

ные обрабатывали методом вариационной статистики. Достоверность различий оценивали при помощи критерия Стьюдента. Корреляционный анализ проводился с расчетом коэффициента корреляции Пирсона.

Результаты и обсуждение. Оценка моторно-эвакуаторной функции верхних отделов ЖКТ у больных ХП в фазе обострения позволила выявить её различные нарушения. Наиболее частым нарушением моторики у больных ХП являлись расстройства моторно-эвакуаторной функции ДПК и тощей кишки (33 пациента – 70,2%), которые включали гипокинетическое расстройство двенадцатиперстной кишки (ДПК) и тощей кишки, выявленное, у 25 больных (53,2%), и гиперкинезию ДПК и тощей кишки – у 8 больных (17%). Гиперкинезия желудка была отмечена у 14 больных (29,8%). У больных ХП с гиперкинезией желудка отмечалось достоверное, по сравнению с группой здоровых, увеличение электрической активности (ЭА) на частотах желудка, повышение коэффициента ритмичности ($K_{\text{рит}}$), повышение коэффициента соотношения (КС) на участке желудок/ДПК при базальном исследовании. При гиперкинетическом состоянии ДПК и тощей кишки выявляли достоверное повышение ЭА и $K_{\text{рит}}$ натошак на участке тощей кишки и ДПК ($p < 0,05$). При гипокинетическом состоянии ДПК и тощей кишки отмечено достоверное, по сравнению с группой здоровых, понижение ЭА на частотах ДПК ($p < 0,05$) и повышение КС на участке желудок/ДПК ($p < 0,001$) при базальном исследовании в основной группе.

Методом корреляционного анализа у больных ХП в фазе обострения выявлен ряд взаимосвязей между выраженностью клинических симптомов и показателями моторно-эвакуаторной деятельности верхних отделов

ЖКТ. Так, установлены прямые взаимосвязи между выраженностью изжоги и $K_{\text{рит}}$ ДПК ($r = +0,45$), а также $K_{\text{рит}}$ тощей кишки ($r = +0,41$), определена прямая зависимость между выраженностью вздутия живота и ЭА тощей кишки ($r = +0,49$). Между электрической активностью ДПК и выраженностью болевого синдрома обнаружена обратная корреляционная связь ($r = -0,43$), а между ЭА ДПК и выраженностью отрыжки – прямая ($r = +0,42$). Установлена прямая корреляционная зависимость между КС ДПК/тощая и выраженностью запоров ($r = +0,67$), прямая корреляция между КС на участке ДПК/тощая и рвотой ($r = +0,71$).

Заключение. Обострение ХП сопровождается нарушением моторно-эвакуаторной функции двенадцатиперстной и тощей кишки преимущественно по гипокинетическому типу. Установлена зависимость между выраженностью клинических симптомов ХП и показателями моторно-эвакуаторной деятельности верхних отделов ЖКТ.

Литература

1. Ивашкин, В.Т. Физиологические основы моторно-эвакуаторной функции пищеварительного тракта / В.Т. Ивашкин, А.С. Трухманов, И.В. Маев // Росс. журн. гастроэнтерол., гепатол. и колопроктол. – 2007. – №5. – С. 4-10.
2. Маев, И.В. Болезни поджелудочной железы: практическое руководство / И.В. Маев, Ю.А. Кучерявый. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 736 с.
3. Смиронова, Г.О. Периферическая электрогастроэнтерография в клинической практике / Г.О. Смиронова, С.В. Силуанов. – М.: Медпрактика, 2009. – 20 с.
4. Neoptolemos, J.P. Fast facts: Diseases of the pancreas and biliary tract / J.P. Neoptolemos, M.S. Bhutani. – Oxford: Health Press, 2006. – 128 с.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ВЫРАЖЕННОСТЬЮ КЛИНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ И ПОКАЗАТЕЛЯМИ МОТОРНОЙ ФУНКЦИИ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ
Н. М. БУРДУЛИ, С. К. ГУТНОВА

Ключевые слова: хронический панкреатит, моторная функция двенадцатиперстной кишки, тощей кишки

RELATIONSHIP BETWEEN CLINICAL SYMPTOMS AND MOTOR FUNCTION INDICATORS OF THE UPPER PARTS OF THE GASTROINTESTINAL TRACT IN PATIENTS WITH CHRONIC PANCREATITIS
BURDULI N. M., GUTNOVA S. K.

