементные нарушения 46,93%, дементные 46,81%. В группе с инсультами в 2-х бассейнах: нет нарушений 50,12%, недементные нарушения 28,65%, дементные 21,23%. В группе с двусторонними инсультами: нет нарушений – не выявлено, недементные нарушения 80,24%, дементные 19,76%. Установлена статистически значимая корреляция частоты дементных расстройств у больных с мозжечковым инсультом с локализацией очага ишемии в ЗНМА ($p < 0,05$).

У больных с ишемическими инсультами в мозжечке расстройство ориентировки во времени встречалось в 24,72% случаев, нарушение ориентировки в 32,91%, нарушения восприятия в 1,27%, нарушения в выполнении 3-х этапной команды в 21,24%, нарушение памяти регистрировалось в 60,13%, речи и чтения в 72,94%, внимания и счета в 18,82%. Данные расстройства имели различия в зависимости от расположения очага ишемии. Средний балл при оценки психического статуса по шкале MMSE составил: в группе ВМА $3,57 \pm 0,21$, в группе ПНМА $3,58 \pm 0,32$, в группе ЗНМА $2,82 \pm 0,24$, в группе с инсультами в 2-х бассейнах $3,10 \pm 0,24$, в группе с двусторонними инсультами $3,22 \pm 0,23$. При сравнении значений среднего балла показателей НМК установлены **статистически значимые различия**: в ЗНМА и ВМА ($p = 0.01035$), в ЗНМА и ПНМА ($p = 0.01095$). Нарушения речи, памяти, счета и чтения стали возможными благодаря связям мозжечка с другими отделами мозга, а также явлениями диашиза. Распределение баллов по рисованию часов (циферблата и стрелок) в анализируемых группах не достигало статистически достоверных различий, однако общий балл за выполнение задания также был ниже в группе больных с локализацией ишемического инсульта в ЗНМА.

Таким образом, нейропсихологические нарушения, развивающиеся у больных в остром периоде ишемического инсульта мозжечка, имеют значимые особенности в зависимости от бассейна кровоснабжения, локализации очага ишемии и наблюдаются чаще при инсультах мозжечка в бассейне ЗНМА.

Список литературы

1. Калашникова Л.А., Кадыков А.С., Кашина Е.М. с соавт. Нарушение высших мозговых функций при инфарктах мозжечка // Неврол. журн. - 2000. - №1. - С.15-210;
2. Рысалиева Н. Т., Узаков О. Ж. Постинсультные нейропсихологические нарушения // Бюллетень науки и практики. 2020. Т. 6. №7. С. 118-126. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/56/13>
3. Верещагин, Н.В. Инсульт. Принципы диагностики, лечения и профилактики / Н.В. Верещагин, М.А. Пирадов, З.А. Суслина. – М. : Интерме-дика, 2002. – 208 с;
4. Вольф, Ч.Д. Организация медицинской помощи при инсульте: европейский опыт / Ч.Д. Вольф // Современные подходы к диагностике, профилактике и лечению нейродегенеративных заболеваний: сб. науч. тр. междунар. конф. – Новосибирск, 2003. – С. 21–25;
5. Войтенков В. Б., Скрипченко Н. В., Карташев А. В. Нейропластичность и феномен диашиза при поражении центральной нервной системы // Неврологический журнал. 2016. Т. 21. №4. С. 188-193. <https://doi.org/10.18821/1560-9545-2016-21-4-188-193>;
6. Гусев, Е.И. Неврология и нейрохирургия – клинические рекомендации / Е.И. Гусев, А.Н. Коновалов, А.Б. Гехт. – 2007. – 353 с;

7. Коваленко Е. А., Боголепова А. Н. Предшествующие инсульту когнитивные нарушения и их влияние на приверженность терапии // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2018. Т. 10. №2. С. 63-67;
8. Пирадов М. А., Максимова М. Ю., Танащян М. М. Инсульт: пошаговая инструкция. Руководство для врачей. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. 272 с;
9. Carmichael S.T., Tatsukawa K., Katsman D., Tsuyuguchi N., Kornblum H.I. Evolution of diaschisis in a focal stroke model // Stroke. - 2004. - Vol.35. - P.758 -763;
10. Lim J. S., Kwon H. M. Risk of “silent stroke” in patients older than 60 years: risk assessment and clinical perspectives // Clinical interventions in aging. 2010. V. 5. P. 239. <https://doi.org/10.2147/CIA.S7382>
11. Malm J., Kristensen B., Karlsson T. et al. Cognitive impairment in young adults with infratentorial infarcts //Neurology. - 1998. - Vol.51. -N.2. -P.433-40.;

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОПСОКЛОНУС-МИОКЛОНУС СИНДРОМА У ПАЦИЕНТА ПЕРЕНЕСШЕГО НОВУЮ КОРОНОВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ COVID-19

Д.Ш. Камалова, Р.Т. Гайфутдинов, Л.Д. Динниулова
Казанский государственный медицинский университет
г.Казань

Введение. Опсоклонус-миоклонус синдром (ОМС) – редкий неврологический синдромом, часто ассоциированный с паранеопластическим или аутоиммунным процессом, характеризующийся поражением мозжечка и его связей [1]. Данные исследований с применением функциональной МРТ позволяют предположить вовлечение в процесс растормаживания ядра шатра мозжечка [2]. Клиническая картина ОМС представлена произвольными, аритмичными, хаотичными саккадическими движениями глаз с горизонтальным, вертикальным, торсионным компонентами; миоклоническими судорожными подергиваниями мышц, мозжечковой атаксией, тремором, нарушением координации и изменением поведения [3]. В мировой литературе описано 3 пациента 63 – 88 лет с развитием миоклонуса на фоне текущей инфекции COVID-19, при этом его развитие не объяснялось гипоксией, нарушениями метаболизма или действием лекарств. Пациенты получали леветирацетам, вальпроевую кислоту, клоназепам, пропофол, метилпреднизолон, плазмоферез. У всех пациентов миоклонус был купирован, в большей степени за счёт терапии метипреднизолоном и плазмофереза [4]. В другой статье приводится описание 7 наблюдений возникновения ОМС у пациентов в сроки от через 3 дней до 3 недель после начала COVID-19 (подтвержденное ПЦР, КТ изменениями легких). Улучшение состояния наблюдалось в течение 1-2 месяцев после применения вальпроевой кислоты, клоназепама, леветирацетама, внутривенного введения иммуноглобулинов, дексаметазона [5].

Приводится описание клинического случая ОМС, развившегося на 16 день от госпитализации в ВИГ ГКБ№7 г. Казани, где пациент находился с диагнозом: Коронавирусная инфекция, вызванная COVID-19 (ПЦР-мазок положительный от 20, 24, 27 августа 2021 г.), среднетяжелая форма, осложненная внебольничной двусторонней пневмонией, средней степени тяжести. ДН 1-0. Макроаденома. Эрозивный эзофагит. Язвенная болезнь 12-перстной кишки, активная фаза. Состояние после состоявшегося кровотечения. Гипохромная анемия средней степени тяжести. Пациенту было проведено

лечение: дексаметазон, эноксапарин, ципрофлоксацин, цефтриаксон, левофлоксацин, смекта, омепразол, что вероятно послужило одной из причин начавшегося кровотечения и отразилось на дальнейшей тактике ведения пациента.

На следующий день после выписки из стационара 03.09.21 у пациента появились подергивания мышц лица, головы, конечностей, малой интенсивности с тенденцией к нарастанию и сопровождалась шаткостью, неустойчивостью походки. Симптомы прогрессировали, 06.09.21 пациент не мог передвигаться самостоятельно, речь стала нечеткой. 09.09.21 (7 день болезни) ввиду усугубления симптомов, пациент по неотложной помощи был доставлен на лежачей каталке для госпитализации в ГАУЗ ГКБ№18 г. Казани. Из предшествующих заболеваний: гипотиреоз, гипертоническая болезнь, эрозивный гастрит и язвенная болезнь 12-перстной кишки в течение многих лет, курение в прошлом. Макроаденома гипофиза (2x1см), была впервые выявлена при проведении РКТ головного мозга во время госпитализации ВИГ ГКБ№7 и не имела клинических проявлений.

Объективный осмотр: пациент лежит на спине, из-за выраженных подергиваний во всем теле полностью утрачена способность к самообслуживанию: ест и пьет (из трубочки) с посторонней помощью, не может самостоятельно перевернуться со спины на бок. Непроизвольные подергивания усугубляются при волнении и попытках движения, носят хаотичный, множественный характер. Отмечается нечеткость речи, голос «дрожит». Обращает внимание эмоциональная неустойчивость больного. Сознание ясное. Ориентирован месте, во времени верно. Аносмия. Острота и поля зрения не нарушены. Зрачки D=S, фотореакции живые. Нарушено ассоциированное движение глаз, не доводит до наружных спаек обоими глазными яблоками до 2-3 мм. Непроизвольные колебательные движения глазных яблок усиливаются при конвергенции, сохраняются при закрытых глазах, сопровождаются трепетанием век. Речь прерывистая с резкими изменениями модуляции голоса. Глотает жидкость без поперхивания, но с затруднениями связанными потряхиванием головы. Чувствительность сохранена. Проба с удержанием высунутого языка и зажмуриванием глаз затруднительна. Небная занавеска симметрична, подвижна. Оценка состояния рефлекторной сферы, мышечного тонуса, координаторных проб из-за выраженности гиперкинеза затруднительна. Сила мышц достаточна. Менингеальные знаки отрицательны.

Обследование. Общий анализ крови (10.09.21): лейкоциты – $2,98 \cdot 10^9$ /л, эритроциты – $3,14 \cdot 10^{12}$ /л, гемоглобин – 90 г/л, нейтрофилы – $1,73 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 52 мм\ч. Биохимический анализ крови: креатинин 112.6 мкмоль/л, глюкоза 3,38 ммоль/л, АСТ 61 ед/л, Na 129,4 ммоль/л, Cl 109,2 ммоль/л. Коагулограмма (10.09.21) АЧТВ 37,3 сек, ПТИ 72,5%, МНО 1,55, протромбиновое время 18,1 сек, фибриноген 4,2 г/л. Пациент отказался от люмбальной пункции, проведение МРТ из-за выраженности гиперкинеза и последующего ухудшения состояния не представлялось возможным.

Проводилась симптоматическая терапия конвулексом (внутривенно 1500 мг в сутки), бензодиазепинами (феназепам, сибазон) без эффекта. К вечеру того же дня у больного появляется субфебрильная температура ($37,4 \text{ }^\circ\text{C}$), умеренная одышка (ЧДД 24 в мин.), тенденция к понижению АД (115/80) с последующим угнетением сознания до степени сопора. Больной переводится в реанимацию. В анализах крови (12.09.21) лейкоциты – $10,07 \cdot 10^9$ /л, эритроциты – $3,66 \cdot 10^{12}$ /л, гемоглобин – 105 г/л, нейтрофилы – $9,10 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 56 мм\ч. Биохимический анализ крови: креатинин 153.6 мкмоль/л, глюкоза 1,5 ммоль/л, Na 146,4 ммоль/л, Cl 112,7 ммоль/л, билирубин общий 5.74 мкмоль/л, билирубин прямой 1,53 мкмоль/л. Проводится дезинтоксикационная и антибактериальная терапия. Для купирования миоклонических дополнительно назначается тиопентал натрия 1% - 100,0 в/в дробно. Последующие 2 дня состояние пациента прогрессивно ухудшается, что приводит 12.09.21 к остановке сердечной деятельности. Реанимационные мероприятия безуспешны.

