

*Медико-технологическое
предприятие
НЬЮДИАМЕД*

КЛИНИЧЕСКАЯ ГЕРОНТОЛОГИЯ

*Научно-практический
рецензируемый журнал.
Основан в 1995 г., Москва*

Журнал включен в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертации на соискание ученой степени доктора и кандидата наук
Импакт-фактор РИНЦ на 2011 г. 0,210

Издательство НЬЮДИАМЕД

Директор издательства:
Буланова В.А.

Адрес редакции:

115446, Москва,

Коломенский пр., 4,

МТП Ньюдиамед, а/я 2

Кафедра гематологии и гериатрии

Тел./факс 8-499-782-31-09

E-mail: mtpndm@dol.ru

**Internet: www.zdrav.net
zdravkniga.net**

*Оригинал-макет изготовлен
издательством НЬЮДИАМЕД*

Зав. редакцией: Буланова В.А.

Компьютерная верстка:

ИП Прохоров О. В.

Установочный тираж 7000 экз.

Индекс журнала 72767

по каталогу агентства РОСПЕЧАТЬ

«ГАЗЕТЫ И ЖУРНАЛЫ»

Том 20

7-8-2014

(Июль-Август)

*При перепечатке ссылка
на журнал обязательна*

© *Издательство НЬЮДИАМЕД*

При оформлении обложки

использована работа А. Дюрера

Формат 60x90/8

Печ. листов 7,5. Заказ № КГ07-0814

Отпечатано в ООО «Авансед солнцез»

*Главный редактор П.А. Воробьев
Первый зам. главного редактора М.Г. Глезер*

Редакционная коллегия:

В.Н. Анисимов зам. главного редактора
(фундаментальная геронтология),

Е.И. Асташкин,

З.А. Габбасов,

И.Н. Денисов,

А.А. Зайцев,

Е.В. Исакова,

Ю.В. Конев,

Л.С. Краснова,

Л.Б. Лазебник,

А.И. Мартынов,

Е.Л. Насонов,

Н.И. Некрасова,

В.Е. Ноников,

В.А. Парфенов,

Т.А. Федорова,

Н. А. Хитров,

В.В. Цурко,

Н.П. Чернусь

Редакционный совет:

Б.А. Айнабекова (Казахстан),

Р.Ш. Бахтияров (С.-Петербург),

А.И. Воробьев (Москва),

Л.М. Белозерова (Пермь),

В.С. Гасилин (Москва),

В.Г. Герасимов (Ярославль),

Ф.И. Комаров (Москва),

Г.П. Котельников (Самара),

Х.Дж. Коэн (Дурэм, США),

В.Х. Хавинсон (С.-Петербург),

А.Л. Хохлов (Ярославль),

В.В. Чельцов (Москва),

А.И. Яковлев (Москва),

О.Г. Яковлев (Самара)

