

СКРИНИНГ-ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОЙ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, С ПОЗИЦИИ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

В.В. Чурсин, З.М. Татаркулова, К.В. Небытов
Ставропольская государственная медицинская академия

Клинические проявления хронических цереброваскулярных заболеваний (ЦВЗ) нередко обуславливают причину обращаемости пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и гиперлипидемией (ГЛ) к врачам первичного звена. Задачей интернистов, помимо лечения основного заболевания, является своевременная оценка тяжести цереброваскулярного осложнения, прогнозирование, адекватная терапия, а также определение целесообразности привлечения невролога к лечебно-профилактическим мероприятиям [1,2]. Большинство амбулаторных медицинских учреждений в РФ оснащено набором рутинных диагностических методик, включая ангиологические – реоэнцефалографию (РЭГ), ультразвуковую доплерографию (УЗДГ) [3,4]. Интерпретация полученных показателей изолированно от неврологического статуса, когнитивных, конституционально-типологических особенностей пациента, затруднена и сомнительна для постановки диагноза начальной дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ). Кроме того, разнообразие диагностических маркеров в рутинной ангионеврологии требует систематизации для своевременной скрининговой диагностики хронических ЦВЗ [1].

Цель исследования: сравнительный анализ диагностических критериев ДЭ для выявления наиболее значимого взаимосочетания маркеров, характеризующих различные подгруппы больных.

Материал и методы. Методика комплексного исследования включала РЭГ, УЗДГ сосудов головного мозга, оценку региональных морфодисплазий (РМД), психотипологические характеристики и шкалы клинического опросника.

В исследовании приняло участие 149 больных, имеющих клинические признаки начальной ДЭ, из них 89 женщин, 60 мужчин 24-56 лет (средний возраст женщин 39,3±5,56 года, мужчин – 41,2±4,72 года). Давность АГ и ГЛ с момента обнаружения ЦВЗ составила от 1,7±0,5 до 5,8±1,5 года. Конституциональные особенности пациентов были представлены качественно-количественным составом региональных морфодисплазий лицевого черепа, области глазниц и носа, губ

и ротовой полости, ушных раковин, волосяного покрова и кожи области головы и шеи, кистей (табл. параметры 1-6) [5,6]. Критерии РЭГ представляли собой нарушение кровенаполнения, затруднение венозного оттока, повышенный, сниженный или смешанный измененный тонус сосудов, выраженность и асимметрию нарушения кровотока, вовлечение того или иного цереброваскулярного бассейна (параметры 7-17) [3,4]. Показатели УЗДГ сосудов головного мозга оценивались по повышенному, пониженному или смешанному сосудистому тону, снижению эластичности сосудистой стенки, выраженности и асимметрии нарушения кровотока, вовлечению того или иного цереброваскулярного бассейна (параметры 18-27). Психотипологическая конституция определялась описанием типов акцентуаций по К. Леонгарду [7]: демонстративный, педантичный, застревающий, возбудимый, гипертимический, дистимический, тревожно-боязливый, циклотимический, аффективно-экзальтированный, эмотивный (параметры 28-37), проводилась корреляция с выраженностью шкал клинического опросника для выявления и оценки невротического состояния [8]: тревоги, невротической депрессии, астении, истерического реагирования, обсессивно-фобических нарушений и вегетативных нарушений (параметры 38-44, табл.). Разнородные диагностические критерии всей группы больных систематизированы с помощью кластерного анализа в структуре статистической программы STATISTICA, версия 8.0.

Результаты. Полученные после статистической обработки средние математические значения каждого параметра позволили доказать существование пяти кластеров ($p < 0,00001$), которые составили однотипные подгруппы больных с особым взаимосочетанием диагностических параметров, характеризующих каждый диагностический кластер или подгруппу.

Естественно, возникает вопрос о причине дифференциации клинически единой группы больных с ЦВЗ в виде ДЭ на пять подгрупп – какие факторы лежат в основе разделения, и почему объединяют выделяемые подгруппы.