На вскрытии, кроме признаков отека (странгуляционная борозда) и макроаденомы гипофиза, каких-либо структурных изменений головного мозга выявлено не было. Среди сопутствующих заболеваний нижнедолевая правосторонняя пневмония, гипертрофия сердечной мышцы.

Заключение. ОМС – неврологический синдром, редко встречающийся у взрослых. Но как показывает мировой опыт, в условиях пандемии Covid-19, таких осложнений может стать больше. Знание о ключевых проявлениях ОМС способствует их точной диагностике и правильному выбору терапии. К сожалению, высокий риск желудочно-кишечных осложнений у нашего больного не позволил нам начать гормональную терапию. Причиной смерти явилось присоединение вторичной бактериальной пневмонии, что в условиях прогрессирующей полиорганной недостаточности привело к ограничению мозговой перфузии с последующим летальным исходом. Тяжелое течение инфекции с последующими осложнениями у коморбидных больных могут быть причинами летальных исходов при Covid-19 – ассоциированном ОМС.

Список литературы

- 1) Н.А. Шнайдер, Е.А. Кантимирова, В.А. Ежикова Синдром опсоклонуса–миоклонуса Нервно-мышечные болезни. 2013; 3: 22-26.
- 2) Алифирова В.М., Валикова Т.А., Пугаченко Н.В., Кубарь Н.В., Ажермачева М.Н., Вершинина Н.Б., Казаков С.Д., Королева Е.С. Опсоклонус-миоклонус синдром (энцефалопатия Кинсбурна) Бюллетень сибирской медицины 2019; 4: 233-238. DOI: 10.20538/1682-0363-2019-4-233-238.
- 3) А.А. Вильниц, О.В. Иозефович, С.М. Харит Клинический случай энцефалопатии Кинсбурна. Журнал инфектологии. 2014; 6: 92-96.
- 4) Rábano-Suárez P, Bermejo L, Méndez A, et al. Neurology. 2020; 95(6):767-772. DOI: 10.1212/WNL.00000000000009829.
- 5) Emamikhah M, Babadi M, Mehrabani M, et al. Opsoclonus-myoclonus syndrome, a post-infectious neurologic complication of COVID-19: case series and review of literature. J Neurovirology. 2021;27(1):26-34. DOI: 10.1007/s13365-020-00941-1.

КЛИНИКО-НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ ДО 7 ЛЕТ (ПО ДАНЫМ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ)

А.В.Коткова

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет»

Минздрава России

г. Нижний Новгород

Введение. В резолюции ВОЗ отмечено, что первостепенными и основополагающими задачами укрепления психического здоровья в мире и снижения инвалидности являются программы по совершенствованию профилактики и ранней диагностики заболеваний [1]. В России, как и в мире, в последние годы наблюдается значительный рост числа детей с психическими расстройствами, что приобрело масштабный характер. Общеизвестно, что факторы риска возникновения психических расстройств у детей могут быть выявлены уже в раннем детском возрасте и часто представлены пограничными психическими расстройствами [2]. Однако, несмотря на то что в детском возрасте такая патология встречается довольно часто, в литературе недостаточно данных об их распространенности

и клинических проявлениях в возрасте до 7 лет [3]. Под пограничными психическими расстройствами (ППР) традиционно понимаются нерезко выраженные нарушения, граничащие с состоянием здоровья и отделяющих его от собственно патологических психических проявлений, сопровождающихся значительными отклонениями от нормы [4]. Понятие ППР в настоящее время является субнозологическим, а заболевания, свойственные этой группе, встречаются в различных рубриках МКБ-10.

Цель исследования. Изучение клинико-нозологической структуры ППР у детей до 7 лет в Нижегородской области с целью формирования групп риска для дальнейшего наблюдения.

Материалы и методы. В исследовании, проведенном в 2020-2021 гг. приняли участие 467 детей (100%) в возрасте от 3х до 7 лет. Применялись катamnестический, клинико-психопатологический, психометрический и статистический методы исследования.

Результаты. Клинико-нозологическая структура ППР у пациентов на основании критериев МКБ-10 распределилась следующим образом: Специфические расстройства речевого развития (F80 по МКБ-10) наблюдались у 78 детей из группы исследования (16,7 %), встречались чаще у мальчиков и клинически проявлялись нарушением артикуляции (дислалия, функциональное расстройство артикуляции), дизартрия, расстройствами экспрессивной и рецептивной речи.

Органические психические расстройства были выявлены у 101 ребёнка (21,6 %), в основном, соответствовали критериям рубрики F06 по МКБ-10 (психические расстройства вследствие дисфункции головного мозга) и проявлялись дефицитом внимания, мнестическими нарушениями, эмоционально-лабильным и астеническим синдромами.

Гиперкинетическое расстройство поведения (F90 по МКБ-10) было зарегистрировано у 94 пациентов (20,1 %) в возрасте 5 лет и старше; в данной выборке преобладали лица мужского пола. Клинико-психопатологическая характеристика была представлена такими проявлениями, как нарушение активности и внимания, гиперкинетическое расстройство поведения, а также другими различными видами нарушения поведения.

Одними из наиболее представленных в исследовании являлись эмоциональные расстройства детского возраста (F93 по МКБ-10) и тревожно-фобические расстройства (F40 по МКБ-10), объединенные в общую группу по схожим клиническим проявлениям у детей; доля этих расстройств составляла 38,9 % (182 ребенка). Чаще все родители предъявляли жалобы на страхи, боязнь определённых социальных ситуаций, приводящих к нарушению адаптации, расстройства, связанные с разлукой с матерью, а также различные соматические симптомы, нарушения сна.

Единичными случаями были представлены обсессивно-компульсивные расстройства (F42 по МКБ-10) – 3 детей (0,6%), расстройства пищевого поведения (F50 по МКБ-10) - 7 пациентов (1,5 %) и реакция на тяжелый стресс и нарушение адаптации (F43 по МКБ-10) - 2 (0,4 %) ребенка.

Заключение. Таким образом, полученные данные подтверждают высокую распространенность ППР у детей и значимость необходимости наблюдения за таким контингентом пациентов с целью формирования групп риска для дальнейшего наблюдения и своевременного начала профилактических и лечебно-реабилитационных мероприятий

Список литературы

1. Quenneville A.F., Kalogeropolou E., Kung A.L., Hasler R., Nicasto R., Prada P., Peroud N. Childhood maltreatment, anxiety disorders and outcome in borderline personality disorder. *Psychiatry Res.* 2020; 10: 284.

2. Porter C., Palmier-Claus J., Branitsky A., Mansell W., Warwick H., Varese F. Childhood adversity and borderline personality disorder: a meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand.* 2020; 141(1): 6-20.
3. Vasilieva L.V., Evert L.S., Tereshchenko S.Y., Gorbacheva N.N., Mochalkina IM. Borderline mental disorders in schoolchildren. *Zh Nevrol Psikhiatr Im S.S. Korsakova.* 2015;115(4):16-19.
4. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. Руководство для врачей/ Ю.А.Александровский. – Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2021: 5-6. / Aleksandrovsky Yu.A. Borderline mental disorders. A guide for doctors / Yu.A. Aleksandrovsky. - Moscow, GEOTAR-Media, 2021: 5-6. [in Russian].

АФФЕКТИВНЫЕ И КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА, И ИХ СОЧЕТАНИЕ В ЭПОХУ COVID-19

И.Б.Карпухин, Е.В.Карпухина, А.С. Мюллер
ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России
г.Нижний Новгород

Актуальность. Пандемия COVID-19 стала причиной серьезного кризиса в системе здравоохранения, затронувшей несколько стран. На сегодняшний день зарегистрировано более 240 000 000 случаев заболевания новой коронавирусной инфекцией. Эпидемии такого масштаба всегда связаны с неблагоприятным воздействием на психическое здоровье населения и должны рассматриваться в ключе психотравмирующего события. Оно может привести к развитию целого ряда психических расстройств, таких как аффективные, когнитивные нарушения, развитие аддиктивного поведения и т.д. [1]

Вне зависимости от того, удаётся ли контролировать вспышки COVID-19, широкое распространение заражения и меры изоляции неизбежно имеют негативный психологический эффект. Данные эффекты могут иметь последствия для психического здоровья людей, затронутых COVID-19, быть связаны с мерами профилактики или социально-экономическими последствиями для населения в целом. [2]

Кроме того, определенные слои населения, такие как пожилые люди, дети и медицинские работники, являющиеся группами риска, могут сообщить о повышении уровня психологического стресса, связанного с пандемией и её последствиями.

По данным проведённого в США и Великобритании масштабного исследования, в котором участвовали 236 000 человек, перенёсших COVID-19, каждый третий пациент, выздоровевший после коронавирусной инфекции, страдает от психического либо нервного расстройства даже спустя полгода после заражения.

Было установлено, что наиболее распространёнными среди психических расстройств оказались тревожное расстройство (у 17% переболевших) и аффективное расстройство (14%). У 13% пациентов данные диагнозы были выставлены впервые. [3]

Аффективные расстройства. В большей степени COVID-19 и карантинные меры оказывают негативное психическое воздействие на следующие группы населения: лица старшей возрастной группы, люди с психическими расстройствами, медицинские работники, женщины и учащиеся. В структуре психопатологических состояний, связанных с коронавирусной инфекцией, особе место замещают депрессивные и тревожные расстройства. Кроме них большое распространены посттравматическое стрессовое расстройство, нарушения сна и обсессивно-компульсивная симптоматика. [4]

В ходе нескольких зарубежных исследований, было установлено, что после пандемии у большинства людей, перенесших коронавирусную инфекцию или подвергнутых

ограничительным мерам, связанным с данной инфекцией, выявлялось более низкий уровень психологического благополучия, а показатели тревожности и депрессии, наоборот значительно повысились в сравнении с периодом до COVID-19. [5]

Кроме того, несмотря на низкий процент заражений среди помещённых на карантин по COVID-19, люди указывали на наличие высокого уровня тревоги, чувство возмущения и гнева, которые имели тенденцию сохраняться и после выхода из изоляции. В большей степени от тревожности страдали женщины. По оценкам зарубежных специалистов, общая распространенность генерализованного тревожного расстройства среди населения составила - 35,1%. Симптомы тревоги чаще возникали у людей среднего возраста.

Когнитивные расстройства. Среди выписавшихся из отделения интенсивной терапии после острой дыхательной недостаточности или шока любой этиологии у трети людей наблюдалась глубокая степень когнитивных нарушений. Одним из объяснений формирования стойких нарушений памяти у переживших COVID-19 отчасти является повреждение гиппокампа. Чаще всего данные расстройства возникали у пациентов, страдающих острым респираторным дистресс-синдромом, нуждающихся в искусственной вентиляции легких или находящихся в отделении интенсивной терапии. [6]

В ходе ряда исследований было показано, что выздоровевшие пациенты с COVID-19, испытывавшие усталость через 2-3 месяца после начала заболевания, также имели дефицит управляющих функций и зрительно-пространственной обработки. Эти состояния связаны с ухудшением физического, когнитивного и психического здоровья, сохраняющимся после первоначального заболевания. [7]

Нейропсихиатрические осложнения, связанные с новой коронавирусной инфекцией. Однако, было установлено, что даже лёгкие формы COVID-19 способны приводить к когнитивным расстройствам.

Было установлено, что более 70% пациентов, протестированных с помощью «Modified Telephone Interview for Cognitive Status» имели нарушения когнитивных функций, в частности, наблюдались снижение кратковременной памяти, внимания и концентрации, затруднения при решении языковых задач.

