

Выводы

1. Длительная экспозиция дыма лесных пожаров способствует хронической гипоксии, повышению артериального давления, церебральному ангиоспазму с нарушением венозного оттока. Вызывает декомпенсацию состояния у лиц с ДЭ-II развитие инсультов и преходящих нарушений мозгового кровообращения.

2. Декомпенсация ДЭ-II проявляется субъективно интенсивными, практически постоянными головными болями, сонливостью, объективно когнитивными и вегетативными расстройствами.

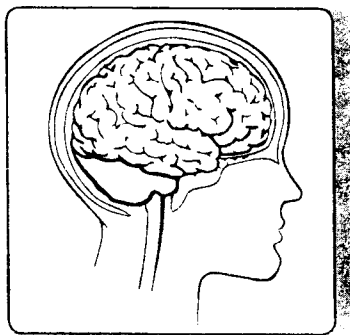
3. Комплексная патогенетическая терапия с использованием микроциркулянтов, ноотропов и веноotonиков позволяет в период лесных пожаров улучшить качество жизни и уменьшить вероятность развития острых нарушений мозгового кровообращения у больных ДЭ-II.

5. Уточнение патогенетических механизмов поражения нервной системы при длительном воздействии дыма лесных пожаров в условиях высокой пожароопасности лесов в Дальневосточном регионе является одним из перспективных направлений комплексных научных исследований ДВГМУ.

Л и т е р а т у р а

1. Бабенко О.В., Авхименко М.М., Трифонов С.В. // Медицинская помощь. 2003. №4. С. 26-32.
2. Братчинчик А.Н., Рыжков С.В., Толстов А.В. и др. // Военный мед. журн. 2002. №5. С. 83.

3. Добрых В.А., Шевцов Б.П., Яхно В.В. и др. // Дальнев. мед. журн. 2002. №3. С. 16-19.
4. Зайченко О.В. // Безопасность жизнедеятельности. 2005. №1. С. 21-25.
5. Захарычева Т.А., Хелимский А.М., Махинова А.Ф. и др. // Дальнев. мед. журн. 2002. №3. С. 19-22.
6. Куделько Е.А. // Дальнев. мед. журн. 2002. №3. С. 37-40.
7. Макаревич С.В., Боженков Ю.А., Ерохова З.Н. и др. // Дальнев. мед. журн. 2002. №1. С. 42-44.
8. Рябкова В.А., Брылева И.Н. // Дальнев. мед. журн. 2002. №3. С. 41-44.
9. Сиротина З.В., Кожарская О.В., Васенева Е.А. // Здравоохранение Дальнего Востока. 2004. №3. С. 28-32.
10. Соколова Г.В., Тетерятникова Е.П. // Дальневосточная весна - 2006: Мат-лы междунауч.-практ. конф. Комсомольск-на-Амуре, 2006. С. 221-224.
11. Черняк Ю.И., Портянская Н.И., Меринова А.В. и др. // Токсикол. вести. 2002. №2. С. 5-9.
12. Шаталова И.Г. // Дальнев. мед. журн. 2002. №3. С. 28-31.
13. Lange J.P., Schwartz D.A., Doebbeling R.J. et al. // Environ. Hith Persp. 2002. Vol. 110. №11. P. 1141-1146.
14. Sumi K., Tsuchia J. // Proceedings of Int. Symposium on Flammabil. and Fire Retardants. Toronto, 1977. P. 241-248.



УДК 616.8.078 - 007

Т.Н. Проскокова, С.Ч. Кузенная

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЫЗВАННЫХ ПОТЕНЦИАЛОВ ПРИ НАСЛЕДСТВЕННЫХ МОТОРНО-СЕНСОРНЫХ НЕВРОПАТИЯХ I И II ТИПОВ

Дальневосточный государственный медицинский университет;
Окружной военный госпиталь №301, г. Хабаровск

Наследственные моторно-сенсорные невропатии (НМСН) — гетерогенная группа заболеваний, в основе которых лежат дегенеративные изменения миелиновой оболочки или аксонов двигательных и чувствительных волокон периферических нервов и спинномозговых корешков [3]. В этой группе заболеваний при проведении электронейромиографии выявляются демиелинизирующие и аксональные изменения в периферических нервах. Сходные поражения определялись в диафрагмальных,

языкоглоточных, блуждающих нервах [5]. Нам было интересно проследить наличие патологии в центральных проводящих путях при НМСН. С этой целью проведено изучение вызванных потенциалов различных модальностей у больных НМСН I и II типов.