Издательство НЬЮДИАМЕД, Москва, 2014

ДОГОВОР

1. Автор ... направляет для публикации в журнале «Клиническая геронтология» статью, освещающую фундаментальные вопросы биологии и патофизиологии старения, особенности течения и терапии различных заболеваний в позднем возрасте, современные методы диагностики, лечения, реабилитации, ухода, деонтологические, медико-социальные аспекты гериатрии.
2. Статья построена по традиционному для мировой научной периодики плану. Описание оригинальных исследований структурировано по разделам: материал и методы, результаты, обсуждение, выводы.
3. Статья представлена в редакцию в распечатанном виде с подписью авторов и на электронном носителе (дискете или CD). Статьи, направленные по электронной почте, должны быть продублированы письмом.
4. Текст набран в текстовом редакторе Word в системе Windows. Переноса слов нет.
5. Объем статьи, включая таблицы, литературу, реферат и резюме, не превышает 10 страниц, набранных шрифтом Times New Roman, 14 кеглем через полтора интервала.
6. В статье на русском и английском языке указаны следующие данные:
 - фамилия, имя, отчество авторов (полностью),
 - место работы каждого автора в именительном падеже, должность автора, звание,
 - контактная информация для публикации (почтовый адрес, телефон, e-mail).
 - название статьи,
 - аннотация,
 - ключевые слова.
7. Автор указывает на наличие (отсутствие) конфликта интересов (наличие или отсутствие личных интересов, которые могут повлиять на объективность публикации). Декларация конфликта интересов авторов в кратком виде публикуется после статьи.
8. Автор предоставляет информацию об источниках финансирования работ, описанных в статье.
9. Материал статьи тщательно выверен автором, редакция корректуру не высылает.
10. Статистическая обработка проведена со ссылкой на рассчитываемые параметры.
11. Математические и химические формулы написаны с указанием на полях букв алфавита (строчных, прописных, греческих, латинских), показателей степени, индексов надстрочных и подстрочных.
12. Рисунки представлены в электронном виде в графическом редакторе и в распечатанном виде, доступны для редактирования. К статье приложено минимальное количество рисунков. В связи с тем, что журнал публикуется в черно-белом варианте, диаграммы и графики оформлены так, чтобы различия между столбиками, секторами, линиями и пр. были ясны при печати без использования дополнительных цветов. Рисунки не содержат текстовых надписей и обозначений, которые можно поместить в текст или подрисовочные подписи. В тексте есть ссылка на каждый рисунок. Микрофотографии, фотографии и рентгенограммы должны быть хорошего качества.
13. К статье приложен (не приложен) список цитируемой литературы в алфавитном порядке. Библиографические ссылки в тексте даны в квадратных скобках цифрами в соответствии с приставленным списком литературы. Список литературы выполнен согласно требованиям ГОСТа Р 7.0.5 – 2008. Например: Иванов И.И. Лечение артериальной гипертензии [Электронный ресурс] // Клиническая геронтология. 1995. № 6. С. 56–59 или Петров А.А. Актуальная пульмонология. М.: НЬЮДИАМЕД, 2007. С. 241–246. Возможны ссылки на электронные ресурсы. Например: Вардосанидзе С.Л., Шикина И.Б. Управление качеством и стандартизация медицинской помощи – основа обеспечения безопасности пациентов в стационарных лечебно-профилактических учреждениях [Электронный ресурс] // Пробл. стандарта в здравоохранении. 2006. № 6. С. 3–18. URL.: <http://www.zdrav.net/publisher/magazine/prinzdrav/archive/2006/12/>.
14. Направленная в редакцию работа не послана в другие редакции и не напечатана.
15. Все статьи редакцией направляются на рецензию. Отрицательные рецензии и отзывы, содержащие замечания, требующие коренной или частичной переработки рукописи, пересылаются автору. Исправленная рукопись пересылается в редакцию с комментариями авторов о выполнении рекомендованных исправлений и (или) аргументированными возражениями по поводу замечаний рецензента.
16. Редакция журнала вносит стилистические изменения, включая названия статей, термины и определения, сокращает статьи, а также осуществляет литературное редактирование текста.
17. Публикация статей в журнале бесплатная.
18. Высылая в адрес редакции журнала статью, автор подтверждает свое согласие с настоящими правилами, тем, что статья будет опубликована в журнале «Клиническая геронтология» и ее полнотекстовый вариант будет размещен в сети Интернет.
19. Статьи следует направлять по адресу: 115446, Москва, Коломенский проезд, а/я 2, МТП Ньюдиамед, редакция журн. «Клиническая геронтология». E-mail: mtpdnm@dol.ru

УДК 616.8-009:615.471(088.8)

ВЛИЯНИЕ ИМПЛАНТАЦИИ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРА НА КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ В ОТДАЛЕННОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Е.К. Казакова¹, А.С. Котов, М.А. Мартаков

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», Москва

Представлен краткий обзор литературных данных о причинах когнитивных нарушений у пожилых людей. Проведено исследование, свидетельствующее о положительном влиянии кардиостимулятора на когнитивную сферу в позднем послеоперационном периоде и о его безопасности.

Ключевые слова: нарушение ритма сердца, синдром слабости синусового узла, когнитивные нарушения
Key words: violation of a rhythm of heart, cognitive violations, aged

В настоящее время наблюдается рост частоты острых и хронических форм цереброваскулярной патологии. Состояние может осложняться сопутствующей острой или хронической сердечно-сосудистой патологией. Снижение памяти — одна из основных жалоб у пожилых людей. Нарушение сердечного ритма — один из факторов развития когнитивных нарушений и более грозного осложнения — инсульта. Одна из форм нарушения ритма сердца — синдром слабости синусового узла. Термин «sick sinus syndrome» впервые введен в клиническую практику В. Lowp в 1965 г. Большинство авторов считает, что этот синдром встречается в основном у пожилых лю-

дей: 85% — у лиц старше 50 лет, 68% — старше 60 лет.