Заключение. Таким образом, на данный момент вопрос рассмотрения эпидемии COVID-19 как потенциального источника психических расстройств крайне важен. Долгосрочное воздействие COVID-19 на психическое здоровье ещё недостаточно изучено, в том числе и из-за того, что нарастание симптомов неочевидно.

В заключение можно сказать, что пандемия COVID-19 значительным образом повлияла на психическое здоровье общества, особенно медицинских работников, пациентов и лиц, находящихся на карантине, а также пациентов с неинфекционными хроническими заболеваниями. Среди данных групп населения отмечался наиболее высокий риск проблем с психическим здоровьем.

Список литературы

1. Rajkumar RP. COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian J Psychiatr.* 2020 Aug;52:102066. doi: 10.1016/j.ajp.2020.102066. Epub 2020 Apr 10..
2. Talevi D, Socci V, Carai M, Carnaghi G, Faleri S, Trebbi E, di Bernardo A, Capelli F, Pacitti F. Mental health outcomes of the CoViD-19 pandemic. *Riv Psichiatr.* 2020 May-Jun;55(3):137-144.
3. Taquet, Maxime & Geddes, John & Husain, Masud & Luciano, Sierra & Harrison, Paul. (2021). 6-month neurological and psychiatric outcomes in 236 379 survivors of COVID-19: a retrospective cohort study using electronic health records. *The Lancet Psychiatry.*

4. Mazza MG, De Lorenzo R, Conte C, Poletti S, Vai B, Bollettini I, Melloni EMT, Furlan R, Ciceri F, Rovere-Querini P; COVID-19 BioB Outpatient Clinic Study group, Benedetti F. Anxiety and depression in COVID-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors. *Brain Behav Immun.* 2020 Oct;89:594-600. doi: 10.1016/j.bbi.2020.07.037. Epub 2020 Jul 30.
5. Vindegaard N, Benros ME. COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain Behav Immun.* 2020 Oct.
6. Ritchie, K., Chan, D., & Watermeyer, T. The cognitive consequences of the COVID-19 epidemic: collateral damage?, *Brain Communications*, Volume 2, Issue 2, 2020.
7. Hosey, M.M., Needham, D.M. Survivorship after COVID-19 ICU stay. *Nat Rev Dis Primers* 6, 60 (2020).

НЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ВРЕМЕННЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ГОСПИТАЛЕЙ: РОЛЬ ТЯЖЕСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ТРУДА

М.Ш. Музафарова., А.Т. Файзутдинова.
Казанский государственный медицинский университет

Поражения нервной системы у медицинских работников по распространенности и длительности временной утраты трудоспособности превышают соответствующие показатели всего работающего населения [1]. В качестве одной из основных причин высокой заболеваемости медиков рассматривают специфику профессиональной деятельности [2-4]. Труд медицинских работников нередко связан с воздействием факторов, которые могут приводить к нарушению их здоровья, что, в свою очередь, может негативно сказываться на качестве оказания медицинской помощи населению. В этой связи оценка условий труда медицинских работников, проведение своевременных профилактических мероприятий, направленных на предупреждение развитие патологических процессов в организме, возникших в ходе профессиональной деятельности, является важным направлением современного здравоохранения. Целью данного исследования был анализ связи клинической неврологической симптоматики и гигиенических характеристик условий труда медицинских работников временных инфекционных госпиталей.

Материал и методы исследования. Всего в исследование было отобрано 34 медицинских работников (М/Ф 2/32), из которых основную группу исследования составили 10 медицинских сестер и 10 санитарок временного инфекционного госпиталя (ВИГ), которые в течение 1 года работали с тяжелыми пациентами с новой корона-вирусной инфекцией. В контрольную группу вошли медицинские работники среднего (n=9) и младшего (n=5) звена неинфекционного отделения стационара. Средний возраст основной группы 39,3±8,2 лет, общий стаж работы 20,7±7,8 лет, аналогичные показатели контрольной группы 45,6±6,6 лет и 24,9±5,5 лет, соответственно.

Для сбора данных была составлена анкета, включающая вопросы открытого и закрытого характера, направленные на выявление наличия жалоб со стороны здоровья, а также на определение условий профессионального труда. Респонденты с хроническими заболеваниями, требующими медикаментозной коррекции, не вошли в выборку. В рамках гигиенической оценки условий труда был проведен анализ тяжести трудового процесса, в том числе, физической динамической и статической нагрузки на верхние конечности, стереотипных рабочих движениях за смену, рабочей позы и перемещения в пространстве

на основе Р 2.2.2006–05 «Руководство по гигиенической оценке факторов рабочей среды и трудового процесса. Критерии и классификация условий труда». Статистическую обработку данных проводили с использованием параметрических и непараметрических критериев. Статистически значимым считали уровень $p < 0,05$.

Результаты исследования. В целом наиболее часто респонденты предъявляли жалобы на болевой синдром (у 74%) и головокружения (52,3%), преимущественно несистемного характера. Жалобы на эпизоды тахикардии или повышения артериального давления отмечены, соответственно у 41,2% и 26,5%. Локализация болей была различной: головная боль (52,3%), боли в суставах конечностей (38%), в пояснице (33,25%), в области спины (13%) и шеи (12,75%). Большинство респондентов (74%) испытывали боли различной локализации (2 и более из обозначенных выше). Причем 48% респондентов, испытывающих боль различной локализации, оценивали интенсивность болей в 7 баллов и выше по шкале ВАШ. В 71,7% случаях боли носили ноющий характер и длились часами или сутками. Приступообразные острые боли наблюдались в 37,7 % случаях. Большую часть болей респонденты связывали с характером выполняемой работы, лишь в 39,6% - с бытовыми стрессами.

Анализ условий труда показал, что у 85,3% респондентов в целом работа связана с подъемом и переносом тяжестей, причем 64% из них, работают с неудобными для подъема и переноса грузами. 71,7% респондентов удерживают груз на весу более 50% времени в течение всей рабочей смены. Средний вес груза составил $4,6 \pm 2,4$ кг. При этом младший медперсонал в основном удерживает груз одной рукой, а средний медицинский персонал с участием мышц корпуса, ног и двумя руками. Практически все респонденты (97,06%) совершают работу, удерживая голову с наклоном свыше 45 градусов, причем большая часть респондентов вынуждены работать в таком положении более половины рабочей смены. Все респонденты в ходе своей деятельности вынуждены сохранять согнутое положение более 30 и 45 градусов 48% и 39,3% рабочей времени, соответственно. **Превалирующую часть рабочей смены (78%) респонденты проводят на ногах. Относительно сидячей работы 44% респондентов утверждают, что на рабочем столе недостаточно места для расположения предплечий и кистей рук.**

При сопоставлении основной и контрольной групп выявлено, что среди среднего медперсонала основной группы жалобы на головные боли встречаются чаще, чем среди среднего медперсонала контрольной группы ($p=0,045$). При сравнении 23 показателей тяжести труда в основной и контрольной группах: мед. сестры основной группы по сравнению с контрольной имеют достоверно более высокие значения четырех показателей (региональной нагрузки (мышцы рук и плечевой пояс) при перемещении груза на расстояние до 1 м, разовый подъем и перемещение тяжести, количество вынужденных наклонов корпуса более 30 градусов и количество времени, проводящем в сидячем положении) и более низкие по трём (общие нагрузки с перемещением тяжести на расстоянии более 5 м, стереотипные движения пальцами кистей и статической нагрузке с участием мышц корпуса и ног); для младшего мед. персонала основной группы выше значения пяти показателей (региональной нагрузки (мышцы рук и плечевой пояс) при перемещении груза на расстояние до 1 м, статическая нагрузка одной рукой, количество подъемов и перемещений груза с рабочей поверхности, доля смены, находящаяся в неудобном и фиксированном положении, количество вынужденных наклонов корпуса более 30 градусов) и ниже значения четырех показателей (разовая масса груза, стереотипные движения пальцами кистей и плечевым поясом и доля смены, находящаяся с наклоном головы более 45 градусов).

Среди среднего медицинского персонала инфекционного отделения была выявлена прямая корреляционная связь эпизодов тахикардии и работы в положении стоя ($p=0,042$).

В группе среднего медицинского персонала неинфекционного отделения была выявлена прямая корреляционная связь головных болей с наклоном корпуса более 45 градусов ($p=0,018$) и перемещениями по вертикали ($p=0,025$). Боли другой локализации коррелировали ($p=0,018$) с физической динамической нагрузкой, с массой груза, поднимаемой и перемещаемой вручную, со стереотипными движениями и статической нагрузкой. Была выявлена связь головокружений с наклонами корпуса более 45 градусов и перемещениями по вертикали ($p=0,018$ и $0,025$, соответственно), а также эпизодов тахикардии со стереотипными движениями плечевым поясом ($p=0,04$). Головные боли младшего медперсонала инфекционных отделений коррелировали с неудобной фиксированной позой и наклонами корпуса более 45 градусов ($p=0,025$ и $0,035$, соответственно). Среди респондентов неинфекционного отделения была выявлена прямая корреляционная связь головных болей со стереотипными движениями плечевым суставом и кистью ($p=0,044$ и $0,03$, соответственно).

Таким образом, различные болевые феномены и головокружения часто наблюдаются у медицинских работников среднего и младшего звена. Выявлена корреляционная связь клинической симптоматики и отдельных характеристик тяжести, и напряженности труда медицинских работников. У медицинских сестер, работающих в ВИГ, отмечается большая частота головных болей. Одной из причин этого, могут быть повышенные значения у работающих в ВИГ таких показателей тяжести труда, как региональные нагрузки на мышцы рук и плечевой пояс при перемещении груза на расстояние до 1 м, разовый подъем и перемещение тяжести, количество вынужденных наклонов корпуса более 30 градусов и количество времени, проводящем в сидячем положении. Результаты исследования могут быть использованы при разработке индивидуальных профилактических и восстановительных программ для медицинских работников.

ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА НА КОГНИТИВНЫЙ ПРОФИЛЬ ПАЦИЕНТОВ С МАЛЬФОРМАЦИЕЙ КИАРИ 1 ТИПА

Е.Г. Менделевич., Р.Г. Кокуркина.

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» МЗ РФ
г. Казань

Боль представляет собой комплексный феномен, в формировании которого наряду с сенсорным компонентом принимают участие эмоционально-аффективный, когнитивный и социальный компоненты [3,6,8]. Когнитивный компонент, связанный с болевым синдромом, широко изучается при разных патологиях в контексте реципрокных взаимоотношений [2-5,7].

В последние годы все больший интерес набирает изучение возможной когнитивной дисфункции, как еще одного «нового» компонента симптомокомплекса клинических проявлений при мальформации Киари 1 (МК 1). МК 1, связанная с недоразвитием задней черепной ямки (ЗЧЯ) и опущением миндалин мозжечка в спинальное субарахноидальное пространство, традиционно характеризуется набором ликвородинамических и мозжечково-стволовых расстройств. Одним из элементов симптомокомплекса, влияющих на качество жизни пациентов с МК 1, является головная боль. Частота жалоб пациентов с МК 1 на головные боли различного характера достигает 81 - 90% [1]. Развитие при МК 1 когнитивных нарушений имеет множество гипотез. В рамках одной из них можно предполагать влияние хронического болевого синдрома.

Цель исследования. Оценка влияния болевого синдрома на особенности когнитивного функционирования у пациентов с МК1 и синдромом тесной задней черепной ямки (ЗЧЯ).