Регистрация вызванных потенциалов проводилась на приборе «Электронейромиограф 4» с вызванными потенциалами фирмы «Нейрософт» (г. Иваново). Проводилась регистрация зрительных вызванных потенциалов на пат-

терн (ПЗВП) и на вспышку (ВЗВП), а также акустических стволовых вызванных потенциалов (АСВП), при этом использовалась классификация J. Hall et al. в модификации С.Н. Иллариошкина и соавт. [2], в соответствии с которой выделялись 4 типа АСВП: I тип — норма; II тип — слабая степень изменений (нарушение формы вызванного ответа, увеличение межпиковых интервалов, снижение амплитуды основных компонентов ВП); III — умеренная степень изменений (отсутствие III и /или V пиков); IV тип — значительные изменения (наличие лишь I пика или отсутствие четкой визуализации пиков).

ПЗВП были проведены 21 пациенту с НМСН I типа и 32 больным с НМСН II типа. Выявлялось достоверное увеличение латентностей основных компонентов ПЗВП — P50, N75, P100, N145, P200 у больных НМСН I и II типов (табл. 1). Латентность компонента P100 у больных НМСН I типа ($129,40 \pm 34,73$ мс) была достоверно выше ($p < 0,005$), чем у больных НМСН II типа ($118,20 \pm 20,00$ мс), что свидетельствует о большей выраженности процессов демиелинизации при НМСН I типа. Достоверно ($p < 0,05$) преобладала латентность компонента N145 при НМСН I типа ($174,80 \pm 46,92$ мс) в сравнении с НМСН II типа ($159,90 \pm 23,01$ мс).

Амплитуда компонентов N75 - P100 была снижена у 11 больных (52,4%) НМСН I типа (у 8 чел. — на один глаз, у 3 чел. — на оба глаза) и у 14 больных (43,8%) НМСН II типа (у 5 чел. — на один глаз, у 9 чел. — на оба глаза).

Амплитуда компонентов P100 - N145 была снижена у 9 больных (42,9%) НМСН I типа (у 4 чел. — на один глаз, у 5 чел. — на оба глаза) и у 9 больных (28,1%) НМСН II типа (у 7 чел. — на один глаз, у 2 чел. — на оба глаза). Снижение амплитуды компонентов N75 - P100 и P100 - N145 отмечалось у 3 больных (14,3%) НМСН I типа и 6 больных (18,8 %) НМСН II типа. У 3 пациентов НМСН I типа (14,3%) амплитуды компонентов N75 - P100 и P100 - N145 были нормальными (средний возраст больных — $9,33 \pm 5,86$ г.).

При НМСН II типа нормальная амплитуда N75 - P100 и P100 - N145 компонентов отмечалась у 10 больных (31,3%); средний возраст больных $29,60 \pm 21,17$ г. Средние значения сниженной амплитуды компонентов N75 - P100 при НМСН I типа составили $4,81 \pm 1,21$ мкВ, при НМСН II типа — $4,47 \pm 1,36$ мкВ; оба показателя достоверно уменьшены в сравнении с нормой ($p < 0,001$).

