

терны мозга или четвертый желудочек выявлялась в 15,1% случаев. При этом кома 2 - 3 ст. констатирована у 21,6% больных без прорыва крови в желудочки мозга и у 12,2% больных с прорывом; менингеальные знаки выявлялись в первом случае в 28,7% случаев, во втором – в 35,4%. Очаговая симптоматика в виде контралатеральной гемиплегии или пареза на противоположной очагу стороне с патологическими знаками, гемигипестезии, асимметрии лица встречалась в большем числе случаев у больных с ГИ, осложненном прорывом крови в желудочки мозга.

При исследовании ЦСЖ (19 человек) выявлен цитоз менее 100/3 клеток у 8 больных, от 100/3 до 1000/3 – у 6 человек, более 1000/3 клеток - 5 человек. В подавляющем большинстве случаев имел место нейтрофильный цитоз с высоким белком и колебаниями его от 0,33 г/л до 5,8 г/л. В 3-х случаях определялся лимфоцитарный плеоцитоз. Менингеальные симптомы были выявлены у половины больных.

У всех пациентов в крови был лейкоцитоз (от 6,1 тыс. до 17 тыс.) со сдвигом влево, лимфопенией, ускоренным СОЭ. Обращала на себя внимание сопутствующая соматическая патология воспалительного характера у большей части больных (хронический пиелонефрит, пневмония или бронхит).

По данным КТ у больных с ГИ с прорывом крови определялся периферический отёк в 45,8% случаев, сдавление желудочков – в 37,5% случаев; при отсутствии прорыва – эти показатели составили 70% и 100%, соответственно. Тем не менее, процент летальных исходов и положительной динамики был практически одинаков в обеих группах. Летальные исходы коррелировали с объемом геморрагического очага, тяжелой соматической патологией, более длительными и стойкими ликворологическими нарушениями и изменениями формулы крови.

Полученные данные свидетельствуют о менее выраженном общемозговом синдроме при четкой очаговой симптоматике у пациентов с ГИ, сопровождающимся прорывом крови в желудочки головного мозга без явлений тампонады IV желудочка. Наличие сопутствующей соматической патологии воспалительного характера может «маскировать» и усугублять менингеальные изменения со стороны крови при ГИ, что требует проведения повторных клинических исследований и тщательного контроля за состоянием ЦСЖ, особенно при отсутствии или ограниченных возможностях использования нейровизуализации в динамике.

*Цзи Юйбо, А.Т. Качан, Л.А. Полякова, Н.М. Жулёв*

## **ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ ВЕГЕТАТИВНО-СОСУДИСТЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗЕ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА**

*Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования*

Остеохондроз шейного отдела позвоночника одна из частых причин временной нетрудоспособности, уступая лишь остеохондрозу поясничной локализации. Наибольшая выраженность и частота клинических проявлений отмеча-

ется у лиц самого работоспособного возраста - 30-50 лет, поэтому привлекает большое внимание отечественных и зарубежных врачей различных специальностей.

Целью нашей работы было определить влияние рефлексотерапии на церебральный кровоток у больных остеохондрозом шейного отдела позвоночника. Были обследованы 45 пациентов (31 мужчин и 14 женщин) в возрасте от 40 до 62 лет. У 18 пациентов был установлен диагноз: дорсопатия шейного отдела позвоночника. Синдром вертебрально-базиллярной недостаточности. У 15 пациентов - дорсопатия шейного отдела позвоночника. Синдром цервикобрахиалгии. У 12 пациентов - диагноз: дорсопатия шейного отдела позвоночника. Синдром цервицефалгии. На фоне общепринятого лечения проводилась игло-рефлексотерапия. В целях диагностики использовалась ультразвуковая доплерография сосудов головы и шеи (до и после лечения) с целью оценки эффективности проведенной игло-рефлексотерапии; рентгенография шейного отдела позвоночника; магнито-резонансная томография (МРТ) головы и шеи; магнито-резонансная ангиография (МРА) головы и шеи. Жалобы при поступлении на головокружение (28 человек); головные боли в затылочной области (20 человек); боли в шейном отделе позвоночника (19 человек); "мушки" перед глазами (15 человек); шум в голове (2 человека); онемение в пальцах рук (26 человек); повышение АД (9 человек); шаткость при ходьбе (12 человек); тянущие боли между лопаточкой области (10 человек); тянущие боли в области плеча (15 человек). Пациентам был проведен курс лечения иглоукалыванием (10 сеансов).

После лечения игло-рефлексотерапией результаты ультразвуковой доплерографии сосудов головы и шеи, ультразвукового дуплексного сканирования сосудов шеи, свидетельствовали, о том, что кровоток по позвоночным артериям достаточный, констатируется улучшение состояния гемодинамики сосудов головного мозга и уровня цереброваскулярной реактивности, уменьшение венозной дисциркуляции в системе перiorбитальных вен и в системе базальных вен вертебрально-базиллярном бассейне (ВББ).

*М.Л. Чухловина*

## **СОСУДИСТЫЕ КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ**

*Санкт-Петербургская государственная педиатрическая  
медицинская академия*

В настоящее время в нашей стране сохраняется широкая распространенность цереброваскулярных заболеваний, среди исходов которых особое внимание уделяется сосудистым когнитивным расстройствам. Сосудистая деменция (СД) отличается гетерогенностью: причинами ее могут быть последствия единичного инсульта в «стратегической» зоне, функционально значимой для когнитивных функций, мультиинфарктная деменция, хроническая церебральная ишемия, болезнь Бинсвангера. Центральный холинергический дефицит являет-