

выраженных нарушением сердечного ритма, одышки, тромбофлебитов и тромбозов вен; отсутствие грубой сенсорной афазии и когнитивных расстройств. Основным показанием для перевода являлось наличие двигательных расстройств разной степени выраженности, включая глубокие парезы и пlegии конечностей, афферентные парезы, атаксии.

Больные с нарушенным сознанием, тяжелой соматической патологией, грубой сенсомоторной афазией и когнитивными расстройствами, препятствующими активному вовлечению их в реабилитационные мероприятия, переводились в палаты поддерживающей продолженной терапии, где продолжалось проведение медикаментозной патогенетической терапии, направленной на улучшение перфузии головного мозга, нейропротекцию, улучшение регенеративно-репаративных процессов, а также проведение вторичной профилактики (предотвращение повторных нарушений мозгового кровообращения) и симптоматической терапии, включавшей коррекцию сна и психического статуса больных, уменьшение выраженности болевого синдрома.

Анализ работы нейрососудистого отделения БСМП им. Н.А. Семашко с палатой интенсивной терапии убедительно показал его эффективность в снижении смертности и инвалидизации больных с ОНМК.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ишемический инсульт. Профилактика и лечение. – Рекомендации EUSI, 2003.
2. Сковрцова В.И., Евзельман М.А. Ишемический инсульт. – Орел, 2006. – 400 с.
3. Сковрцова В.И. // Медицина, 2004. – № 4. – С. 10-12.

МЕТОД АУДИОВИЗУАЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ТИКОЗНЫХ ГИПЕРКИНЕЗОВ И СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ У ДЕТЕЙ

В.П. Зыков, Л.Б. Иванов, А.В. Будкевич

Российская медицинская академия последипломного образования МЗ РФ

Консультативно-диагностический центр при детской городской больнице № 9 им. Г.Н. Сперанского, Москва

Тикозные гиперкинезы являются одной из актуальных проблем современной невропатологии, поскольку частота встречаемости их среди детского населения, по данным разных авторов, составляет 6% [6,7].

При изучении проблемы тиков особое внимание уделяется не только купированию тикозных гиперкинезов, но и лечению сопутствующих психических расстройств, так как именно последние определяют качество жизни больного, степень его адаптации и социальной реабилитации. У многих пациентов, страдающих тиками, наблюдаются различные психопатологические состояния. Так, рядом авторов выявлена прямая взаимосвязь между степенью выраженности гиперкинетических расстройств и сопутствующих им поведенческих нарушений. Гиперкинезы у детей часто сочетаются с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) [1]. Нередко начальные симптомы СДВГ предшествуют развитию тикозных расстройств [4]. У 50-75% больных с синдромом Жиль де ла Туретта имеются проявления, соответствующие критериям синдрома дефицита внимания и гиперактивности [3]. Природа взаимосвязи между этими двумя синдромами изучена недостаточно. До сих пор не решен вопрос, является ли СДВГ следствием тикозных расстройств, либо сопутствующим нарушением.

В течение последних десятилетий за рубежом предпринимаются попытки использования метода аудиовизуальной стимуляции (АВС) в терапии СДВГ. Технология АВС-воздействия с помощью мерцающего света и звука с частотой в

диапазоне биоэлектрической активности мозга [5]. Н. Russell (1991) исследовал положительное влияние метода ABC с частотой бета-ритма на познавательные функции детей, страдающих СНВГ [5]. Л.Б.Иванов (2000) отметил положительное влияние метода аудиовизуальной стимуляции на познавательные функции и характер ЭЭГ детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности. При этом происходило улучшение корковой ритмики по данным спектрального анализа мощности ЭЭГ [2].

Группа пациентов, которым проводилась терапия методом ABC, составила 27 человек (4 девочки и 23 мальчика), из них синдром Туретта диагностирован у 10, распространенный тик – у 10, локальный тик – у 7 больных. Основным критерием отбора больных явилось наличие у них СНВГ. Проводилось 10 сеансов ABC в режиме 8-12 Гц, в горизонтальном положении пациента в течение 20 минут. В связи с этим метод ABC применялся у детей старше 6 лет. На момент лечения данным методом больные не получали медикаментозной терапии по поводу тиков.

Для оценки эффективности терапии использовался подсчет тиков за 20 минут до и после лечения. Для диагностики СНВГ использовались диагностические критерии синдрома дефицита внимания с гиперактивностью по DSM-IV до начала лечения и через 1 месяц после лечения. Для исследования свойств памяти (динамика процесса запоминания, объем, продуктивность) использовались методики «10 слов» А.Р. Лурии, для анализа свойств внимания (произвольность внимания, удержание инструкции) – методика Л. Красильниковой «да» и «нет» не говорите». Данные методики проводились до и после курса ABC. Эффективность терапии методом ABC оценивалась также по электроэнцефалографическим параметрам.

После проведения курса ABC клинически положительный результат в виде уменьшения количества тиков на 39,6% установлен у 7 больных, страдающих распространенными тиками, и на 68,2% у больных с локальными тиками. Среди пациентов с синдромом Туретта у 3 с распространенными тиками, серийно-статусным течением заболевания и отягощенной наследственностью по тикам, уменьшения тиковых гиперкинезов не отмечалось. После терапии методом ABC отмечено также положительное влияние на СНВГ. При проведении тестов на внимание и память до лечения методом ABC получены следующие результаты: при проведении методики Лурии «10 слов» нормальный тип кривой выявлен у 12 (44,4%) больных, у 11 (40,7%) детей – ригидный и у 4 (14,8%) пациентов – нисходящий; при проведении методики Л. Красильниковой «да» и «нет» не говорите» высокий уровень результатов отмечен у 2 (7,4%) детей, средний уровень – у 14 (51,8%) больных и низкий уровень у 11 (40,7) пациентов.