Таблица 1

Показатели латентностей (мс) основных компонентов ПЗВП у больных НМСН I и II типов

Основные компоненты	НМСН I типа, n=42	НМСН II типа, n=64	Норма
P50	$66,89 \pm 10,88$ $p < 0,001$	$63,12 \pm 10,92$ $p < 0,001$	$49,60 \pm 5,70$
N75	$90,35 \pm 13,33$ $p < 0,001$	$87,26 \pm 15,39$ $p < 0,001$	$75,00 \pm 2,60$
P100	$129,40 \pm 34,73$ $p < 0,001$	$118,20 \pm 20,00$ $p < 0,001$	$100,30 \pm 3,20$
N145	$174,80 \pm 46,92$ $p < 0,001$	$159,90 \pm 23,01$ $p < 0,01$	$150,60 \pm 6,60$
P200	$219,8 \pm 40,14$ $p < 0,001$	$209,30 \pm 29,87$ $p < 0,001$	$188,30 \pm 28,60$

Резюме

Проведено исследование полимодальных вызванных потенциалов больным наследственной моторно-сенсорной невропатией I и II типов. Изучение зрительных вызванных потенциалов на паттерн и вспышку у данных больных указывает на параллельное развитие демиелинизирующих и аксональных поражений в зрительных путях, при этом отмечалась большая выраженность процессов демиелинизации при НМСН I типа и процессов аксонального поражения проводящих зрительных путей при НМСН II типа. По данным акустических стволовых вызванных потенциалов, у исследуемых больных имеются признаки демиелинизирующе-аксонального поражения периферических и центральных (стволовых) слуховых путей, причем значимых различий между НМСН I и НМСН II не выявлено.

T.N. Proskokova, S.Ch. Kysennaja

STUDY OF INDUCED POTENTIALS IN HEREDITARY MOTOR SENSORY NEUROPATHIES OF I, II TYPES

Far East State Medical University;
Military hospital N 301, Khabarovsk

Summary

Polymodal evoked potentials were performed in patients with hereditary motor-sensory neuropathy I and II types. Combined demyelination and axonal changes were proved during optical evoked potentials on pattern and flash in these patients. The prevalence of demyelination was revealed in patients with hereditary motor-sensory neuropathy I type as well as axonal changes in optic conductive ways in patients with hereditary motor-sensory neuropathy II type. Acoustically evoked potentials showed demyelination-axonal changes of peripheral and central (stem) acoustic ways without signs of any difference in patients with hereditary motor-sensory neuropathy I and II types.

Средние значения сниженной амплитуды компонентов P100 - N145 при НМСН I типа ($2,90 \pm 1,40$ мкВ) и при НМСН II типа ($2,93 \pm 1,23$ мкВ) также достоверно снижены в сравнении с нормой ($p < 0,001$).

Таблица 2

Показатели латентностей (мс) основных компонентов ВЗВП у больных НМСН I и II типов

Основные компоненты	НМСН I типа, n=20	НМСН II типа, n=18	Норма
P1	$73,05 \pm 12,47$ $p < 0,001$	$71,86 \pm 13,43$ $p < 0,01$	$61,00 \pm 11,00$
N1	$101,5 \pm 22,21$ $p < 0,001$	$98,18 \pm 23,08$ $p < 0,001$	$73,00 \pm 16,00$
P2	$128,80 \pm 31,20$ $p < 0,001$	$126,70 \pm 42,33$ $p < 0,01$	$103,00 \pm 15,00$
N2	$161,00 \pm 31,06$ $p < 0,001$	$157,10 \pm 44,46$ $p < 0,001$	$128,00 \pm 22,00$
P3	$197,70 \pm 28,35$ $p < 0,001$	$203,00 \pm 48,00$ $p < 0,001$	$162,00 \pm 36,00$

Показатели латентностей, межпиковых латентностей (мс)
АСВП при НМСН I и II типов

Параметры	НМСН I, n=28	НМСН II, n=56	Норма
I	1.54±0.30	1.56±0.21	1.70±0.15
II	2.56±0.48	2.57±0.30	2.80±0.17
III	3.61±0.48	3.68±0.33	3.90±0.19
IV	4.89±0.73	4.87±0.41	5.10±0.24
V	5.77±0.73	5.64±0.43	5.70±0.25
VI	7.33±0.81	7.23±0.70	7.30±0.29
I-V	2.07±0.37	2.13±0.33	2.30±0.15
III-V	2.18±0.53 p<0.01	1.99±0.33	1.90±0.18
I-V	4.25±0.68 p<0.05	4.12±0.43	4.00±0.23