Клинические проявления синдрома в основном обусловлены снижением сердечного выброса или частоты сердечных сокращений, что приводит не только к нарушению кровоснабжения внутренних органов, но и гипоксии тканей и главным образом мозга [1]. Основной метод лечения этих пациентов — имплантация кардиостимулятора [8], однако данных о влиянии этой операции на состояние когнитивной сферы недостаточно [6].

Цель нашего исследования: оценить распространенность когнитивных нарушений у этих пациентов и влияние кардиостимулятора на познавательную сферу в отдаленном послеоперационном периоде.

¹ Казакова Елена Константиновна, аспирант кафедры неврологии ФУВ МОНКИ им. М.Ф. Владимирского. Тел.: +79160397253. E-mail: kot2503@bk.ru.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Обследованы 27 пациентов кардиохирургического отделения с наличием синдрома слабости синусового узла, 10 мужчин и 17 женщин в возрасте от 62 до 84 лет. Средняя длительность заболевания – 4,5 года. У всех пациентов, по данным холтеровского мониторинга, зафиксированы паузы ритма сердца более 2 миллисекунд и отсутствие острой очаговой неврологической симптоматики. Когнитивные функции оценивались по монреальской шкале оценки когнитивных функций (MoCA тест). Всем пациентам был имплантирован кардиостимулятор.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

У пациентов преобладали жалобы кардиального характера: сердцебиение, слабость, одышка, головокружение и обморочные состояния. Острой очаговой неврологической патологии ни у одного пациента не наблюдалось. Однако были отмечены когнитивные нарушения: при оценке MoCA теста – уменьшение в познавательной сфере у 23 (85,2%) больных, что свидетельствовало об умеренном когнитивном расстройстве, и только у 4 (14,8%) были нормальные показатели (26–30 баллов). При интерпретации данных по оценочным клиническим шкалам трудности наблюдались в субтестах на зрительно-конструктивные/исполнительные навыки (соединить цифры и буквы в последовательном порядке, нарисовать куб, часы) и память (тест запоминания 5 слов). При оценке когнитивных функций в динамике через 3 мес только у 9 пациентов из 23 отмечено улучшение по MoCA тесту (26 баллов).

Наиболее частой жалобой у пациентов было головокружение несистемного характера при перемене положения тела из горизонтального в вертикальное, при долгой ходьбе. Однако необходимо отметить, что клинические проявления синдрома были обусловлены характером и выраженностью аритмии. Наибольшие клинические проявления отмечались у пациентов с более длительным нарушением ритма сердца. К этим нарушениям относятся: синусовая брадикардия, синоатриальная блокада, отказ синусно-предсердного узла с выскальзывающими сокращениями из нижележащих центров автоматизма и без них; чередование брадиаритмии с пароксизмами тахикардии, так называемый синдром тахи-брадикардии или бради-тахисистолический вариант

синдрома, постоянное мерцание или трепетание предсердий, как исход синдрома слабости синусового узла [1].

По данным исследований, при нормальном старении скорость мозгового кровотока снижается примерно на 20% в возрасте 60 лет по сравнению с 20-летним возрастом [2,9,7]. Таким образом, любая дополнительная нагрузка, в том числе и аритмия, может снижать перфузию головного мозга в дополнение к естественному процессу старения и привести к дополнительному поражению головного мозга [3,4]. Глюкоза является основным энергетическим топливом для клеток головного мозга, и мозг зависит от непрерывного и оптимального потока крови, чтобы поддерживать нормальную деятельность и структурную целостность [5]. Из этого можно предположить: при синдроме слабости синусового узла головной мозг не получает достаточного питания, что может привести к его структурным и функциональным нарушениям.

Прямая корреляция частоты синусового ритма, продолжительности синоатриальных пауз и клинических проявлений синдрома отсутствует. Описаны случаи бессимптомной асистолии в течение 15 с. Однако в нашем исследовании наблюдались симптомы, обусловленные синоатриальными паузами продолжительностью 3–5 с, зафиксированные при холтеровском мониторинге и подтвержденные наличием головокружения, «дурноты».

Это может быть связано с тем, что клиническая симптоматика у больных зависит не только от сердечного ритма, но и от состояния церебральных сосудов, сократительной способности миокарда и соответственно ударного объема крови, способности сердечно-сосудистой системы поддерживать артериальное давление и коронарный кровоток.

