

Для повышения устойчивости у больных с ДЭП используется комплексное лечение, включающее наряду с медикаментозной терапией и различные лечебно-гимнастические комплексы для тренировки равновесия. В последние годы появились сообщения об успешном применении у этой категории больных метода биоуправления по стабилотрамме (Judge J.O. et al., 1993), так называемых тренажеров равновесия - специальных компьютерных программ биологической обратной связи, основанных на визуализации положения центра давления (ЦД) и управления определенными действиями посредством перемещения ЦД тренирующимся больным. Однако, многие вопросы использования этого метода лечения у больных с ДЭП остаются малоизученными. С нашей точки зрения это определяется, прежде всего, отсутствием объективных стабилотметрических критериев оценки особенностей различных синдромов постуральной нестабильности при ДЭП.

В связи с этим, целью настоящего исследования явилось выявление стабилотграфических особенностей различных вариантов течения ДЭП.

Под нашим наблюдением находилось 26 больных (средний возраст $62,42 \pm 8,31$ лет) с ДЭП, среди них было 17 женщин и 9 мужчин. На основании клинических, ультразвуковых и нейровизуализационных методов исследований у 4 больных была диагностирована субкортикальная артериосклеротическая энцефалопатия, у 14 - мультиинфарктное состояние и у 8 больных - вертебрально-базилярная недостаточность. На основании клинических и психоневрологических исследований у 14 больных определена I стадия ДЭП, у 9 больных - 2 стадия и у 3 - 3 стадия ДЭП.

У всех больных для объективной оценки функции равновесия проведено стабилотграфическое исследование с помощью компьютерно-стабилотграфического комплекса (КСК-123-3), разработанного ОКБ «РИТМ» (г. Таганрог), принцип действия которого основан на определении и регистрации текущих координат проекции ЦД тела человека на площадь опоры и отображения их на экране монитора. Изучались следующие общепринятые показатели перемещения ЦД: L - общая длина кривой статокинезиграммы за определенный промежуток времени (30 сек) в мм, V - средняя скорость перемещения ЦД (мм/сек), S - площадь статокинезиграммы (кв.мм), R - средний радиус отклонения ЦД. Оценивалась также степень смещения ЦД во фронтальном (X) и сагиттальном (Y) направлениях. У всех больных исследовалась основная стойка при открытых и закрытых глазах (время исследования 30 сек). Для определения стандарта стабилотметрических показателей было обследовано 50 неврологически здоровых лиц без патологии опорно-двигательного аппарата. Статистическая обработка проводилась с помощью программы Statistica 4.5. Использовались сравнительный, однофакторный дисперсионный и корреляционный анализы, попарные сравнения средних значений с определением критериев Стьюдента (уровень значимости не менее 95%).

Проведенное исследование показало, что при неврологическом исследовании у большинства обследованных больных в пробе Боппа выявлялась неустойчивость разной степени выраженности. При стабилотграфическом исследовании были получены данные о достоверном ухудшении по сравнению с нормой всех основных показателей стабилотграммы. При этом, наиболее выраженные изменения отмечались у больных с вертебрально-базилярной недостаточностью. Полученные данные нашли подтверждение при корреляционном анализе, который выявил тесную взаимосвязь между вариантом развития ДЭП и основными показателями стабилотграммы при пробе с открытыми глазами, при этом наиболее тесная взаимосвязь ($r = 0,66$) определялась между вариантом ДЭП и радиусом отклонения ЦД. В то же время стадия ДЭП тесно коррелировала со скоростью перемещения ЦД ($r = 0,51$) и длиной кривой статокинезиграммы ($r = 0,50$) при пробе с выключением зрения. Была выявлена также зависимость радиуса отклонения ЦД и площади статокинезиграммы от степени концентрации внимания. На основании полученных данных были определены наиболее информативные стабилотграфические показатели для различных вариантов ДЭП и разных стадий этого заболевания.

СИНДРОМ ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ОСТЕОХОНДРОЗОМ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА **В.Г. Пысин, М.Н. Терентьев, Н.В. Касенков**

Белгородская область, г. Старый Оскол, городская больница 2

Под наблюдением неврологического отделения городской больницы № 2 г. Старый Оскол Белгородской области за последние 3 года находилось 216 больных (120 мужчин и 96 женщин) с вертебробазиллярной недостаточностью, сочетающейся с остеохондрозом шейного отдела позвоночника, что составило 36,1% всех больных с цереброваскулярными заболеваниями и 29,4% больных с остеохондрозом шейного отдела позвоночника, лечившихся в тот же период. Большая часть больных (102 человека; 47,2%) была в возрасте от 40 до 55 лет.

Среди больных пролечившихся в стационаре в 1997 году, служащих было 27 человек (43%), рабочих 21 человек (34%), пенсионеров 14 человек (23%); в 1998 году - служащих 32 человека (45%), рабочих 23 человека (32,4%), пенсионеров 16 человек (22,6%); в 1999 году - служащих 43 человека (52,9%), рабочих 22 человека (26,5%), пенсионеров 18 человек (21,5%). В общем количестве больных, пролеченных за 3 года, служащие составили 47%, рабочие 30%, пенсионеры 23%. В 1997 году прошло курс лечения 34 мужчины (55%) и 28

женщин (45%), в 1998 - 37 мужчин (52%) и 34 женщины (48%), в 1999 году - 49 мужчин (59%) и 34 женщины (41%).