Key words: chronic pancreatitis, the motor function of the duodenum, jejunum

© О. В. Агранович, А. О. Агранович, 2011
УДК 613.95:616-072.7:616.853:616853-021.2

БРУКСИЗМ И ЭПИЛЕПСИЯ (НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ И НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БРУКСИЗМА)

О. В. Агранович, А. О. Агранович
Ставропольская государственная медицинская академия

К сожалению, в настоящее время нельзя предсказать вероятность развития эпилепсии и провести мероприятия по её первичной профилактике.

Агранович Олег Виленович, кандидат медицинских наук, заведующий психоневрологическим отделением Краевой детской клинической больницы, главный детский невролог МЗ Ставропольского края, тел.: (8652)357603; e-mail: oagranovich@yandex.ru.

Агранович Андрей Олегович, врач-интерн курса неврологии СтГМА, тел.: (8652)356219.

В практической работе невролога необходимо иметь достаточно надёжный аргумент прогноза вероятности развития эпилепсии. Это поможет не только в профилактике и раннем выявлении, но и позволит снизить процент тяжелых вариантов течения и осложнений болезни.

Цель исследования: поиск критериев, прогностических маркёров эпилепсии. Исследование феномена – бруксизма.

Материал и методы. Совместно с детскими стоматологами [2] методом анкетирования родителей в детских дошкольных учреждениях и школах были вы-

явлены здоровые дети, у которых регистрировалось скрежетание зубами. Произведён отбор 80 детей (45 мальчиков и 35 девочек) до 15 лет с бруксизмом, и 50 здоровых детей (контрольная группа), которым проведено клиническое неврологическое обследование, электроэнцефалография (ЭЭГ) бодрствования в нейрофизиологической лаборатории психоневрологического отделения Ставропольской краевой клинической больницы. 30 детям с бруксизмом и 30 детям из контрольной группы проводилось видео-ЭЭГ – мониторинг во время сна. Оценка биоэлектрической активности головного мозга проводилась в соответствии с общепринятыми методиками, в том числе адаптированными для детского возраста [4,5].

Кроме того, проведён детальный анализ 1200 амбулаторных карт детей, страдающих эпилепсией, и 500 амбулаторных карт здоровых детей (в возрасте от 2 месяцев до 18 лет), которые не находились на учёте у невролога по поводу неврологической патологии. Полученные данные подвергались анализу по методу Байеса, позволяющему выстроить прогностическую значимость выявленных закономерностей [3].

Результаты и обсуждение. Анализ информации о наследственной предрасположенности по амбулаторным картам строился на отметках epileptologов о наличии у родственников признаков эпилепсии, сведениях о фактах постоянного приёма антиконвульсантов, регистрации проявлений бруксизма, сомнамбулизма, энуреза, сногворения [1]. Результаты позволили выстроить определённые закономерности. Выявлено наличие эпилепсии или судорог у матерей, отцов, братьев, сестёр (родственников 1 степени родства) в 148 картах (12,4%), тогда как среди здоровых – у 3-х детей (0,6%). Среди дальних родственников эти показатели распределялись следующим образом: среди детей с эпилепсией в 7,5%, а среди здоровых – в 5 (1%) ($P < 0,05$).

Среди родственников детей с эпилепсией проявления энуреза отмечены в 61 амбулаторной карте (5,1%), тогда как среди здоровых в – 10 случаях (2%) ($P < 0,05$). Проявления сомнамбулизма статистически не различались в группах – соответственно у 23 детей с эпилепсией (1,9%) и у 11 здоровых (2,2%) ($P < 0,05$). Бруксизм среди родственников детей с эпилепсией встречался в 60 случаях (5,1%), и это оказалось достоверно больше, чем среди родственников здоровых детей (10 детей, 2%) ($P < 0,05$).