Материалы и методы. Всего было обследовано 46 пациентов с мальформацией Киари 1 типа в возрасте от 19 до 43 лет с эктопией миндалин мозжечка от 3 мм при тесной ЗЧЯ до 14 мм по данным МРТ головного мозга с оценкой линейных и объемных показателей ЗЧЯ (МР-томограф с индукцией магнитного поля 1,5 Т), а также 15 человек эквивалентного статуса из контрольной группы. У пациентов были исключены иные патологии, которые могли бы определять развитие когнитивных расстройств. Пациенты с МК1 были разделены на две группы: 1 группа - МК1 + ХГБ (хронические головные боли частотой более 15 раз в месяц) - 24 человека; 2 группа – МК1 + ЭГБ (эпизодические головные боли от 2 до 9 раз в месяц) - 22 человека. Всем обследуемым проводилась оценка неврологического статуса с предварительным сбором анамнестических данных. Для оценки болевого синдрома и его характеристик нами были использованы опросник SF-MPQ-2-RU и шкала ВАШ. Нейропсихологическое тестирование с оценкой когнитивной функции проводилось с использованием шкал MMSE и МОСА.

Результаты и обсуждение. По данным SF-MPQ-2-RU пациенты 1 группы (МК1 + ХГБ) описывали ее как ноющую 27%, испытывали тяжесть и напряжение 33%, указывали на утомляющую головную боль 43% пациентов. Средний балл по ВАШ составил $7,0 \pm 0,66$. У пациентов 2 группы (МК1 + ЭГБ) имело место ощущение тяжести (12%) и напряжения (20%). Средний балл по шкале ВАШ был на уровне $2,8 \pm 0,36$. Пациенты из контрольной группы так же характеризовались наличием головных болей (эпизодических 66%, хронических и частых эпизодических 13%) следующего характера: чувство тяжести (8%), напряжение (10%), ноющие головные боли (7%), по шкале ВАШ - $2,5 \pm 0,56$ баллов. В 1 группе пациентов (МК1 + ХГБ) средний балл по шкале ВАШ был достоверно выше в сравнении со 2 группой (МК1 + ЭГБ) и контрольной группой ($p \leq 0,05$).

Оценка общего когнитивного статуса пациентов с МК1 при помощи шкалы MMSE показала некоторые различия по сравнению с контрольной группой. Средний балл у пациентов 1 группы (МК1 + ХГБ) составил $28,3 \pm 0,29$, что достоверно ниже значения контрольной группы $29,2 \pm 0,26$ ($p \leq 0,05$), тогда как у пациентов 2 группы (МК1 + ЭГБ) этот показатель был на уровне контрольной группы $28,7 \pm 0,26$ и $29,2 \pm 0,26$ соответственно ($p \geq 0,05$). Однако между двумя группами пациентов с МК1 не было значимых различий ($p \geq 0,05$).

Оценка когнитивного статуса по отдельным доменам с использованием теста МОСА продемонстрировала у пациентов 1 группы (МК1 + ХГБ) показатели $26,6 \pm 0,30$, а во 2 группе пациентов (МК1 + ЭГБ) $27,5 \pm 0,35$. Это позволило предположить наличие специфического когнитивного дефицита у данных пациентов, особенно касающихся доменов исполнительного функционирования и визуально-пространственных навыков. Были установлены достоверные различия по тесту МОСА в сравнении с контрольной группой ($28,7 \pm 0,34$) ($p \leq 0,05$). Также были и различия между двумя группами пациентов с МК1. Так, пациенты 1 группы (МК1 + ХГБ) по результатам нейропсихологического тестирования имели более низкий балл по сравнению с пациентами 2 группы (МК1 + ЭГБ) ($p \leq 0,05$), что указывает на возможность участия болевого синдрома в структуре когнитивной дисфункции при МК1.

Выводы. Таким образом, головные боли, являющиеся частым симптомом у пациентов с МК1 при наличии хронического и частого эпизодического их характера, могут быть одним из значимых факторов, принимающих участие в комплексном процессе формирования когнитивной дисфункции при данной патологии. Наиболее значимое

снижение когнитивных показателей у пациентов с МК1 связано с доменами исполнительного функционирования и визуально-пространственных навыков.

Список литературы

1. Headache in Chiari Malformation / A.F. Bezuidenhout, Y.M. Chang, C.B. Heilman, R.A. Bhadelia // Neuroimaging clinics of North America. – 2019. – Vol. 29, N 2. – P. 243 – 253.
2. Differential effects of physical activity and sleep duration on cognitive function in young adults / K. Kato, K. Iwamoto, N. Kawano [et al.] // Journal of sport and health science. – 2018. – Vol. 7, N 2. – P. 227 – 236.
3. Feasibility of breaking up sitting time in mainstream and special schools with a cognitively challenging motor task / E. Mazzoli, H. Koorts, J. Salmon [et al.] // Journal of sport and health science. – 2019. – Vol. 8, N 2. – P. 137 – 148.
4. Moriarty O. The effect of pain on cognitive function: A review of clinical and preclinical research / O. Moriarty, B.E. McGuire, D.P. Finn // Progress in neurobiology. – 2011. – Vol. 93, N 3. – P. 385 – 404.
5. Peters M. L. Emotional and Cognitive Influences on Pain Experience / M.L. Peters // Modern trends in pharmacopsychiatry. – 2015. – Vol. 30. – P. 138 – 152.
6. Williams A. Updating the definition of pain / A. Williams, K.D. Craig // Pain. – 2016. – Vol. 157, N 11. – P. 2420 – 2423.
7. Zheng K. Publications on the Association Between Cognitive Function and Pain from 2000 to 2018: A Bibliometric Analysis Using CiteSpace / K. Zheng, X. Wang // Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research. – 2019. – Vol. 25. – P. 8940 – 8951.
8. Коберская Н. Когнитивные расстройства, ассоциированные с хронической болью / Н.Н. Коберская, Г.Р. Табеева // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2017. - Т. 9, №3. – С. 4 – 9.

ОТДЕЛЬНЫЕ ОРГАНИЗАЦИОННО - ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ, СВЯЗАННЫЕ С НЕСУБСТАНТИВНЫМИ ЗАВИСИМОСТЯМИ

Т.Г.Погодина., С.В.Руденко., А.Г.Суслова.
Нижегородская Академия МВД России

Введение. Несубстантивная или поведенческая зависимость развивается ввиду стремления к изменению своего психического состояния без использования химических веществ. В настоящее время появляются все новые ее виды, не отраженные в действующих правовых нормах. В 11 версии Международной классификации болезней (МКБ 11) рассматривается вопрос о существовании такой зависимости как самостоятельной нозологической единицы В представленном исследовании рассмотрены случаи, когда несубстантивная зависимость приводит не только к отклонению от социально приемлемых норм поведения, но и к нарушению закона. Несмотря на то, что она может сочетаться с девиантным юридически значимым поведением, в рамках рассмотрения дел в правовом поле эти понятия не должны отождествляться.

Основная часть. В гражданском процессе одной из наиболее известных несубстантивных зависимостей, представляющих собой форму девиантного поведения и являющихся основанием для ограничения дееспособности, является игромания. В соответствии со ст. 30 ГК РФ ограничение в правах и назначение по суду попечителя возможно, так же как при наличии алкоголизма и наркомании, лишь в тех случаях, когда

доказано, что зависимость стала причиной тяжелого материального положения семьи [1]. Но, даже при ограничении игромана в правах остается реально существующая проблема, когда данный гражданин неким образом все же получает в пользование и проигрывает как деньги, так и имущество. Введение специальных игорных зон и существенное усечение количества легальных игровых заведений (букмекерские конторы, тотализаторы, пункты приема ставок), привело к развитию большого числа нелегальных или полунелегальных организаций [2]. Даже в тех случаях, когда проигрыш произошел в допустимой игровой зоне, вернуть его, основываясь на судебной практике, весьма непросто. Несмотря на положения ст. 171 ГК РФ, определяющей правовые последствия сделки, совершенной недееспособным гражданином, а именно возвращения предмету сделки статуса-кво, сделать это не всегда возможно и ответственность будет лежать на попечителе, который отвечает за ограниченного в правах подопечного. Поскольку на сегодняшний день не существует никакой централизованной базы данных для проверки сведений об ограничении или недееспособности того или иного гражданина, игровое заведение не может знать о такой особенности игрока, в связи с чем чаще всего «уходит» от ответственности. При этом можно говорить о существовании о существовании личностей, склонных к аддиктивному поведению. Как показывают эмпирические исследования, правонарушители – игроманы, привлеченные к уголовной ответственности и отбывающие срок, зачастую злоупотребляли алкоголем, психоактивными веществами, а так же в некоторых случаях имели сексуальные отклонения (парафилии)[4]. Более того, у некоторой категории преступников-рецидивистов прослеживается зависимость от преступного поведения, при которой они получают удовольствие от деструктивной деятельности. Феномен зависимого преступного поведения научно обоснован применительно к таким видам преступлений, как серийные убийства, изнасилования, кражи, терроризм. Как известно, юридический критерий невменяемости заключается в отсутствии у лица способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) (интеллектуальный аспект), либо руководить ими (волевой аспект) из-за психического расстройства, расцениваемого как медицинский критерий на основании ст. 21 УК РФ[3]. В соответствии с этим аддикты могут быть признаны вменяемыми или ограниченно вменяемыми. Но не только игромания как несубстантивная зависимость приводит к плачевным последствиям. На слуху проблема «интернет-зависимости», которой может быть подвержен любой человек. Правоотношения, возникающие в данной сфере урегулированы не достаточно. Интернет в настоящее время используют люди разного возраста, социального статуса. Появился новый термин – веб-серфинг, а социальные сети становятся политическим инструментом и используются для организации протестных акций, мероприятий, координации переворотов. По отдельным данным до 80% вербовки в террористические и радикальные организации происходят через интернет-пространство. Социальная приемлемость нехимических аддикций, может стать причиной того, что лица с подобными проблемами претендуют на службу в органах безопасности [5]. Профессиональная деятельность таких сотрудников не столь продуктивна, так как присутствуют проблемы с волевой регуляцией деятельности.

Заключение. Поведенческие зависимости влекут за собой реальные проблемы, а порой – необратимые последствия. Данное расстройство может быть причиной, запустившей механизм преступной деятельности при мошенничестве, растратах, кражах, подделке документов. Ограничение дееспособности в гражданском процессе в связи с несубстантивными зависимостями сегодня возможно лишь при увлечении азартными играми, в то время как те же аддикции отношений и интернет-зависимость влекут за собой плачевные последствия для близких зависимого. Проблемой для социума является и отсутствие единого реестра лиц, лишенных дееспособности, что делает возможными

имущественные сделки с их участием. В настоящее время только начинается его формирование в рамках Единой информационной системы нотариата, но доступ к такому реестру ограничен. В частности, для сотрудников легальных игровых заведений эта возможность по-прежнему не предусмотрена. Выявление несубстантивных зависимостей при прохождении профотбора, проведении различных экспертиз, также является серьезной проблемой, требующей решения.

Список литературы

Нормативно-правовые акты.

1. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая) от 30.11.1994 N 51-ФЗ (ред. от 12.05.2020) / Собрание законодательства РФ, 05.12.1994. [Электронный источник] / http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_5142/ (дата обращения 20.10.2021).
2. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 N 63-ФЗ (ред. от 05.04.2021, с изм. от 08.04.2021) [Электронный источник] http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_10699/ (дата обращения 20.10.2021).
3. Федеральный закон «О государственном регулировании деятельности по организации и проведению азартных игр и о внесении изменений в некоторые законодательные акты Российской Федерации» от 29.12.2006 N 244-ФЗ (ред. От 31.07.2020) [Электронный источник] / http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_64924/ (дата обращения 20.10.2021).
4. Лилухин А.М., Баблюян Н.В., Катаян А.С., Лебедева Д.С. Аддиктивное поведение как разновидность девиации: социологический анализ // Государственное и муниципальное управление. Ученые записки. 2019. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/addiktivnoe-povedenie-kak-raznovidnost-deviatsii-sotsiologicheskiiy-analiz> (дата обращения: 20.10.2021).
5. Яковлев В.А. Формирование зависимого поведения и его преодоление [Электронный ресурс]: Персонализированная психиатрия. URL: https://personpsy.ru/slovar_ponjatij/Psihicheskie_povedencheskie_rasstrojstva/zavisimosti.php (дата обращения: 20.10.2021).