Определяющими, высокодостоверными критериями дифференциальной диагностики сравниваемых подгрупп явились психотипологические характеристики пациентов (параметры 28-43, $p < 0,00001$), детерминирующие внутригрупповое статистическое разделение изучаемых параметров больных ДЭ на пять однородных кластеров-подгрупп (табл., рис.).

Необходимо отметить, что достоверного различия между подгруппами больных с ДЭ по ангиологическим диагностическим критериям (параметры РЭГ – 7-17, $p < 0,05$ и параметры УЗДГ – 18-27, $p < 0,05$) выявить не удалось, что указывает на невозможность использования ангиологических показателей в дифференциальной диагностике и прогнозировании течения ДЭ. Даже визуально выраженность нарушений РЭГ, УЗДГ и диапазон их размаха на кластерной диаграмме (рис.)

Чурсин Владимир Валериевич, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры психиатрии, психотерапии, медицинской психологии с курсом неврологии ИПДО СтГМА, тел.: 89624467123; e-mail: chursinvladimir@rambler.ru.

Татаркулова Зухра Магомедовна, врач невролог ЦРБ г. Усть-Джегута, соискатель кафедры психиатрии, психотерапии, медицинской психологии с курсом неврологии ИПДО СтГМА, тел.: (8652)956556.

Небытов Константин Владимирович, заведующий психологической лабораторией Клиники пограничных состояний психиатрии, психотерапии, медицинской психологии с курсом неврологии ИПДО СтГМА, тел.: 89887647612.

Кластерное распределение больных с клиническими признаками дисциркуляторной энцефалопатии на основе взаимосочетания диагностических параметров*

Параметры	Значения в кластере 1	Значения в кластере 2	Значения в кластере 3	Значения в кластере 4	Значения в кластере 5
1.	2,07407	1,83333	2,45833	2,12121	2,6957
2.	1,37037	1,38889	1,54167	1,57576	1,7391
3.	1,59259	1,16667	1,52083	1,27273	1,5217
4.	2,22222	2,27778	1,70833	2,69697	1,7826
5.	0,77778	0,27778	0,41667	0,60606	0,5652
6.	8,11111	6,94445	7,60417	8,00000	8,2609
7.	0,33333	0,55556	0,56250	0,45455	0,6087
8.	0,74074	0,77778	0,70833	0,72727	0,7391
9.	0,29630	0,27778	0,29167	0,33333	0,3913
10.	0,14815	0,11111	0,12500	0,18182	0,0870
11.	0,62963	0,61111	0,62500	0,45455	0,5652
12.	0,70370	0,50000	0,68750	0,51515	0,7391
13.	0,29630	0,50000	0,31250	0,51515	0,2609
14.	0,74074	0,55556	0,52083	0,69697	0,5217
15.	0,07407	0,11111	0,02083	0,09091	0,0000
16.	0,33333	0,27778	0,39583	0,24242	0,3913
17.	0,62963	0,61111	0,58333	0,66667	0,6087
18.	0,51852	0,61111	0,58333	0,63636	0,6522
19.	0,40741	0,16667	0,12500	0,15152	0,1304
20.	0,44444	0,44444	0,47917	0,42424	0,3043
21.	0,33333	0,44444	0,47917	0,39394	0,3043
22.	0,81481	0,72222	0,60417	0,66667	0,8261
23.	0,18519	0,27778	0,39583	0,33333	0,1739
24.	0,37037	0,38889	0,43750	0,42424	0,3913
25.	0,07407	0,11111	0,12500	0,21212	0,0870
26.	0,55556	0,44444	0,56250	0,33333	0,5652
27.	0,37037	0,55556	0,33333	0,51515	0,3478
28.	-3,17037	3,58333	-9,50417	-2,18485	-15,3696
29.	-1,16296	3,31111	-1,15833	-0,29091	-5,7783
30.	-1,28519	4,48889	-4,56875	0,15758	-6,6957
31.	-1,53704	2,82222	-4,81875	-1,01515	-8,2739
32.	-2,37407	1,87222	-5,09375	-2,10303	-8,7435
33.	-1,91111	3,48889	-2,72917	-0,26061	-6,5652
34.	12,55556	12,16667	13,25000	11,63636	13,8261
35.	10,59259	10,33333	11,25000	11,15152	11,3043
36.	16,44444	12,16667	13,93750	12,45455	14,7391
37.	11,92593	6,55556	9,83333	9,57576	13,4783
38.	8,11111	5,33333	8,31250	7,45455	8,2174
39.	17,44444	7,50000	12,75000	12,00000	19,3043
40.	14,96296	13,22222	14,25000	14,66667	15,0435
41.	13,88889	6,66667	9,93750	7,90909	14,3478
42.	16,33333	11,00000	14,50000	13,18182	16,6957
43.	20,22222	12,33333	12,25000	10,54545	16,4348
44.	2,07407	1,83333	2,45833	2,12121	2,6957