Проявления бруксизма вошли в группу признаков, которые можно рассматривать как прогностический критерий эпилепсии, но менее значительный, чем эпилепсия у родственников и сомнамбулизм.

Фебрильные судороги в анамнезе выявлены у 6 детей с проявлениями бруксизма (7,5%), эпилепсия – у 1 ребенка, что превышало показатели контрольной группы, в которой эти проявления не регистрировались. Неврологический статус у детей обеих групп практически не различался.

ЭЭГ бодрствования у детей с бруксизмом выявила показатели, превышающие таковые в контрольной группе. 22 детям (27,5%) была свойственна гиперсинхронизация альфа-ритма с высоким альфа-индексом. У 27 (33,7%) детей после проведения

пробы с 3-минутной гипервентиляцией больше, чем через 30 секунд после её завершения, удалось зарегистрировать пароксизмальную активность в виде билатерально синхронных тета-волновых периодов, амплитудой до 150 мкВ. Подобные билатеральные тета-волновые феномены у здоровых детей регистрировались только во время проведения гипервентиляции.

При регистрации ЭЭГ во время сна дети с бруксизмом быстрее от начала исследования погружались в сон. Рассчитывался показатель латентного периода засыпания – время от начала записи до появления первого «сонного веретена» или К-комплекса. В среднем это время при прочих равных условиях введении видео-ЭЭГ регистрации составляло 20 минут, тогда как у детей контрольной группы – не меньше 40 минут. К-комплексов во второй фазе сна у детей с проявлениями бруксизма регистрировалось меньше, по сравнению с контрольной группой, а «веретёна» сна регистрировались с тенденцией к генерализации. У 12 (40%) детей с бруксизмом сигма-ритм регистрировался не только в лобных и височных отведениях, а билатерально и по всем отведениям. У детей контрольной группы отмечалась преимущественно лобная и височная локализация веретён сна, как правило, без тенденции к генерализации, и амплитуда их не превышала 50 мкВ.

Заключение. Таким образом, биоэлектрическая активность головного мозга детей с бруксизмом не имеет абсолютных специфических особенностей. Однако при созревании нервной системы у детей формируются периоды диспропорции в регуляции активирующих и тормозных влияний в работе головного мозга. К одному из таких проявлений, вероятно, можно отнести бруксизм. Не было получено абсолютного отождествления эпилепсии и бруксизма, феномен скрежетания зубами в нашем исследовании не определял скрытое, субклиническое течение эпилепсии. Однако склонность к пароксизмальному ответу, выявляемая у детей с бруксизмом по ЭЭГ, в сочетании с данными результатов анализа амбулаторных карт детей с эпилепсией, позволяет рассматривать феномен бруксизма в качестве маркера, который в определённой степени свойствен для детей с эпилепсией.

Литература

1. Болдырев, А.И. Эпилепсия у детей и подростков / А.И. Болдырев. – М. Медицина, 1990. – 320 с.
2. Брагин, Е.А. Диагностика и лечение парафункций жевательных мышц / Е.А. Брагин, О.Ю. Хорев, К.Г. Караков, О.В. Агранович. – Ставрополь, 2004. – 150 с.
3. Гудман, С.Н. На пути к доказательной биостатистике. Часть 2: байесовский критерий / С.Н. Гудман // Международный журнал медицинской практики. – М., 2002. – 10 с.
4. Инсомния: современные диагностические и лечебные подходы (под ред. проф. Я.И. Левина). – М.: ИД Медпрактика. – М, 2007. – 116 с.
5. Электроэнцефалография в неонатологии (под ред. Н.Н. Володина). – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 28 с.

БРУКСИЗМ И ЭПИЛЕПСИЯ (НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ И НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БРУКСИЗМА)

О. В. АГРАНОВИЧ, А. О. АГРАНОВИЧ

Ключевые слова: дети, бруксизм, эпилепсия

BRUXISM AND EPILEPSY (SOME CLINICAL AND NEUROPHYSIOLOGICAL ASPECTS OF BRUXISM)

AGRANOVICH O. V., AGRANOVICH A. O.

Key words: children, bruxism, epilepsy