ВНЕДРЕНИЕ УСКОРЕННОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ В СПИНАЛЬНОЙ НЕЙРОХИРУРГИИ У ДЕТЕЙ: МИФ ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ?

А.П. Сайфуллин., А.Е. Боков., А.Я. Алейник., Ю.А.Израелян., С.Г.Млявых.
ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет (ПИМУ)»
МЗ РФ г. Нижний Новгород, Россия

Введение. Для хирургии позвоночника технология ускоренного восстановления после операции (ERAS) является относительно новой парадигмой, в связи с чем в последние годы отмечается рост публикаций по этой теме. Однако, количество работ, посвященных реализации ERAS программы (протокола) в спинальной хирургии у детей, крайне ограничено. Это обуславливает необходимость проведения дальнейших исследований, чтобы определить, может ли ERAS быть востребована и полезна в детской спинальной нейрохирургии так же, как и у взрослых?

Материалы и методы. Авторы провели систематический обзор литературы по ERAS в хирургии позвоночника и спинного мозга у детей, и подростков до 4 марта 2021 с использованием основных баз данных медицинской литературы и поисковых ресурсов

PUBMED/MEDLINE, Google Scholar, Cochrane Library и eLIBRARY согласно рекомендациям PRISMA и критериев включения, и исключения PICOS.

Результаты. Согласно критериям, было проанализировано 12 публикаций, содержащих информацию о лечении 2145 детей, средний возраст составил 14,0 лет (от 7,2 до 16,1). В рассматриваемых публикациях среднее количество ключевых элементов программы ERAS составило 9 (от 2 до 20), а всего было выделено 23 элемента, которые применяются в спинальной хирургии у детей и подростков. Наиболее часто применяемыми элементами стали предоперационное обучение и консультирование, профилактика инфекционных осложнений и кишечной непроходимости, мультимодальная анальгезия, отказ от рутинного использования дренажей, назогастральных зондов и мочевых катетеров, стандартизированный протокол анестезии, ранняя мобилизация и энтеральная нагрузка. Внедрение в клиническую практику ERAS протокола позволило по сравнению с группой контроля снизить уровень осложнений на 8,2% (от 2 до 19%), объём кровопотери на 230 мл (от 75мл до 427 мл), время операции на 83 минуты (от 23 до 144 минут), сроки госпитализации на 1,5 дня (от 0,5 до 3 суток) и общую стоимость лечения на \$2258,5 (от \$860 до \$5280). ERAS программа была реализована в детских клиниках США (75%), Франции (8%) и Канады (17%).

Выводы. По данным проведенного систематического обзора литературы авторы приходят к мнению, что технология ускоренного восстановления после операции (ERAS) является многообещающей технологией, улучшающей результаты хирургического лечения и применимой в детской практике. Существует ощутимая нехватка опубликованных исследований, оценивающих внедрение ERAS в детскую хирургическую практику в целом, и в хирургии позвоночника в частности, в связи с чем требуются дальнейшие проспективные рандомизированные исследования для оценки ERAS в спинальной нейрохирургии детей и подростков.

К ВОПРОСУ О РЕАБИЛИТАЦИИ КОНТИНГЕНТА ПРОЖИВАЮЩЕГО В ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ИНТЕРНАТАХ

М.С. Самородова., Т.В. Рысцова

Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Тамбовская
психиатрическая клиническая больница»

Г Тамбов

Введение. Психоневрологический интернат (сокращенно ПНИ) - это социальное учреждение для проживания пожилых людей и инвалидов старше 18 лет, страдающих хроническими психическими расстройствами [1]. Основной задачей ПНИ является не вылечить или изолировать человека, а обеспечить ему условия для комфортного проживания, поскольку обслужить себя самостоятельно он не в состоянии. На деле же, по словам экспертов, сюда могут попасть и те, кому просто некуда идти, от кого отказались родственники или кому диагноз поставили «по ошибке». Для того чтобы выявить таких непрофильных пациентов и расширить спектр стационарозамещающих технологий, применяемых в социальном обслуживании людей, страдающих психическими расстройствами Министерством труда и социальной защиты РФ был утвержден план мероприятий (дорожная карта) по развитию в России стационарозамещающих технологий социального обслуживания граждан, страдающих психическими расстройствами. В ходе

реализации дорожной карты предполагается создать условия для сопровождаемого проживания людей, страдающих психическими расстройствами, и приобретения ими бытовых навыков, необходимых для самостоятельной жизни, получения образования и трудоустройства. Планируется развивать институт приемных семей для одиноких людей с психическими расстройствами и привлечение волонтеров и НКО к помощи и социальному сопровождению таких людей[2]. В документе также оговариваются вопросы по оказанию финансовой и социальной поддержки родственникам людей с психическими расстройствами, которые ухаживают за ними. Предполагаемым результатом мероприятий по реформе психоневрологических интернатов в России является увеличение числа пациентов с психическими расстройствами, получающих социальные услуги в полустационарной форме или в форме социального обслуживания на дому, а не в ПНИ.

Основная часть. Как мы видим, в последнее время активно разрабатываются проблемы интеграции лиц с психическими расстройствами, в том числе и проживающих в ПНИ в современное общество, однако можно заметить и отрицательную тенденцию. Так в силу стойкого девиантного поведения (кражи, алкоголизация, конфликты с медицинским персоналом, драки с людьми проживающими в ПНИ), пациенты ПНИ неоднократно направляются на стационарное лечение в психиатрические больницы. После проведенного лечения и коррекции состояния пациенты возвращаются в ПНИ, но продолжают нарушать режим. Процесс больных направленных на восстановление дееспособности оказался также невозможным, в связи с агрессивностью, склонностью от отказа поддерживающего лечения. В результате чего психоневрологические интернаты вынуждены отказаться от опеки над пациентами. Так в течение 2020г из домов интернатов были возвращены в психиатрическую больницу 8 человек. Анализ переведенных пациентов по нозологической структуре показывает, что: 75 % возвращенных пациентов, составляют больные с диагнозом: Шизофрения параноидная форма (стаж заболевания 10-15лет), 25% пациенты с диагнозом: Деменция вследствие эпилепсии (стаж заболевания 25-30 лет). Анализ психологического обследования до поступления в интернат и после возвращения в стационар психиатрической больницы говорит о нарастании изменений со стороны психической сферы. Углубление эмоционально-волевого дефекта (психопатоподобного) у больных с шизофренией. У больных с деменцией вследствие эпилепсии не отмечались нарастания снижения интеллектуальных функций, но усугублялись эксплозивные черты характера (грубость, конфликтность, агрессивность), что способствовало девиантному поведению.

Заключение. Таким образом, существует противоположная тенденция намерению медицинского сообщества реабилитировать для самостоятельного проживания до 50% контингента проживающих в психоневрологических интернатах, в виде обратного процесса возвращения в психиатрические стационары, вследствие выраженного девиантного поведения.

Список литературы

- 1.ГОСТ Р 52880-2007 Социальное обслуживание населения. Типы учреждений социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов, ГОСТ от 27 декабря 2007 года №52880-2007
2. Приказ Министерства труда России №519 от 23 июля 2019г «Об утверждении плана мероприятий («дорожной карты») по развитию в субъектах РФ стационарозамещающих технологий социального обслуживания граждан, страдающих психическими расстройствами на 2019-2024г»

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В ФОРМИРОВАНИИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ДЛИТЕЛЬНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРЕПАРАТАМИ, ИЗМЕНЯЮЩИМИ ТЕЧЕНИЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА.

К.В. Сеницына
ОБУЗ «ГКБ №3», г. Иваново

Рассеянный склероз (РС) – хроническое прогрессирующее заболевание центральной нервной системы, требующее длительного лечения препаратами, изменяющими течение рассеянного склероза (ПИТРС), которые позволяют снижать скорость нарастания инвалидизации, тяжесть и частоту обострений (1). Однако низкая приверженность терапии не позволяет получать оптимальный ответ. Для формирования у больных РС устойчивой приверженности, для осуществления персонализированного мультидисциплинарного подхода к лечению необходимо проводить анализ всех факторов, затрудняющих выполнение рекомендаций лечащего врача. При поиске эффективных методов формирования приверженности лечению ПИТРС следует учитывать сложившиеся у больных дезадаптивные убеждения и эмоциональную неустойчивость (2-5).

Цель. Оценить эффективность когнитивно-поведенческой психотерапии в формировании приверженности длительному лечению препаратами, изменяющими течение рассеянного склероза.

Материалы и методы. Обследовано 50 больных (30 женщин и 20 мужчин), с ремиттирующим РС, длительностью заболевания $5\pm 1,5$ лет, с инвалидизацией по шкале EDSS $3,5\pm 1,5$ балла, возрастом $45\pm 2,6$ лет. Уровень тревожности определялся по шкале Спилбергера – Ханина, выраженность депрессии - по шкале Бека, HADS, применялась шкала оценки утомляемости MS – FSS, шкала оценки болевого синдрома ВАШ. Всем больным проводилось лечение ПИТРС 1 линии (глатирамера ацетат, интерфероны бета 1в и 1а) в течение $2,5\pm 1,5$ лет. Больные были разделены на две группы по 25 человек в каждой, в первой проводился курс когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) в течение 3 месяцев, вторая была контрольной. Мишенями для КПТ были дезадаптивные убеждения, эмоциональная неустойчивость.

Результаты. В результате исследования установлены следующие причины низкой приверженности лечению ПИТРС. Нежелательные явления – стойкий гриппоподобный синдром в 24% случаев, местные реакции (боли покраснение, зуд в месте инъекции в 10%, нарастание спастичности в конечностях – в 16%, депрессивные расстройства – в 36%, вегетативные и психомоторные реакции – в 9%, астения – в 46%. Нарушали технологию применения ПИТРС (пропускали дни приема, допускали перерывы, вводили не полную дозу) - в 16%. Самостоятельно прервали терапию 8% больных. Причины отказа: несоответствие ожидаемого эффекта полученным результатам, неготовность к длительному инъекционному лечению. Объективная неэффективность лечения – в 4%. После проведения КПТ в первой группе на фоне улучшения общего состояния отмечалось:

статистически значимое снижение уровня тревоги по шкале Спилбергера – Ханина ($p < 0,05$), купирование болевого синдрома по ВАШ ($p < 0,05$), редукция депрессивных расстройств по шкале Бека, HADS, снижение уровня астении ($p < 0,05$). У больных второй группы сохранялись астенические расстройства, высокий уровень тревожности, болевой синдром и депрессивные проявления. Психотерапевтическая коррекция позволила повысить у больных РС самооценку, уровень адаптации к заболеванию, сформировать установку на длительное доверительное сотрудничество с лечащим врачом, выполнение назначенных лечебных мероприятий и рекомендаций и, в конечном счете, приверженность к терапии ПИТРС. С целью оценки эффективности лечения было проведено катamnестическое исследование пациентов через год после проведения основных трехмесячных курсов терапии. Установлено, что после лечения в течение года сохранялись устойчивые клинико-психологические показатели, которые были достигнуты после КПТ

Вывод. Для формирования устойчивой приверженности длительному лечению препаратами, изменяющими течение рассеянного склероза рекомендуется использовать методику когнитивно-поведенческой психотерапии.