Заключение. Полученные нами данные свидетельствуют о том, что имплантация электрокардиостимулятора и восстановление регулярного сердечного ритма в отдаленном послеоперационном периоде (3–6 мес.) способствует восстановлению мозгового кровотока и, следовательно, улучшению когнитивных функций. Необходимо подчеркнуть, что исследование показало безопасность имплантации электрокардиостимулятора: ни у одного пациента не зарегистрировано новой неврологической симптоматики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шульман В.А., Егоров Д.Ф., Матюшин Г.В., Выговский А.Б. Синдром слабости синусового узла. СПб, 1995.
2. Bentourkia M., Bol A., Ivanoiu A. et al. Comparison of regional cerebral blood flow and glucose metabolism in the normal brain: effect of aging // Journ. of the Neurological Sciences. 2000. Vol. 181. № 1-2. P. 19-28.
3. de la Torre J.C. Critically attained threshold of cerebral hypoperfusion: the CATCH hypothesis of Alzheimer's pathogenesis // Neurobiology of Aging. 2000. Vol. 21. № 2. P. 331-342.
4. de la Torre J.C. How do heart disease and stroke become risk factors for Alzheimer's disease? Neurological Research. 2006. Vol. 28. № 6. P. 637-644.
5. Erecińska M., Silver I.A. ATP and brain function // Journ. of Cerebral Blood Flow and Metabolism. 1989. Vol. 9. № 1. P. 2-19.
6. Gribbin G.M., Gallagher P., Young A.H., McComb J.M., McCue P., Toff W.D., Bexton R.S., Bland J.M. and Kenny R.A. The effect of pacemaker mode on cognitive function // Heart. Sep. 2005. Vol. 91. № 9. P. 1209-1210.
7. Heo S., Prakash R.S., Voss M.W. et al. Resting hippocampal blood flow, spatial memory and aging // Brain Research. 2010. Vol. 1315. P. 119-127.
8. Lamas G.A., Lee K., Sweeney M., Leon A., Yee R., Ellenbogen K., Greer S., Wilber D., Silverman R., Marchinck R., Bernstein R., Mittleman R.S., Lieberman E.H., Sullivan C., Zorn L., Flaker G., Schron E., Orav E.J., Goldman. The mode selection trial (MOST) in sinus node dysfunction: design, rationale, and baseline characteristics of the first 1000 patients // Am. Heart J. 2000. Oct. Vol. 140. № 4. P. 541-551.
9. Parkes L.M., Rashid W., Chard D.T., Tofts P.S. Normal cerebral perfusion measurements using arterial spin labeling: reproducibility, stability, and age and gender effects. Magnetic Resonance in Medicine // 2004. Vol. 51. № 4. P. 736-743.
10. Rockwood K., Dobbs A.R., Rule B.G. et al. The impact of pacemaker implantation on cognitive functioning in elderly patients // J. Am. Geri Soc. 1992. Vol. 40. P. 142-146.
11. Zhao M., Amin-Hanjani S., Ruland S., Curcio A.P., Ostergren L., Charbel F.T. Regional cerebral blood flow using quantitative MR angiography. Amer. Journ. of Neuro-radiology // 2007. Vol. 28. № 8. P. 1470-1473.

Поступила 28.03.2014

Внимание!

**В издательстве Ньюдиамед вышла книга —
«ЦЕНООБРАЗОВАНИЕ НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ»
под редакцией д-ра Лауды (Польша)**



Впервые в России издается подобная книга. Ее актуальность связана в том числе с обсуждением в настоящее время Стратегии развития лекарственного обеспечения Населения РФ на период до 2025 года.

Книга рассматривает вопросы лекарственного обеспечения под углом экономики и оценки медицинских технологий. В ней собраны и систематизированы сведения о лекарственном обеспечении и возмещении затрат на лекарства в разных странах мира. Авторы проводят сравнительный анализ различных подходов. Среди наиболее значимых обеспечение прозрачности принимаемых решений и их подсудность, переговорная основа принимаемых решений. Книга предназначена для организаторов здравоохранения, работников фармацевтической отрасли, клинических фармакологов, врачей различных специальностей и студентов медицинских и фармацевтических вузов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ФОКАЛЬНОЙ ЭПИЛЕПСИИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ

Ю.А. Белова, И.Г. Рудакова, А.С. Котов, С.В. Котов¹

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт» им. М.Ф. Владимирского

Общеизвестно, инсульт – лидирующая причина инвалидизации населения. По данным Национального регистра инсульта, 31% перенесших инсульт требуют посторонней помощи для ухода за собой, а 20% не могут самостоятельно ходить. Особые обязанности членов семьи больного значительно снижают их трудовой потенциал и становятся тяжелым социально-экономическим бременем для общества. Цереброваскулярные заболевания представляют и одну из наиболее частых причин эпилептических припадков у пациентов старших возрастных групп.