Таким образом, полученные результаты показали изменение внимания у 92,6, а памяти у 55,6% больных, страдающих тиковыми гиперкинезами и СНВГ. После терапии методом ABC отмечена положительная динамика в выполнении тестов на внимание и память у 13 больных (48,1%). У 16 (59,2%) больных через 1 месяц после курса лечения отмечено уменьшение от 2 до 5 симптомов гиперактивности, импульсивности и нарушения внимания согласно критериям диагностики СНВГ DSM-IV.

После курса ABC зарегистрирована также положительная динамика в электроэнцефалографической картине пациентов. До лечения данным методом изменения в электроэнцефалографической картине наблюдались у 23 детей. Умеренная дезорганизация основного коркового ритма регистрировалась у 9 (33,3%) больных, выраженная дезорганизация – у 11 (40,7%), дизритмические проявления – у 3 (11,1%) и относительно сохранный корковый ритм – у 4 (14,8%). Патологические виды активности в виде всплесков острых волн незначительно выше или на уровне фоновой записи встретились у 21 (77,7%) пациента.

После лечения при визуальной оценке нативной ЭЭГ отмечалась тенденция к лучшей организации основного ритма у 17, снижение выраженности частоты и амплитуды острых волн регистрировалось у 11 больных. При спектральном

анализе выявлен рост мощности пика доминирующей частоты в среднем на 12,3% у 8 больных. Сужение диапазона основного ритма зарегистрировано у 7 больных. Смещение доминирующей частоты в сторону ускорения, где за достоверное учитывалось смещение не менее 0,5 Гц, отмечено у 9 больных, что совпало с выраженным клиническим улучшением у 4 пациентов.

Анализ когерентности выявил особенности интегративного состояния мозга у 23 (85,2%). По внутриполушарным парам у 5 больных выявлялась асимметрия показателей средней когерентности между парами Fp1-T3 и Fp2-T4 и составила 24,2%. Также при когерентном анализе по внутриполушарным парам выявлено нарушение переднезаднего соотношения величин когерентности. У 9 (36,4%) больных отмечено сглаживание переднезаднего соотношения (снижение в передних отделах и повышение в задних), а у 2 отмечена инверсия переднезаднего соотношения. Исследование уровня средней когерентности по межполушарным связям выявило снижение уровня когерентности в парах Fp2-Fp1 и F4-F3 у 13 (48,1%) больных. У 16 (59,3%) больных отмечалось увеличение величин когерентности в парах C4-C3 и P4-P3 в среднем до $0,57 \pm 0,02$ и $0,52 \pm 0,01$ соответственно. У 7 (25,9%) пациентов выявлено снижение средней межполушарной когерентности в среднем в парах C4-C3 и P4-P3. При когерентном анализе ЭЭГ после курса АВС отмечалась внутриполушарно тенденция к нормализации переднезаднего соотношения у 6 больных. Значения средней когерентности по средним межполушарным связям выявили тенденцию к снижению уровня интеграции в теменно-центральных отделах и повышение в лобных отделах у 7 больных.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют об эффективности применения метода АВС в лечении детей, страдающих тикозными гиперкинезами и синдромом дефицита внимания и гиперактивности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зыков В.П. Тики детского возраста. – М, 2002. – С. 63.
2. Иванов Л.Б. Прикладная компьютерная электроэнцефалография. – М., 2000. – С. 251.
3. Коффи Б., Шейдер Р. Тик. Психиатрия. / Под ред. Р. Шейдера. / Пер. с англ. – М., 1998. – 485 с.
4. Осипчик С.И. Клиническая дифференциация гиперактивности у детей. Здоровоохранение. – МЗ Респ. Беларусь, 1996. – 25-26 с.
5. Hutchison M. // Quarterly newsletter about the latest advances in human potential technology. P.O. Box 2744. Sausalito, CA 94966, (415) 332-333.
6. Leckman J.F., Peterson B.S., Anderson G.M. // J. Child. Psychol. Psychiat. – 1997. – V. 38. – P. 119-142.
7. Shapiro A.K., Shapiro E.K. Tic Disorders. // J. Am. Med. Ac. Soc. – 1981. – V. 245. – P. 1583-1585.

МРТ-ДИАГНОСТИКА ВНУТРИСУСТАВНЫХ И ПЕРИАРТИКУЛЯРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ СОМАТОГЕННЫХ ПРОЗОПАЛГИЯХ

Д.В. Буренчев, Л.Г. Турбина, В.И. Пьянзин, О.М. Штанг, А.В. Турбин

МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

ГКБ № 20, Москва

Соматогенные лицевые боли могут развиваться вследствие мышечно-соматической дисфункции лица, патологии височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), либо вследствие сочетания различных патогенетических факторов [1, 2]. При этом роль патологии ВНЧС в большинстве исследований сводится к наличию (отсутствию) клиникорентгенологических признаков артроза. Стандартное рентгенологическое исследование популяции больных соматогенны-