* – Достоверность в пределах от 0,05 до 0,00001.

у подавляющего большинства пациентов была между кластерами практически на одном уровне. По дизонтогенетическим параметрам можно отметить достоверность изменчивости между подгруппами, в первую очередь, по параметру общего количества РМД ($p < 0,001$), а также по 1-3 параметрам РМД (дисплазии лицевого черепа, области орбит и носа, губ и ротовой полости, области ушных раковин) ($p < 0,001$), подтверждая вероятность проведения экспресс-диагностики ДЭ в структуре ЦВЗ. В то же время у больных внутри кластеров были обнаружены достоверные различия только по показателям РМД и психотипологическим параметрам ($p < 0,001$).

Таким образом, доказано, что конституционально-типологические особенности больных с ДЭ лежат в основе дифференциальной диагностики между подгруппами. Групповые клинические проявления ДЭ стандартны, указывая на индивидуальные конституциональные характеристики как основу этиопатогенеза.

Обсуждение. Достоинство кластерного анализа состоит в том, что он позволяет производить разделение внешне клинически однородной группы больных с ДЭ не по одному диагностическому параметру, а по набору признаков, выделяя взаимосочетания, имеющие этиопатогенетические или конституциональные взаимосвязи. Кластерный анализ в клинической неврологии, в отличие от большинства математико-статистических методов, не накладывает ограничений на вид рассматриваемых объектов и позволяет подвергнуть анализу множество исходных данных практически произвольной природы, определяя большую или меньшую значимость тех или иных диагностических параметров. Кластерный анализ дает возможность рассматривать достаточно большой объем информации, делая его компактным, наглядным и взаимосвязанным на основе, в частности, механизмов конституциогенеза ДЭ. В результате проведенного кластерного анализа было доказано, что индивидуально-психотипологические особенности больных ДЭ, в первую очередь, отличаются возбудимостью, циклотимностью, дистимностью, экзальтированностью, соответствуя эпилептоидному, циклоидному и истероидному личностным психотипам, чем достоверно различаются в разных подгруппах (кластерах) и дают основание для распределения больных по конституционально-психотипологическим критериям во всех пяти кластерах.

Заключение. Конституциональные характеристики больного с ЦВЗ в виде определенного набора РМД, когда выявляется определенное взаимосочетание параметров лицевого черепа, области глазниц и носа, губ и ротовой полости, ушных раковин, а также общее