Ключевые слова: цереброваскулярные заболевания, постинсультная эпилепсия, эффективность антиэпилептической терапии, пожилой возраст
Key words: tserebrovaskulyarny, zabolevaniya postinsultny, epilepsy, anti-epileptic therapy

В последние годы во всех экономически развитых странах отмечается тенденция к повышению заболеваемости эпилепсией в старших возрастных группах населения. Предполагается, что к началу XXI в. лица старше 65 лет будут составлять до 13% популяции. С увеличением продолжительности жизни возрастает и риск различных болезней, при этом на первом месте находятся сосудистые заболевания и прежде всего ишемическая болезнь сердца и мозга [4,5].

По данным различных авторов, этиологическими факторами эпилепсии у больных пожилого возраста являются чаще всего сосудистые заболевания головного мозга (48,3%), черепно-мозго-

вая травма (12,1%), оперированные опухоли головного мозга (4,7%) и алкоголизм (3,4%). Соматические и неврологические болезни у пожилых нередко протекают атипично, что усложняет их диагностику и лечение. Известно, что пенсионеры, особенно инвалиды, тратят на лекарственные препараты значительно больше средств [2,3,6].

Цереброваскулярные заболевания являются одной из наиболее частых причин эпилептических припадков у пациентов старших возрастных групп [1,10]. Наиболее крупное исследование по этой теме в нашей стране проведено Э.С. Прохоровой [7], которая, проанализировав большой унифицированный материал (26 000 случаев), показала, что при геморрагическом инсульте (кровоизлияние в мозг) эпилепсия возникала в 8,69% случаев, при ишемическом – в 4,12%.

¹ Котов Сергей Владимирович, д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой неврологии ФУВ ГБУЗ МО МОНИКИ. Тел.:8 (495) 684-57-63. E-mail: moniki@monikiweb.ru.

Y. Lo [10] сообщает почти о такой же частоте эпилепсии в 1-ю неделю после инсульта – 2,3% при ишемическом, 2,8% при геморрагическом инсульте, 2,7% при субарахноидальном кровоизлиянии.

Большая вероятность эпилепсии у больных в возрасте 50–59 и 60–69 лет, преимущественно у мужчин, скорее всего обусловлена возрастными и половыми особенностями ишемического инсульта и его течения, а также усилением кумулятивного влияния провоцирующих и предрасполагающих факторов риска, таких как сердечно-сосудистая патология, атеросклеротическое поражение сосудов головного мозга и сердца, дисметаболические нарушения, в том числе гиперлипидемия [7–10]. МРТ и КТ – основные методы прижизненной неинвазивной визуализации и перспективные методы в отношении идентификации этиопатогенеза, прогноза эпилепсии, выбора медикаментозного или хирургического лечения. Рентгеновская компьютерная томография (РКТ) позволяет диагностировать опухоли, ишемические и геморрагические очаги, абсцессы, артериовенозные мальформации, большие аномалии мозга. Магнитно-резонансная томография (МРТ) является методом выбора при эпилепсии, поскольку позволяет визуализировать мелкие очаги повреждения мозга в медиобазальных отделах и атрофию гиппокампа, кортикальные дисплазии и аномалии нейрональной миграции и другие незначительные дефекты мозга, опухоли низкой плотности, очаги лейкоареоза и демиелинизации.