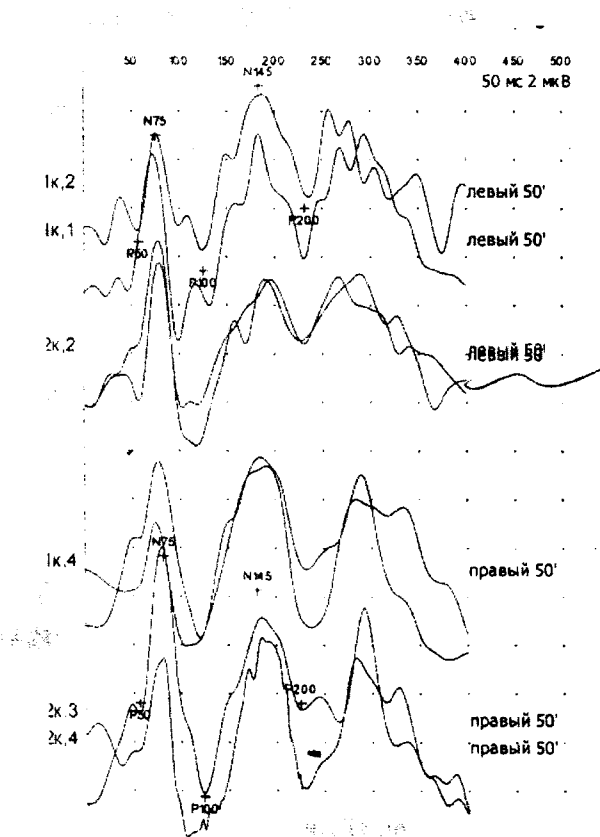


Рис. 1. Зрительные ВП на паттерн у больного В., 13 лет, с НМСН IA типа

Таким образом, исследование ПЗВП у больных НМСН I и II типов указывает на параллельное развитие демиелинизирующих и аксональных поражений в зрительных путях, но при этом отмечалась большая выраженность процессов демиелинизации при НМСН I типа и процессов аксиального поражения проводящих зрительных путей при НМСН II типа. ВЗВП проведены 10 больным НМСН I типа и 10 больным НМСН II типа. (50,0%) на оба глаза. Величины сниженной амплитуды компонентов N1 - P2 при НМСН I типа ($1,31 \pm 1,26$ мкВ) и II типа ($2,41 \pm 1,43$ мкВ) достоверно отличались от нормы ($p < 0,001$).