У 106 больных (49,1%) наблюдалось острое развитие заболевания: внезапно возникали головокружение, тошнота, иногда неукротимая рвота; в некоторых случаях наступала кратковременная потеря сознания. Одним из постоянных симптомов было головокружение системного и несистемного характера, возникавшее, как правило, приступообразно при поворотах глаз и головы, запрокидывании, наклонах головы, сопровождающееся тошнотой, рвотой, шумом в голове, головной болью в затылочной области, общей слабостью, нарушением равновесия и координации.

У 173 больных (80%) отмечался горизонтальный мелко-, реже крупноразмашистый нистагм, усиливающийся при поворотах головы. Иногда встречались легкие глазодвигательные расстройства, анизокория, ослабление конвергенции, миоз, гемианопсия. У 34 больных (15,7%) выявлены симптомы поражения ветвей задненижней мозжечковой артерии. У некоторых пациентов отмечалась слабость в нижних конечностях. Легкие альтернирующие синдромы были выявлены у 14 больных (6,5%). У ряда больных (52 человека - 24%) зафиксированы висцерально-вегетативные проявления: колебания артериального давления, бради- или тахикардия, асимметрия давления.

У 98 человек (45,4%) на ЭКГ зарегистрированы диффузные изменения миокарда, синусовая бради- или тахикардия, блокада левой ножки пучка Гиса, желудочковые или политопные экстрасистолы, что, по-видимому, подтверждает мнение ряда исследователей о том, что, даже кратковременные нарушения кровоснабжения стволовых структур могут вызвать изменения сердечной деятельности.

У подавляющего большинства пациентов (194 человека - 89,8%) при рентгенологическом обследовании шейного отдела позвоночника наиболее выраженные изменения отмечались в C₄-C₅ и C₅-C₆ сегментах: снижение высоты межпозвонкового диска, субхондральный склероз, остеофиты, признаки унковертебрального артроза.

При реоэнцефалографическом исследовании практически у всех больных зарегистрировано снижение артериального притока по позвоночным артериям и затруднение венозного оттока.

Эхоэнцефалоскопическое исследование у 41 человека (19%) выявило признаки внутричерепной гипертензии, вероятно, обусловленные затруднением венозного оттока.

У некоторых больных при МРТ исследовании отмечались признаки наружной и внутренней сообщающейся гидроцефалии.

При исследовании глазного дна у 119 пациентов (55%) зафиксировано расширение и полнокровие вен, иногда их легкая извитость.

Лечение больных с вертебробазилярной недостаточностью на фоне остеохондроза шейного отдела позвоночника проводилось с учетом этиологических и патогенетических факторов. Применялись нестероидные противовоспалительные средства, препараты, улучшающие церебральную гемодинамику и метаболизм мозговой ткани, а также лекарственные вещества, снижающие возбудимость вестибулярного аппарата, противоотечные, спазмолитические, сосудорасширяющие средства. По ликвидации острых проявлений заболевания использовались средства восстановительной терапии - витамины группы В, биостимуляторы, препараты улучшающие обмен хрящевой ткани, рассасывающие вещества, а также мануальная терапия, иглорефлексотерапия, массаж, лечебная физкультура.

Средняя длительность пребывания данных больных на койке составила 24,3 дня, что значительно ниже длительности пребывания для больных с остеохондрозом позвоночника (30 дней) и с хронической недостаточностью мозгового кровообращения (30 дней), установленными стандартами медицинской помощи пациентам стационаров в рамках обязательного медицинского страхования, что позволяет сделать вывод о целесообразности применения данного метода лечения у больных, страдающих остеохондрозом шейного отдела позвоночника с синдромом вертебробазилярной недостаточности, так как это значительно сокращает сроки их лечения.

ПРОГНОЗ ВОССТАНОВЛЕНИЯ НАРУШЕННЫХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ С РАЗНЫМИ МЕХАНИЗМАМИ РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

А.С. Кадыков, Н.В. Шахпаронова, Е.В. Коновалова

**НИИ неврологии РАМН (дир.- академик РАМН Н.В.Верещагин)
Научный Центр по изучению инсульта МЗ РФ**

Прогнозу восстановления в результате инсульта (И) функций уделялось большое внимание в работах сотрудников реабилитационного отделения НИИ неврологии РАМН [2-4]. Установлена значимость таких факторов как размеры и локализация очага в функционально значимых зонах, состояние высших функций, возраст, инициальная тяжесть дефекта. Развивающееся последнее десятилетие учение о гетерогенности ишемического И (ИИ) [1] поставило перед нейрореабилитацией новую задачу: определить какое возможное влияние на прогноз восстановления функций оказывает механизм развития ИИ.

Материалы и методы: Было проанализировано восстановление функций у 3 групп больных с ИИ: 1) группы больных с И, развившемся на фоне патологии магистральных артерий головы (МАГ) (52 человека); 2)