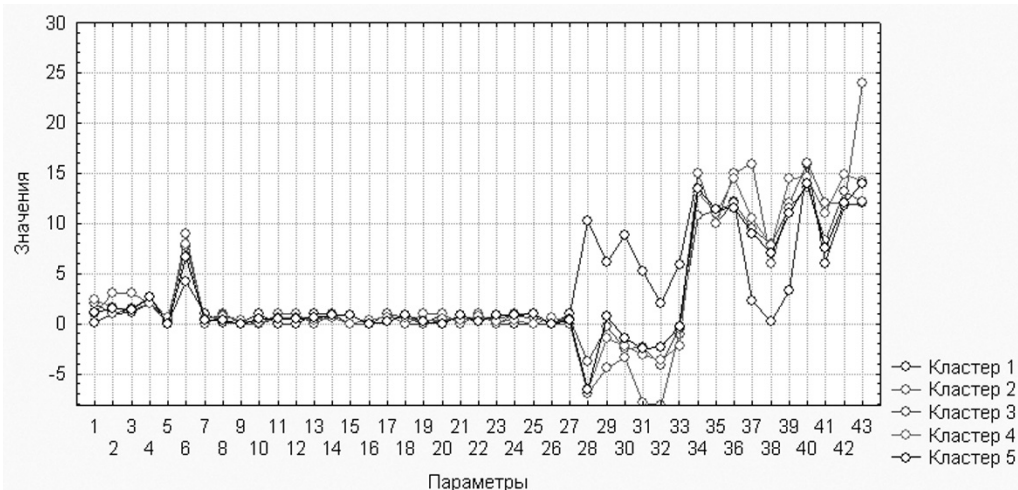


Рис. Выраженность диагностических параметров РЭГ и УЗДГ в выделенных кластерах у больных с дисциркуляторной энцефалопатией.

количество РМД можно оценить как фактор органической предрасположенности, врожденной недостаточности головного мозга. Значимость перечисленных параметров в дифференциальной диагностике обнаруженных подгрупп повышается при сочетании с психотипологическими характеристиками. В совокупности они могут представлять данный метод верификации начальных проявлений хронического ЦВЗ в качестве скрининг-диагностических индивидуально-типологических показателей ДЭ.

Литература

1. Канарейкин, К.Ф. Клиника и диагностика начальных проявлений недостаточности кровоснабжения мозга. / К.Ф. Канарейкин, Л.С. Манвелов, В.Т. Бахур // Клиническая медицина. — 1991. — №2. — С. 64-66.
2. Клиническая неврология с основами медико-социальной экспертизы. / Под ред. А.Ю. Макарова. / Руководство для врачей. — Санкт-Петербург, 1998. — 602 с.
3. Мухарлямов, Н.М. Клиническая ультразвуковая диагностика / Н.М. Мухарлямов, Ю.Н. Беленков, О.Ю. Атьков / Под ред. Н.М. Мухарлямова. — Москва, 1987. — 620 с.
4. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике / Под ред. В.В. Митькова. — Москва, 1997. — Т.4. — 387 с.
5. Корнетов, Н.А. Глоссарий стандартизированного описания региональных морфологических дисплазий для клинических исследований в психиатрии и неврологии / Н.А. Корнетов. — Томск, 1996. — 73 с.
6. Куряченко, Ю.Т. О некоторых аспектах изучения региональных морфологических дисплазий / Ю.Т. Куряченко, Б.М. Доронин / Материалы научно-практической конференции ГОКБ. — Новосибирск, 1999. — С. 236-238.
7. Леонгард, К. Акцентуированные личности / К. Леонгард. — Ростов-на-Дону, 2000. — 504 с.
8. Яхин, К.К. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний. / К.К. Яхин, Д.М. Менделевич. — Москва, 2005. — С. 432.

СКРИНИНГ-ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОЙ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, С ПОЗИЦИИ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

В.В. ЧУРСИН, З.М. ТАТАРКУЛОВА, К.В. НЕБЫТОВ

Своевременное выявление клинических признаков начальных цереброваскулярных заболеваний (ЦВЗ) у больных артериальной гипертензией и/или гиперлипидемией является одной из важных и актуальных лечебно-профилактических и социальных задач в практике врача первичного звена. Диагностические рутинные неинвазивные ангиологические методы в сочетании с маркерами конституциональной органической и психотипологической predisposition с высокой степенью вероятности могут служить основой скрининг-диагностики хронических ЦВЗ.