Список литературы

1. Гусев Е.И., Завалишин Е.А., Бойко А.Н. Рассеянный склероз, клиническое руководство. М: Реал Тайм 2011; 520.
2. Гадельшина Т.Г. Структурно-уровневая концепция психической адаптации // Вестник ТГПУ. – 2011. – № 6 (108). – С. 161–164.
3. Психические нарушения при рассеянном склерозе /Л.С. Адарчева, Л.Ш. Аскарлова, К.С. Горячева и др. //Рассеянный склероз. Эпидемиология, клиника, лечение: тез. докл. науч. практ. конф. -Новосибирск, 2004. - 34.
4. Сидоренко Т.В., Хачанова Н.В., Бойко А.Н. Разносторонняя поддержка и аргументированная мотивация пациентов с рассеянным склерозом - залог успеха длительной терапии. Спец. выпуск "Рассеянный склероз". Журн неврол и психиат 2006; 3: 96-100.
5. Сидоренко Т.В., Бойко А.Н., Гусев Е.И. Приверженность к длительному лечению препаратами, изменяющими течение рассеянного склероза (ПИТРС). Журн неврол и психиат 2009; 7: 2: 107-113.
6. Giovannoni G, Tomic D, Bright J, Havrdová E. «No evident disease activity»: The use of combined assessments in the management of patients with multiple sclerosis. Multiple Sclerosis Journal. 2017;135245851770319. <https://doi.org/10.1177/1352458517703193>
7. Montel S., Spitz E., Bungener C. Coping strategies in multiple sclerosis patients with frontal cognitive disorders. Eur Neurol 2012; 68: 84-88.
8. Oh J, O'Connor P. Novel and imminently emerging treatments in relapsing — remitting multiple sclerosis. Current Opinion in Neurology. 2015;28(3):230-236. <https://doi.org/10.1097/wco.000000000000203>
9. Patti F. Optimizing the benefit of multiple sclerosis therapy: the importance of treatment adherence. Patient Preference and Adherence. 2010;1. <https://doi.org/10.2147/ppa.s8230>

Трепалина Татьяна Сергеевна, врач-невролог, ГАУЗ ГKB №7 г. Казань, аспирант кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики Казанского ГМУ

Научный руководитель: д.м.н., проф., Якупов Эдуард Закирзянович, заведующий кафедрой неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики Казанского ГМУ

ТЕХНОЛОГИЯ ВИРТУАЛЬНОЙ РЕАЛЬНОСТИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛИ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ

Т.С.Трепалина
ГАУЗ ГKB №7 г. Казань

Актуальность изучения боли в нижней части спины заключается в том, что эта патология по-прежнему занимает первые места по частоте обращаемости к врачам [1]. По данным некоторых авторов до 80% населения испытывают эту проблему, что значительно снижает их трудоспособность. При этом чаще страдают женщины, а частота встречаемости увеличивается с возрастом [2]. От мала до велика люди сталкиваются с этим заболеванием, при этом значительной части из них (85%) установить причину заболевания не удастся [3]. В последние годы ведущие исследователи в этой области рекомендуют рассматривать боль как самостоятельное заболевание, на возникновение которого влияют различные факторы, такие как сдавление нервных корешков, воспаление или нестабильность фасеточных суставов, миофасциальный синдромом [4].

Хроническая боль – одно из самых распространенных и изнурительных состояний, оно определяется как неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с фактическим или потенциальным повреждением тканей, или описывается в терминах такого повреждения, которое длится не менее 12 недель. Хроническая боль, такая как боль в пояснице, является крайне инвалидизирующим состоянием, серьезно ухудшающим качество жизни людей [5]. Случаи хронической боли в пояснице могут длиться до нескольких лет, приводя к значительным экономическим тратам [6]. Боль в пояснице признана во всем мире наиболее значимым состоянием по отношению к числу лет, прожитых с инвалидностью [7].

Нынешние реалии таковы, что современная медицина не может помочь всем пациентам справиться с их болью только медикаментозными методами, поэтому все большее внимание сейчас уделяется применению нефармакологического подхода в лечении боли. Он используется чаще в случаях неэффективности медикаментозной терапии в прошлом, к чему относится неадекватно подобранная терапия, низкая комплаентность пациента, фармакорезистентность.

Одним из методов, который активно развивается в XXI веке, является виртуальная реальность (VR) - это иммерсивная (с эффектом погружения) технология, позволяющая внедрять инновации в области лечения боли, она может быть определена как смоделированный техническими средствами мир, воспринимаемый человеком через органы чувств (зрение, слух, осязание и др.). [8;9]

В медицине иммерсивная виртуальная реальность применяется с целью отвлечения пациентов от боли, преодоления страха при совершении естественных движений, которые были «заблокированы» мозгом из-за боязни боли.

Геймификация процесса позволяет пациенту совершать естественные движения в спине, тем самым достигается оздоравливающий физиологический эффект в мышцах и тканях. С учетом этого тезиса, необходимо, чтобы пациенты совершали с использованием виртуальной реальности комплекс упражнений заданной формы (наклоны, приседания, поднятие ног и таза в положении лежа), амплитуды и интенсивности в течение определенного времени. Без VR технологий пациенту страшно и утомительно выполнять комплекс упражнений. В случае возникновения положительного физиологического и психологического эффекта у пациента восстанавливается правильное естественное

восприятие участка тела, страдающего от хронической боли.

При этом нужно отметить, что в зарубежных публикациях есть и неоднозначные результаты применения VR при боли, что может быть связано с апробацией разных VR-устройств (различаются разрешением экрана, удобством при эксплуатации), использованием всевозможных игр на разных языках, а также индивидуальными предпочтениями групп пациентов (разные выборки больных могут по-разному реагировать на игры, подобранные исследователем) и пр. Это говорит о необходимости дополнительно исследовать эту область медицины.

Иностранные авторы утверждают, что в условиях пандемии COVID-19 цифровые терапевтические средства от хронической боли становятся особенно актуальны, в связи с экономичностью, возможностью применения на дому и хорошим соотношением риска и пользы, намного превосходящим нынешние стандарты лечения. В частности, терапия с использованием виртуальной реальности является многообещающей в качестве эффективного лечения острой и хронической боли [10-12]. Изучение и применение такого нефармакологического подхода к терапии боли, как VR, может позволить в будущем снизить потребление лекарственных препаратов пациентами и увеличить комплаентность к лечению.

Список литературы

1. Occupational factors and low back pain: a cross-sectional study of Bangladeshi female nurses / S. S. Sanjoy, G. U. Ahsan, H. Nabi [et al.] // BMC Res Notes. – 2017. – Vol. 10, No 1. – P. 173.
2. Екушева, Е. В. Острая боль в спине в практике невролога / Е. В. Екушева, В. Б. Войтенков // РМЖ. – 2017. – No 9. – С. 632-636
3. Chou, R. Will this patient develop persistent disabling low back pain? / R. Chou, P. Shekelle // JAMA. – 2010. – Vol. 303, No 13. – P. 1295-1302. doi:10.1001/jama.2010.1111
4. Nascimento, P. R. Low back pain prevalence in Brazil: a systematic review / P. R. Nascimento, L. O. Costa // Cad Saude Publica. – 2015. – Vol. 31, No 6. – P. 1141- 1156. doi:10.1590/s0102-31142015000600001
5. what low back pain is and why we need to pay attention / J. Hartvigsen, M. J. Hancock, A. Kongsted [et al.] // Lancet. – 2018. – Vol. 391, No 10137. – P. 2356-2367.
4. Diagnosis and treatment of low-back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society / R. Chou, A. Qaseem, V. Snow [et al.] // Ann Intern Med. – 2007. – Vol. 147, No 7. – P. 478-491.
5. Alemanno F., Houdayer E., Emedoli D. et al. Efficacy of virtual reality to reduce chronic low back pain: Proof-of-concept of a non-pharmacological approach on pain, quality of life, neuropsychological and functional outcome. PLOS ONE. 2019; 14(5): <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0216858> (дата обращения: 01.03.2021). doi:10.1371/journal.pone.0216858
6. Zhicheng Li, Qiuhua Yu, Haizhen Luo et al. Neural Plast. The Effect of Virtual Reality Training on Anticipatory Postural Adjustments in Patients with Chronic Nonspecific Low Back Pain: A Preliminary Study. 2021; 2021: 9975862. doi: 10.1155/2021/9975862 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8337111/>
7. Morelhão P.K., Pinto r.Z., Tufik S. et al. Sleep disturbance and low back pain in older adults: A bidirectional relationship? Pain Med. 2020; 21 (6): 1303–1304. doi: 10.1093/pm/pnz240.
8. Ahern M.M., dean L.V., Stoddard C.C. et al. The effectiveness of virtual reality in patients with spinal pain: A systematic review and meta-analysis. Pain Practice. 2020; 20 (6): 656–675. doi: 10.1111/papr.12885.
9. darnall B.d., Krishnamurthy P., Tsuei j. et. al. Self- administered skills-based virtual reality intervention for chronic pain: randomized controlled pilot study. JMIR Form. Res. 2020; 4 (7). <https://games.jmir.org/2018/3/e10522> (access date: 01.03.2021). doi: 10.2196/17293.

10. Gold J, Mahrer N. Is Virtual Reality Ready for Prime Time in the Medical Space? A Randomized Control Trial of Pediatric Virtual Reality for Acute Procedural Pain Management. *J Pediatr Psychol.* 2018 Apr 01;43(3):266–275. doi: 10.1093/jpepsy/jsx129. [PubMed: 29053848] [CrossRef: 10.1093/jpepsy/jsx129]

11. Haisley KR, Straw OJ, Müller DT, Antiporda MA, Zihni AM, Reavis KM, Bradley DD, Dunst CM. Feasibility of implementing a virtual reality program as an adjuvant tool for peri-operative pain control; Results of a randomized controlled trial in minimally invasive foregut surgery. *Complement Ther Med.* 2020 Mar;49:102356. doi: 10.1016/j.ctim.2020.102356. [PubMed: 32147069] [CrossRef: 10.1016/j.ctim.2020.102356]

12. Koç Özkan T, Polat F. The Effect of Virtual Reality and Kaleidoscope on Pain and Anxiety Levels During Venipuncture in Children. *J Perianesth Nurs.* 2020 Apr;35(2):206–211. doi: 10.1016/j.jopan.2019.08.010. [PubMed: 31759833] [CrossRef: 10.1016/j.jopan.2019.08.010]

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ.

М.А.Урбан., Н.В. Комиссарова
ФГБОУ ВО ИГМА

Введение. Рассеянный склероз (РС) - самое распространенное хроническое воспалительное демиелинизирующее заболевание ЦНС, поражающее в основном молодое, трудоспособное население и неминуемо приводящее к инвалидности. В мире различают распространенность РС: низкую, среднюю и высокую. РС больны около 2,5 млн. человек в мире [3]. Наиболее велика распространенность РС в северо-западных регионах России (от 30 до 70 случаев на 100 тысяч населения) [2,6]. Во многих регионах отмечают устойчивое увеличение заболеваемости РС, т.е. возрастание числа новых случаев РС, в последние годы особенно среди молодых женщин [1,5]. УР относится к регионам со средней распространенностью РС по данным регистра (35 на 100 тыс. населения). Регистрируется молодой средний возраст дебюта РС в Российской Федерации (РФ) -14-47 лет.