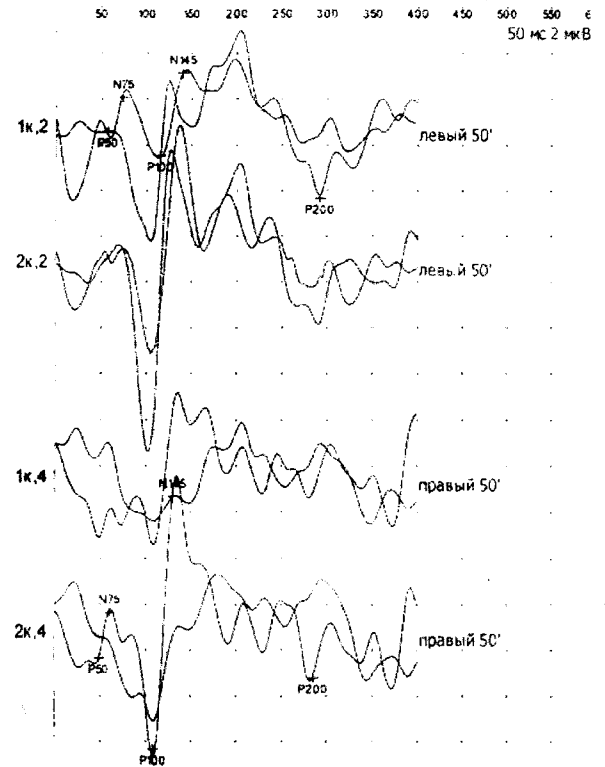


Рис. 2. Зрительные ВП на паттерн у больной С., 44 лет, с НМСН II типа

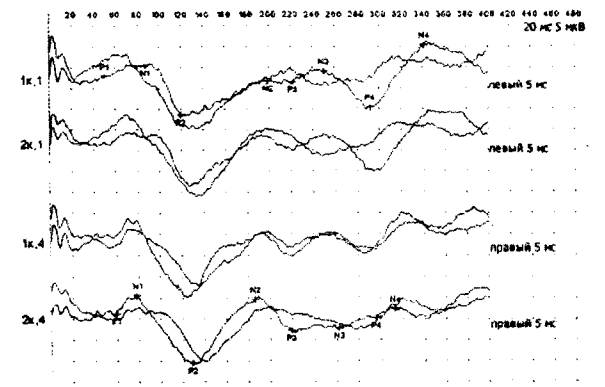


Рис. 3. Зрительные ВП на вспышку у больного Т., 16 лет, с НМСН I типа

Таким образом, результаты ВЗВП, как и ПЗВП, свидетельствуют о демиелинизирующе-аксональном поражении в зрительных путях при НМСН. Исследование АСВП проведено 14 больным НМСН I типа и 28 больным НМСН II типа. В группе больных НМСН I типа при регистрации АСВП нормальные ВП (I тип) выявлялись у 2 больных (14,3%), при НМСН II типа — у 4 больных (14,3%), средний возраст больных составил $12,67 \pm 3,83$ г. (размах 7-18 лет). II тип ВП наблюдался у 12 больных НМСН I типа (85,7%) и 24 больных НМСН II (85,7%); III и IV типы ВП отсутствовали.

Снижение амплитуды волн АСВП отмечалось у 11 больных НМСН I (78,6%) и у 20 больных НМСН II типа (71,4%); увеличение межпиковых интервалов — у 7 больных НМСН I (50,0%) и у 16 больных НМСН II типа