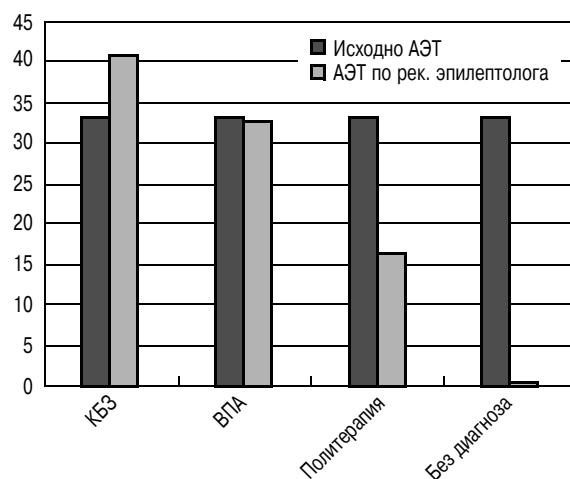
Цель исследования: определить возможности эффективного лечения больных с постинсультной эпилепсией.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Методом случайной выборки обследованы 300 больных фокальной эпилепсией. У 163 (54,3%) диагностирована симптоматическая фокальная эпилепсия, из них у 12 (7,4%) причиной определен мозговой инсульт. В этой группе больных (средний возраст $51 \pm 3,6$ года) преобладали мужчины [8]. Период наблюдения составил 2,5 года.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Пациенты, перенесшие инсульт, в 58,3% случаев, исходно по рекомендации невролога (общего профиля) получали антиэпилептическую



Режим антиэпилептической терапии исходно и после оптимизации epileптологом.

терапию (АЭТ). В режиме монотерапии препаратами первой очереди выбора (АЭП-1) лечение проводилось: карбамазепином у 33,3% пациентов, препаратами вальпроевой кислоты – у 16,7%, однако в дозе менее 5 мг/кг, политерапия – у 41,7%. В 8,3% случаев диагноз эпилепсии не был установлен, и пациентам в качестве «противоэпилептических средств» были рекомендованы вазоактивные и ноотропные препараты (рисунок).

У 66,7% пациентов лечение было неэффективным, лишь в трети случаев частота приступов уменьшилась в 2 раза и более. Медикаментозная ремиссия не была достигнута ни в одном случае. Терапия коррелировалась epileптологом у всех больных (см. рисунок).

В результате на режим рациональной монотерапии переведены 75% больных. Рекомендовались пролонгированные формы препаратов: финлепсин ретард – в 41,2% случаев, депакин хроно – в 33,3%. В режиме рациональной дуотерапии лечение проводилось у 16,7% пациентов. Один пациент вынужден был принимать фенобарбитал из-за непереносимости базовых антиэпилептических препаратов первой очереди (выраженные побочные эффекты при начальном титровании дозы на фоне сопутствующей патологии).

Полного контроля над приступами в течение года удалось добиться почти у 80% пациентов. У 1 пациента терапия оказалась неэффективной, продолжен подбор доз антиэпилептических препаратов с коррекцией схем ведения. Как по-

казали результаты анализа, наиболее частые сопутствующие заболевания коррелировали лишь с возрастом пациентов ($r = 1,0$, $p < 0,00$) и не влияли на форму эпилепсии ($r = 0,1$, $p > 0,05$).

ВЫВОДЫ

Диагноз эпилепсии является клинико-электро-анатомическим и с позиции современных представлений определяется в несколько этапов:

- описание пароксизмального события (возможно только по данным анамнеза);
- классификация приступа (анамнез, клиника, электроэнцефалография (ЭЭГ), видео-ЭЭГ-мониторинг);
- диагностика формы эпилепсии (анамнез, клиника, ЭЭГ, видео-ЭЭГ-мониторинг, нейровизуализация);
- установление этиологии эпилепсии (РКТ, МРТ, кариотипирование, биохимические исследования);
- диагностика сопутствующих заболеваний и установление степени инвалидизации.

Пациентов с пароксизмальными приступами необходимо направлять на консультацию в специализированные эпилептологические кабинеты и центры.