Целью нашей работы явилось изучение клинико-эпидемиологических характеристик РС в Удмуртской республике (УР).

В УР выделяют 5 городов республиканского значения (Ижевск, Воткинск, Глазов, Можга, Сарапул), город районного значения (Камбарка) и 25 районов. Численность населения в УР составляет 1 493 356 человек. Городского населения больше, чем сельского (988 602 чел на 01 января 2021 г.), что составляет 66,2 %. Удмуртия является многонациональной республикой. На её территории проживают: русские (59%), удмурты (28%), татары(7%), марийцы (0,5%), бесермяне (0,2%) , чувашаи (0,2%).

В данных реестра УР зарегистрировано 434 пациента, получающих иммуномодулирующую терапию. Не получают препараты пациенты, которые отказались от приема, в связи с удовлетворительным состоянием и пациенты с глубокой инвалидизацией. Ежегодно диагностируется 30-35 новых случаев РС. Средний возраст пациентов составляет 42,4 года (самый молодой возраст -19 лет, самый большой -69 лет). По полу преобладают женщины -76% (321 пациентка). Мужчин в данной группе 113 человек, что составляет 26%. В городах проживает 243 пациента, что соответствует 66%, в сельской местности проживает -191 пациент (44%).

Для установления диагноза всем пациентам проводится необходимая диагностика, включающая наличие клинических проявлений РС (снижение остроты зрения, нарушение активных движений, чувствительности, координации, тазовые нарушения, данные МРТ

головного и спинного мозга(соответствие критериям McDonald и диссименации во времени и пространстве), данные зрительных вызванных потенциалов, консультация окулиста, определение олигоклональных антител в ликворе, анализ крови на клещевой энцефалит и лайм-боррелиоз, консультация ревматолога.

В УР РС обладает выраженной клинической гетерогенностью. Наиболее частыми группами симптомов являются пирамидные до 90% (390 пациентов), чувствительные 80% (347 пациентов), стволовые и мозжечковые 80% (347 пациентов), тазовые 80% (347 пациентов), зрительные до 70% (304 пациента), когнитивные 70% (304 пациента), реже встречаются пароксизмальные и экстрапирамидные симптомы - 1% (5 пациентов). К наиболее частым зрительным нарушениям относится оптический неврит, часто являющийся первым проявлением дебюта РС, который характеризуется односторонним снижением зрения различной выраженности и болью за глазным яблоком. Субклиническое поражение зрительного нерва встречается у пациентов с РС в УР до 65% случаев (282 пациента).

Ведущими синдромами, внесшими вклад в инвалидизацию у пациентов с РС являются двигательные нарушения - 86% (373 пациента), атаксия -80% (347 пациентов), зрительные нарушения -64% (278 пациента), тазовые нарушения -58% (251 пациент).

Выраженность нарушений у пациентов данной группы по шкале EDSS регистрируется следующим образом: от 1 до 4 баллов -70% (304 пациента), более 4 до 6 балла -30% (130 пациентов).

По типам течения РС в УР наблюдается: 14 пациентов с первично-прогрессирующим типом течения (3%), 124 – с вторично-прогрессирующим типом (29%), 296 – с ремиттирующим типом (68%).

Препараты первой линии получают 80% пациентов (114 пациентов принимают глатирамера ацетат, 82- интерферон бета -1а, 65 – интерферон бета -1b, 59 – пэгинтерферон, 27 – терифлуномид), а препараты второй линии получает 20% пациентов (41 – натализумаб, 20 – окрелизумаб, 14 – алемптузумаб, 9 – кладрибин).

Заключение. Для изучения вопроса о связях распространения и характера преимущественного течения РС запланировано выполнение научной работы по клинико-эпидемиологическим характеристикам пациентов на основе унифицированной карты пациентов с диагнозом рассеянный склероз в УР и с использованием медицинской документации центра рассеянного склероза БУЗ «1РКБ» МЗ УР.

Список литературы

1. Андреева Е.А. Клинико-эпидемиологические характеристики рассеянного склероза в Калужской области [Текст] : дис. ... канд. наук / Е.А. Андреева. — Смоленск, 2014.-С.7-12.
2. Докучаева, Н.Н. Клинико-эпидемиологическое исследование рассеянного склероза в Волгограде [Текст] / Н.Н. Докучаева, А.Н. Бойко // Журн. неврол. и психиат. им. С.С. Корсакова. — 2009. — Т. 109. — (Спец. вып. : Рассеянный склероз).-С.4-10.
- 3-Иванова М.В. канд., наук. тема диссертации и автореферата по ВАК РФ 14.01.11 Роль липидов миелина в иммунопатогенезе рассеянного склероза, 124. 2017г
4. Calabrese, P. Neuropsychology of multiple sclerosis. An overview [Text] / P. Ca-labrese // J Neurol. — 2006. — Vol. 12 (253).-P.503-542.
5. World Health Organisation. Adherence to long — term therapies: Evidence for action. http://www.who.int/chronic_conditions/adherencen.

ВЛИЯНИЕ БОТУЛИНОТЕРАПИИ НА ВЫРАЖЕННОСТЬ ДВИГАТЕЛЬНЫХ И НЕДВИГАТЕЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ДИСТОНИИ

¹З.Г. Хаятова., ²З.А. Залялова

¹ФГБОУ ВО "Казанский государственный медицинский университет" Министерства
здравоохранения Российской Федерации, Казань, Россия

²Республиканский клинико-диагностический центр экстрапирамидной патологии и
ботулинотерапии Республики Татарстан, Казань, Россия

Введение. Цервикальная дистония (ЦД) характеризуется непроизвольными сокращениями мышц, вызывающими аномальные позы и / или скручивающие движения головы и шеи [1]. ЦД представляет собой наиболее распространенную форму фокальной дистонии с дебютом во взрослом возрасте, с распространенностью приблизительно 28-183 случаев / млн [2]. Методом выбора для лечения ЦД является ботулинотерапия, являющаяся эффективным способом коррекции двигательных нарушений. Однако около 30% пациентов отказываются продолжать лечение ввиду низкой удовлетворенности лечением [3]. Целью исследования явилось влияние регулярности ботулинотерапии, ее длительности и других демографических показателей на двигательные проявления ЦД, а также показатели психоэмоционального состояния, качество сна, качество жизни.

Материалы и методы. На базе Клинико-диагностическом центре экстрапирамидной патологии и ботулинотерапии РТ (РКДЦЭПиБТ) в период с 2014 по 2019 гг было обследовано 98 пациентов с ЦД, из них 26 пациентов мужского пола (26,5%) и 72 пациента женского пола (73,5%), возраст объектов исследования распределялся от 25 до 75 лет, средний возраст составил $48,4 \pm 11,7$ лет. Пациенты были разделены на 3 подгруппы:

- 1) первичные пациенты, ранее не получавшие инъекции ботулотоксина.
- 2) пациенты, регулярно получавшие инъекции ботулотоксина (3-4 раза в год)
- 3) пациенты, получавшие инъекции ботулотоксина нерегулярно (до 2 раз в год)

Дизайн исследования представлял сравнение показателей двигательных, психоэмоциональных проявлений, качества сна и качество жизни в трех подгруппах. Оценка выраженности двигательных проявлений проводилась с использованием Унифицированной шкалы дистонии (УШД), Шкалы спастической кривошеи западного Торонто (TWSTRS), Модифицированной шкалы TSUI для цервикальной дистонии. Недвигательные проявления были оценены с помощью Шкалы депрессии Бэка, Шкалы тревоги Бэка, Опросника краниоцервикальной дистонии CDQ-24, Питтсбургского опросника на определения качества сна PSQI, Анкеты оценки качества жизни SF-36. Учитывались также анамнестические данные и субъективная эффективность ботулинотерапии по 10-бальной шкале у пациентов, ранее получавших специфическое лечение.

Результаты. При сравнении средних показателей по Шкалам, отражающим двигательные проявления спастической кривошеи, дезадаптацию, а также психоэмоциональные нарушения, качество сна и качество жизни не обнаружено статистически значимых различий в подгруппах в зависимости от применения ботулинотерапии и ее регулярности. Однако в целом отмечается тенденция к тому, что в подгруппе первичных пациентов более выраженные двигательные проявления, чем у

пациентов, получающих ботулинотерапию на регулярной и нерегулярной основе (различие статистически незначимо, $p > 0,05$, таблица 1).

Обнаружена статистически значимая слабая обратная корреляция между стажем ботулинотерапии и выраженностью двигательных проявления по УШД ($r = -0,316$), а также между длительностью ботулинотерапии и выраженностью гиперкинеза по шкале TWSTRS ($r = -0,404$), шкале TSUI ($r = -0,305$), Опроснику краниоцервикальной дистонии CDQ-24 ($r = -0,364$). Обнаружена обратная корреляция между продолжительностью действия препарата ботулинотерапевтического токсина и показателем по УШД и TSUI ($r = -0,426$; $r = -0,435$). Выявлена слабая прямая корреляция между субъективной эффективностью ботулинотерапии и продолжительностью ее действия ($r = 0,602$).

Таблица 1. Показатели двигательных и недвигательных проявлений у пациентов с ЦД.

	УШД			TWSTRS			TSUI			CCD 24 total			Шкала тревоги Бэка			Шкала депрессии Бэка			Первичные
	Первичные (n=39)	Регулярные	Нерегулярные	Первичные	Регулярно получ.	Нерегулярно	Первичные	Регулярные	Нерегулярные	Первичные	Регулярно получ.	Нерегулярно	Первичные	Регулярно получ.	Нерегулярно	Первичные	Регулярно получ.	Нерегулярно	
М	11,5	9,7	10,6	45,0	38,3	40,0	9,2	8,3	8,4	73,83	74,75	71,1	19,8	16,3	22,1	16,4	12,6	16,7	7,1
σ	2,7	3,8	3,0	15,8	19,5	15,6	3,9	3,8	3,8	34,4	27,6	36,1	10,9	12,9	14,7	12,2	10,6	12,3	5,1

Выводы. Не было получено статистически значимых различий в показателях двигательных и недвигательных нарушений у пациентов, ранее не получавших ботулинотерапию, и пациентов, получавших ее с различной регулярностью. Более длительный стаж специфического лечения препаратом ботулинотерапевтического токсина типа А способствует меньшей выраженности двигательных проявлений по Унифицированной шкале дистоний. Чем более длительно пациент с цервикальной дистонией получает лечение препаратом ботулинотерапевтического токсина типа А, тем более благоприятный прогноз двигательных проявлений и адаптации, связанной с дистонией. Менее выраженные двигательные проявления ассоциированы с более длительной продолжительностью действия ботулинотерапии. В оценке эффективности ботулинотерапии для пациентов с цервикальной дистонией продолжительность действия препарата имеет важное значение.

Список литературы

1. Defazio G, Jankovic J, Giel JL, Papapetropoulos S. Descriptive epidemiology of cervical dystonia. Tremor Other Hyperkinet Mov (N Y). 2013 Nov 4; 3: tre-03-193-4374-2. doi: 10.7916/D80C4TGJ.
2. Lehericy S, Tijssen MA, Vidailhet M, Kaji R, Meunier S. The anatomical basis of dystonia: current view using neuroimaging. Mov Disord. 2013 Jun 15;28(7):944-57. doi: 10.1002/mds.25527. PMID: 23893451.