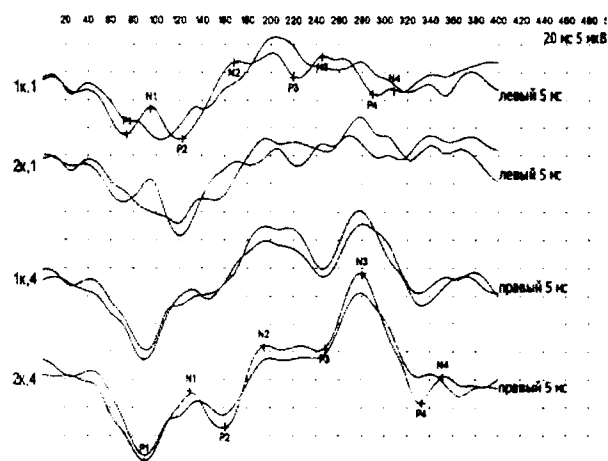


Рис. 4. Зрительные ВП на вспышку у больной С., 44 лет, с НМСН II типа

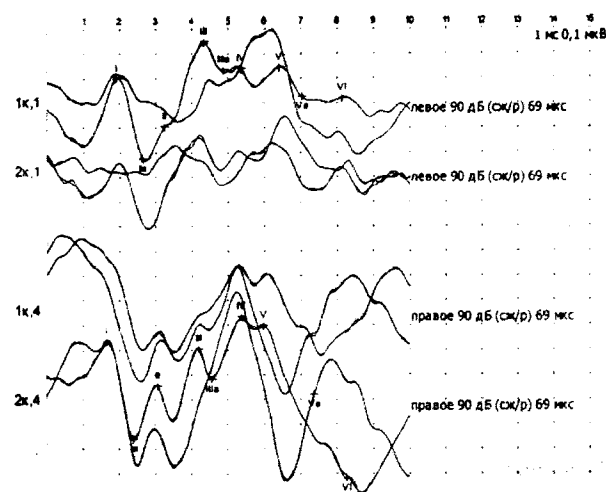


Рис. 6. Слуховые ВП у больной Л., 42 лет, с НМСН II типа

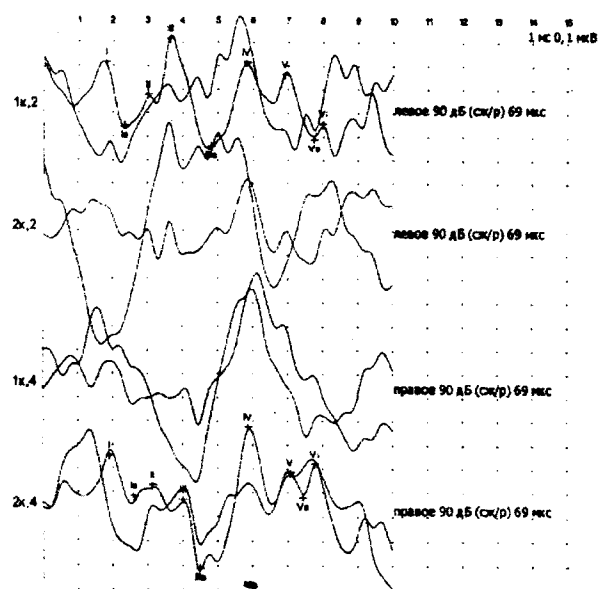


Рис. 5. Слуховые ВП у больного Т., 16 лет, с НМСН IA типа

(57,1%) (табл. 3). У больных НМСН I типа выявлялось достоверное ($p < 0,05$) снижение амплитуды I волны ($0,21 \pm 0,18$ мкВ). Показатели латентностей волн АСВП достоверно не отличались от нормы в обеих группах больных (НМСН I и II), межпиковые латентности III-V и I-V были достоверно увеличены у больных НМСН I типа, что свидетельствует о нарушении проведения на

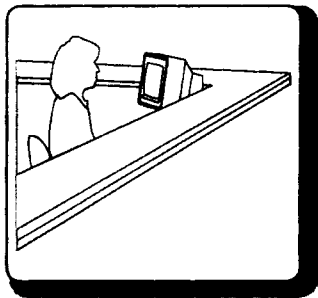
понтотомезенцефальном уровне (демиелинизирующий процесс).

Следовательно, у больных наследственными моторно-сенсорными невропатиями при исследовании зрительных и стволовых акустических вызванных потенциалов подтверждено наличие демиелинизирующе аксонального поражения периферических и центральных отделов соответствующих анализаторов. Полученные результаты демонстрируют, что вызванные потенциалы различных модальностей могут быть ценным и информативным дополнительным методом верификации типа поражения при наследственных моторно-сенсорных невропатиях, что может иметь определенное дифференциально-диагностическое значение.

Л и т е р а т у р а

1. Гнездицкий В.В. // Вызванные потенциалы мозга в клинической практике. М.: МЕДпресс-информ. 2003. 264 с.
2. Иллариошкин С.Н., Федин П.А., Иванова-Смоленская И.А. и др. // Журн. неврологии и психиатрии. 1992. №4. С. 22-27.
3. Иллариошкин С.Н., Иванова-Смоленская И.А., Маркова Е.Д. // ДНК-диагностика и медико-генетическое консультирование в неврологии М.: Мед. информ. агентство, 2002. 591 с.
4. Опыт применения вызванных потенциалов в клинической практике / Под. ред. В.В. Гнездицкого, А.М. Шамшиновой. М.: АОЗТ Антидор, 2001. 480 с.
5. Dyck P.J., Litchy W.J., Minnerath S. et al. // Ann. Neurol. 1994. Vol. 35, P. 608-615.





КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАРАСУИЦИДОВ В Г. ЧИТЕ

Читинская государственная медицинская академия, г. Чита

Проблема самоубийств с каждым годом приобретает все более глобальный характер, а суицидальные попытки (парасуициды) все чаще становятся формой поведения, к которой прибегает человек в той или иной кризисной ситуации. Имеющиеся данные свидетельствуют о неуклонном росте числа суицидов и покушений на самоубийство в большинстве стран мира. Не является исключением и Российская Федерация. Частота завершенных суицидов в нашей стране в последние годы находится на уровне 36-38 случаев на 100 тыс. населения [1, 3].