Ключевые слова: региональные морфологические дисплазии, реоэнцефалография, ультразвуковая доплерография, психотипология, конституция

SCREENING-DIAGNOSTICS OF CHRONIC CEREBROVASCULAR DEFICIENCY FROM THE POSITION OF CONSTITUTIONAL MEDICINE

CHURSIN V.V., TATARKULOVA Z.M., NEBYTOV K.V.

Early revealing of initial cerebrovascular deficiency at the patient with arterial hypertension and/or hyperlipidemia is one of the important and actual treatment-and-prophylactic problems in practice of the primary care physician. Diagnostic routine noninvasive vascular methods in a combination to hereditary organic and psychotypological predisposition markers with high degree of probability can form a basis of screening-diagnostics of chronic cerebrovascular diseases.

Key words: regional morphological dysplasia, rheoencephalography, ultrasonic Doppler examination, psychotypology, constitution

© Коллектив авторов, 2011
УДК 616.831-001.34

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ТЕХНОЛОГИИ И ПЛАЦЕБО-ТЕРАПИИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ЛЕГКИХ ЗАКРЫТЫХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ

О.И. Боев, Л.Н. Мексичева, С.В. Золотарев, Е.Н. Мухиярова
Ставропольская государственная медицинская академия

Среди причин смерти в молодом и среднем возрасте первое место занимает травма [11, 13], что особенно актуально для военнослужащих, участников боевых действий. Сотрясения головного мозга (СГМ) – это наиболее легкая, частая (70-80%) и обратимая форма закрытых черепно-мозговых травм (ЗЧМТ). Ушиб головного мозга (УГМ) легкой степени патоморфологически характеризуется сгруппированными точечными кровоизлияниями, ограниченными разрывами мелких глиальных сосудов и участками локального отека вещества мозга, встречается у 10-15% пострадавших с ЗЧМТ. Легкая ЗЧМТ часто сочетается с хлыстовой травмой шеи [10]. В связи с этим

проблема разработки и использования восстановительных технологий для комбатантов чрезвычайно высока.

Цель исследования: объективизировать терапевтическую эффективность разработанной комплексной (патогенетическая интенсивная комплексная психофармакотерапия – ПИКТ) и комбинированной (ПИКТ в сочетании с общей магнитотерапией – ОМ) восстановительной технологии по сравнению с плацебо-терапией у военнослужащих, перенесших легкие ЗЧМТ.

Материал и методы. В клинко-терапевтическом исследовании приняло участие 100 пациентов – военнослужащих МВД после перенесенных неоднократных легких ЗЧМТ, без признаков конституционально-типологической predisposition головного мозга. У всех комбатантов развитие пограничных нервно-психических расстройств (ПНПР) протекало по пути преобладающей невротоподобной симптоматики, коморбидным аффективным и астеническим расстройствам.

В зависимости от проводимой терапии были выделены 3 группы больных: 1 группа состояла из 40 комбатантов до начала терапии. В сравнительную 2 группу вошли 40 пациентов, прошедших комплексную и комбинированную медицинскую реабилитацию в виде сочетанной технологии ПИКТ и ОМ. Контрольная 3 группа состояла из 20 пациентов, получавших плацебо-терапию.

Клинко-неврологический осмотр комбатантов выявил незначительные рассеянные симптомы

Боев Олег Игоревич, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры психиатрии, психотерапии, медицинской психологии с курсом неврологии ИПДО СтГМА, тел.: 89283214202.

Мексичева Лариса Николаевна, врач невролог МСЧ ГУВД СК, соискатель кафедры психиатрии, психотерапии, медицинской психологии с курсом неврологии ИПДО СтГМА, тел.: (8652)956556.

Золотарев Сергей Владимирович, кандидат психологических наук, заведующий психофизиологической лабораторией Клиники пограничных состояний СтГМА, тел.: 89624499453; e-mail: swz@mail.ru.

Мухиярова Елена Наильевна, кандидат психологических наук, соискатель кафедры психиатрии, психотерапии, медицинской психологии с курсом неврологии ИПДО СтГМА, тел.: (8652)956556.