3. Хаятова З.Г., Залялова З.А. Клинические варианты аффективных, диссомнических и двигательных проявлений краниоцервикальной дистонии (обзор литературы). *Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева*. 2020;(2):47-56. <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2020-2-47-56>

4. Дружинина О.А., Жукова Н.Г., Шперлинг Л.П., Новотный Д.А.. ЦЕРВИКАЛЬНАЯ ДИСТОНИЯ: НЕМОТОРНЫЕ АСПЕКТЫ. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*, 2020 vol. 12, no. 3, 2020, pp. 69-74.

4. Gill CE, Manus ND, Pelster MW, Cook JA, Title W, Molinari AL, Charles D. Continuation of long-term care for cervical dystonia at an academic movement disorders clinic. *Toxins (Basel)* 2013; 5:776–783.

ПСИХОГЕННЫЕ КАРДИАЛГИИ

А.В.Шпагина

ГБУЗ НО «Психиатрическая больница № 2»
Нижний Новгород

Некардиальная боль в груди (НССР), определяемая как стойкая стенокардия, – это боль в груди без признаков сердечной недостаточности, исключённой инструментальными кардиологическими исследованиями. Примерно 30% всех коронарных ангиограмм оказываются отрицательными на ИБС, и таким пациентам ставится диагноз НССР [1]. Ежегодно более 3 миллионов пациентов по всему миру поступают с диагнозом НССР. На их обследование и лечение тратится более 10 миллиардов долларов в год [2]. Дифференциально-диагностические критерии психогенной кардиалгии [3]:

1. Характер боли: тупая, колющая, сжимающая, часто сенестопатии (при ИБС – сжимающая, давящая, распирающая).
2. Локализация боли: в области верхушек сердца ил в области соска (при ИБС – за грудиной, в области сердца).
3. Интенсивность боли: тупая, реже острая (при ИБС – резкая, реже в виде слабого ощущения удушья).
4. Длительность боли: часто часами, днями, реже кратковременные (при ИБС – несколько минут, боли свыше 20-30 мин при образовании очагов некроза).
5. Иррадиация боли: отсутствует, реже в левую лопатку (при ИБС – часто в плечо, лопатку, шею или живот).
6. Условия возникновения боли: после эмоциональных переживаний (при ИБС – физическое или эмоциональное напряжение, иногда в покое).
7. Течение боли: постепенно нарастает и постепенно исчезает, реже приступами (при ИБС – приступами, внезапно проявляются и быстро исчезают).
8. Что купирует боль: седативные препараты, психотерапия (при ИБС – сосудорасширяющие (валидол, нитроглицерин, атропин, апрофен) и наркотики (промедол и др.)).

Для больных этой группы характерно наличие выраженных общевротических синдромов: раздражительность, быстрая утомляемость, мнительность и неустойчивость настроения, головные боли, потливость, приливы, онемение конечностей, нарушение сна.

Цель исследования. Оценить эффективность методов психотерапии в комплексном лечении психогенной кардиалгии.

Материалы и методы. Методики применяемы в лечении психогенной кардиалгии отработаны и уже давно доказали свою эффективность. Для каждого больного составлялась индивидуальная программа терапии с учетом стадии патологического процесса,

личностных особенностей и уровня социальной адаптации. В работе психотерапевта с такими пациентами можно выделить ряд этапов. На первом этапе проводилась психодиагностика. На втором этапе, на фоне рациональной психотерапии использовались методики «Рисунок боли», «Образ боли». Проводилось обучение нервно-мышечной релаксации, приемам психической саморегуляции при помощи аутотренинга с введением «ключевых» слов или образов, облегчающих наступление состояния релаксации. На третьем этапе ведущее значение имела групповая психотерапия, особенно в форме «лечебной перспективы».

Результаты и выводы. Наблюдалось значительное уменьшение количества обращений по поводу боли в груди в первые три месяца после курса психотерапии (97% пациентов). После проведенного курса психотерапии безболевого период сохранялся от трех до восьми месяцев у 95% пациентов. У 48% пациентов безболевого период сохранялся через 12 месяцев наблюдения. Международные исследования показали, что пациенты с НССР, получающие рациональную психотерапию, сообщают о значительном улучшении качества жизни и уменьшении симптомов боли в груди [1, 2, 4, 5].

Список литературы

1. Husser D, Bollmann A, Kuhne C, Molling J, Klein HU. Evaluation of noncardiac chest pain: diagnostic approach, coping strategies and quality of life. *Eur J Pain*. 2006;10(1):51–55.
2. Meresh E, Piletz J, Halaris A. Noncardiac chest pain: systematic review of the literature on prognosis. *Research Reports in Clinical Cardiology*. 2018;9:1-9. <https://doi.org/10.2147/RRCC.S155441>.
3. Трошин В.Д., Шпагин М.В., Суслов А.Г. Кардиалгии в практике врача-невролога: семиотика и диагностика // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2016. – № 10. – С. 32-41.
4. Kisely SR, Campbell LA, Yelland MJ, Paydar A. Psychological interventions for symptomatic management of non-specific chest pain in patients with normal coronary anatomy. *Cochrane Data base of Systematic Reviews* 2015, Issue 6. Art. No.: CD004101. DOI:10.1002/14651858.CD004101.pub5.
5. Schey R, Villarreal A, Fass R. Noncardiac chest pain: current treatment. *Gastroenterol Hepatol (N Y)*. 2007;3(4):255-262.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДОРСОПАТИЙ ПРИ ОСТЕОПОРОЗЕ

А.А. Юлина¹, В.С. Юлин², Е.А. Александрова², Е.В. Паршина², Т.Р. Хасанов².

¹ ГБУЗ НО «Городская поликлиника № 7», Нижний Новгород, Россия

² ГБУЗ НО НОКБ им. Н.А. Семашко, Нижний Новгород, Россия

В последние годы резко возрос интерес к проблеме остеопороза позвоночника. Это связано с высокой распространенностью данного состояния, в связи с увеличением продолжительности жизни, тяжестью осложнений, возможностью его доклинической диагностики с помощью современных денситометрических методов, появлением новых эффективных методов лечения. В мире остеопорозом страдают миллионы людей. Заболевание приводит к огромному социально-экономическому ущербу и без

преувеличения должно быть отнесено к одной из важнейших медико-социальных проблем человечества.

Среди проявлений остеопороза особое место занимают симптомы, с которыми пациенты обращаются к неврологу. Маркерами остеопороза являются патологические переломы проксимального отдела бедренной кости, дистального метаэпифиза лучевой кости, проксимального отдела плечевой кости, особенно переломы тел позвонков [1]. При этом данные переломы осложняют течение остеопороза и возникают при низкоэнергетической травме или спонтанно при кашле, чихании, подъеме тяжести. Данный факт обуславливает трудности в диагностике болевых синдромов, так как пациенты не отмечают факт травмы.

В свою очередь, вероятность возникновения перелома у лиц с низкой массой кости во многом определяется наличием таких факторов риска:

- пожилой возраст;
- склонность к падениям;
- курение;
- наличие более 3 хронических заболеваний в анамнезе;
- предшествующие переломы;
- прием препаратов, влияющих на метаболизм костной ткани (глюкокортикоиды, противосудорожные, цитостатики, антидепрессанты).

Таким образом, пожилые пациенты (сенильный остеопороз), в особенности женщины (постменопаузальный остеопороз), попадают в группу риска наличия патологических переломов тел позвонков. Особенную важность в диагностике данной патологии на амбулаторном этапе получает рентгенологическое исследование, как скрининговый метод.

В основе классификации компрессионных переломов тел позвонков [2] лежит степень снижения высоты тела позвонка;

- 1 степень - снижение высоты тела на 20%;
- 2 степень - снижение высоты тела на 20 - 40%;
- 3 степень - снижение высоты тела более 40%.

В следствие бессимптомного течения [3] 75% пациентов с переломами тел позвонков не обращаются за медицинской помощью в момент их возникновения, а боль в последующем объясняют наличием дегенеративных изменений позвоночника. В то же время данные болевые ощущения обусловлены прежде всего переломом, с формированием дополнительной перегрузки фасеточного сустава и, как следствие, перерастяжения капсульно-связочного аппарата сустава с развитием дегенеративного артрита.

В отличие от остеохондроза, боль при переломе тела позвонка появляется только при статической нагрузке, что связывают с реакцией чувствительных нервных волокон на микропереломы трабекул.

При неправильном или полном отсутствии лечения переломов тел позвонков в остром периоде формируется хронический болевой синдром. Он выявляется у 66% женщин, при этом 26% пациентов испытывают ежедневную боль продолжительностью свыше 10 часов [4]. В данном случае стимулом раздражения болевых рецепторов становится помимо перелома трабекул их растяжение и сжатие. Миофасциальные нарушения, изменения диско-теловых соотношений и развитие нарушений биомеханики из-за деформаций позвоночного столба усугубляют болевой синдром.

Особенностью хронической боли при переломах тел позвонков является ее интермиттирующий характер: через 3 - 4 мес. ее интенсивность даже без лечения снижается, но затем неизбежно следует обострение. Прогрессирование деформации позвоночного столба (усиливается грудной кифоз, формируется или, наоборот, выпрямляется гиперлордоз поясничного отдела позвоночника) приводит к возобновлению



боли (Рис. 1).

Рис. 1. Компрессионный перелом L2, L4.

Дегенеративно-дистрофические изменения Шст. Кифосколиоз грудного отдела позвоночника. Диффузный остеопороз. (из личного архива Юлиной А.А.)

Длительное наблюдение за пациентами с явлениями остеопороза в условиях поликлинического приема позволяет отметить некоторые особенности течения болевого синдрома у данной группы пациентов. Так, выраженность болевого синдрома у пациентов с остеопорозом по шкале ВАШ в среднем составляет $5,46 \pm 0,36$ баллов, а у пациентов без остеопороза $6,24 \pm 0,43$ баллов, что не является статистически значимым. Однако, длительность болевого синдрома при остеопорозе составила в среднем $54,4 \pm 4,6$ суток, а для пациентов без проявлений остеопороза $12,6 \pm 2,4$ суток (различия статистически значимы $p < 0,05$). При наличии остеопороза с компрессионными переломами позвонков, болевой синдром переходит в хронический в $\frac{3}{4}$ случаев. Таким образом, пациентам с болью в спине, преимущественно статического характера, относящимся к группе риска развития остеопороза, в независимости от наличия в анамнезе травм, должно быть выполнено визуализационное исследование позвоночника. При обнаружении остеопороза, усилия невролога должны быть направлены, на предотвращение развития патологических переломов и хронизации болевого синдрома. Пациентам с патологическими переломами тел позвонков на фоне остеопороза категорически не рекомендуется мануальная терапия. Для снижения риска развития хронического болевого синдрома у пациентов с переломами тел позвонков рекомендуется своевременное назначение препаратов базисной терапии остеопороза для коррекции нарушенного метаболизма костной ткани.

Список литературы

1. Лесняк О.М. Ершова О.Б., Белова К.Ю., Гладкова Е.Н., Синицина О.С. с соавт. Эпидемиология остеопоротических переломов в Российской Федерации и Российская модель FRAX. Остеопороз и остеопатии 2014, N 3. 3 - 9.
2. Genant H, Wu C, van Kuijk C, Nevitt M. Vertebral fracture assessment using a semiquantitative technique. J Bone Miner Res. 2009; 8 (9): 1137 - 1148.
3. Cosman F, de Beur S, Le Boff M, de Beur SJ, Tanner B Clinician's Guide to Prevention and Treatment of Osteoporosis. Osteoporos Int. 2014 Oct; 25 (10): 2359 - 81.
4. Bianchi M, Orsini M, Saraifoger S. et.al. Quality of life in postmenopausal osteoporosis. Health Qua! Life Outcome. 2005; 3 - 78.