Статистика парасуицидов колеблется в значительных пределах: от 60 до 220 на 100 тыс. населения [2]. Трудности сбора объективных данных обусловлены в первую очередь тем, что в публикации попадает приблизительно один из 4-10 случаев [6]. При этом количество попыток самоубийства в 10-20 раз превышает число завершенных суицидов, что характеризует истинные масштабы происходящего. Особенно серьезной проблемой являются повторные парасуициды [4]. Из тех, кто совершил парасуицид, как правило, 20-60% повторяет его в течение первого последующего года, причем в 50% «успешно». Однако достаточно надежных критериев прогноза повторной суицидальной попытки пока не выработано. Поэтому детальное изучение клинико-эпидемиологических аспектов суицидальных попыток имеет большое научное и практическое значение [5]. В первую очередь это относится к выявлению региональных особенностей суицидального поведения. По данным 2003 г., максимальный разброс частоты самоубийств по отдельным субъектам Федерации составляет 121 раз [1, 5]. Это определяет необходимость изучения дополнительных факторов, влияющих на уровень самоубийств в конкретных регионах.

Одной из территорий с наибольшей распространенностью суицидов является Читинская область [1]. Поэтому неблагоприятная суицидологическая ситуация в Забайкалье требует тщательного изучения с целью выявления ведущих факторов суицидогенеза и разработки обоснованной комплексной программы профилактики, направленной на снижение частоты самоубийств.

Целью данного исследования явилось изучение эпидемиологических, социальных и клинических аспектов парасуицидов в г. Чите с определением роли алкогольного фактора в их возникновении.

Материалы и методы

Работа основывается на данных ретроспективного анализа историй болезни лиц, совершивших суицидальные попытки и госпитализированных в отделение неврологии Областной клинической больницы; отделения неврологии, травматологии, Токсикологический

Резюме

В статье представлен анализ суицидальных попыток в г. Чите за период с 1995 по 2004 г. В ходе исследования установлено влияние возраста, пола, сезонности, фаз лунного цикла, социальных факторов, психического здоровья, алкогольного опьянения на суицидальную активность. Приведенные данные свидетельствуют как об отсутствии какой-либо системы превенции повторных суицидальных действий в Чите, так и о весомом вкладе алкогольного фактора в суицидогенез. Поэтому наиболее эффективным профилактическим мероприятием является снижение потребления алкоголя в популяции и лечение алкоголизма как основного заболевания.

A.V. Sakharov, N.V. Govorin

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF SUICIDE ATTEMPTS IN THE CITY OF CHITA

Chita state medical academy, Chita

Summary

In the article the analysis of suicide attempts in the city of Chita for the period from 1995 to 2004 is submitted. During the research influence of age, gender, seasonal prevalence, phases of a lunar cycle, social factors, mental health, and alcoholic intoxication on suicide activity have been determined. The received findings confirm absence of any system of prevention of repeated suicide attempts in Chita, and powerful contribution of alcoholic factor to occurrence of suicide attempts. Therefore the most effective preventive action is decrease in consumption of alcohol in population and treatment of alcoholic dependence as a main disease.

и Ожоговый центры городской клинической больницы №1 за период с 1995 года по 2004 г.

Результаты и обсуждение

Было проанализировано 2760 случаев совершения суицидальных попыток. В динамике за 10 лет обращаемость населения в вышеперечисленные стационары по поводу данной формы аутоагрессивного поведения оставалась стабильной. Парасуициды совершили 73,7% женщин (2033), 26,3% мужчин (727). Это свидетельствует о значительном преобладании попыток самоубийств у женщин (соотношение ж:м равно 2,8:1). Присутствует зависимость от способа: при отравлениях женщины (ж) составили 77,6%, мужчины (м) 22,4% (3,5:1), при самопорезах — 32,6 и 67,4% (1:2); при попытках самоповешения — 16,9 и 83,1% (1:4,9); при попытках самосожжения — 14 и 86% (1:6) соответственно. Такие