Адекватно подобранная терапия (как карбамазепинами, так и препаратами вальпроевой кислоты) эффективна более чем в 80% случаев.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гехт А.Б., Тлапшкова Л.Б., Лебедева А.В. Постинсультная эпилепсия. Кафедра неврологии и нейрохирургии № 1 РГМУ. М., Copyright © 2000–2008, РОО «Мир Науки и Культуры».
2. Воронкова К.В., Пылаева О.А. и др. Изменения высших психических функций у больных с эпилепсией (обзор литературы) // Вестник эпилептологии. 2005. № 1 (04). С. 1684-9876.
3. Зенков Л.Р. Как улучшить лечение эпилепсии в России // Российск. мед. журн. 2003. № 1. С. 1-8.
4. Колчу И.Г., Исакова Е.В. Профилактика церебрального инсульта // Справочник поликлинического врача. 2011. № 9. С. 50.
5. Колчу И.Г., Дьячкова Е.Ю., Исакова Е.В. и др. Церебральный инсульт и артериальная гипертензия. Особенности течения // Альманах клинической медицины. 2011. № 24. С. 50-53.
6. Меликян Э.Г. Автореферат диссертации. Эпилепсия у больных пожилого возраста (клинико-нейрофизиологическое и фармакокинетическое исследование).
7. Прохорова Э.С. Эпилептические припадки при нарушениях мозгового кровообращения у больных гипертонической болезнью и атеросклерозом. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1982.
8. Daniele O., Mattaliano A., Tassinari C.A., Natale E. Epileptic seizures and cerebrovascular disease // Acta Neurol. Scand. 1989. Vol. 80. P. 17-22.
9. Giroud M., Gras P., Fayolle H., Andre N., Soichot P., Dumas R. Early seizures after acute stroke: a study of 1640 cases // Epilepsia. 1994. Vol. 35. № 5. P. 959-964.
10. Lo Y.K., Yiu C.H., Hu H.H., Su M.S., Laeuchli S.C. Frequency and characteristics of early seizures in Chinese acute stroke // Acta Neurol. Scand. 1994. Vol. 90. № 2. P. 83-85.

Поступила 28.03.2014

В издательстве «Ньюдиамед»

новая книга!

**«Протоколы ведения больных.
Инфекции, передаваемые половым путем»**

Под редакцией В.И. Кисиной

Москва—2014

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

М.А. Ливиненко, А.С. Котов¹

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», Москва

Обследованы 45 больных: из них 25 перенесли нарушение мозгового кровообращения, 20 – с хронической ишемией головного мозга. В 1-й группе у 11 больных были умеренные когнитивные расстройства, у 4 – сосудистая деменция легкой степени, у 10 – умеренной степени. Во 2-й группе у 7 пациентов было умеренное когнитивное расстройство, у 5 – болезнь Альцгеймера, у 3 – смешанная деменция (сосудистая и альцгеймеровская), у 5 – сосудистая деменция легкой степени. Для лечения сосудистых когнитивных нарушений применяли гидрохлорид мемантина, болезни Альцгеймера – ингибиторы ацетилхолинэстеразы. Подчеркивается необходимость детального клинического и нейропсихологического обследования пациентов с когнитивными нарушениями, раннего патогенетического лечения, устранение факторов риска.

Ключевые слова: когнитивные нарушения, сосудистая деменция, болезнь Альцгеймера, нейропсихологическое тестирование, диагностика, лечение

Key words: cognitive impairment, vascular dementia, Alzheimer's disease, diagnosis, treatment

Цереброваскулярные болезни – одна из ведущих причин инвалидизации и смертности населения в развитых странах мира [1]. Учитывая распространенность данной патологии и стремительное старение населения в популяции, цереброваскулярные болезни представляют собой актуальную проблему [2,4]. Среди различных неврологических проявлений, развивающихся вследствие сосудистых поражений головного мозга, особое место занимают нарушения когнитивных функций, которые в значительной степени снижают качество жизни больного, приво-

дя к нарушению социальной и профессиональной деятельности, а также к зависимости от окружающих [3,5]. Своевременная диагностика когнитивных расстройств и раннее начало терапии позволяет замедлить прогрессирование заболевания и отсрочить проявление деменции.

Цель работы: повысить эффективность диагностики и лечения когнитивных нарушений у больных с цереброваскулярной патологией.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Обследованы 45 больных с цереброваскулярными заболеваниями, средний возраст 48–80 лет ($64,3 \pm 1,4$ года). 1-я группа – 25 больных, которые перенесли нарушение мозгового кровообра-

¹ Котов Алексей Сергеевич. Тел.: 8-926-284-81-15. E-mail: alex-013@yandex.ru.

ния, подтвержденное с помощью нейровизуализации. 2-я группа — 20 больных с хронической ишемией головного мозга и отсутствием постинсультных изменений на МРТ. При обследовании больные жаловались на снижение внимания, быструю утомляемость, снижение памяти, трудности при усвоении новой информации. Всем больным проведены неврологическое и соматическое обследование, магнитно-резонансная томография головного мозга и нейропсихологическое тестирование, изучены особенности когнитивного статуса. Исследование когнитивных функций включало: краткую шкалу оценки психического статуса (MMSE), батарею тестов оценки лобной дисфункции (БТЛД), тест рисования часов, Монреальскую шкалу оценки когнитивных функций (МОСА-тест).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

У 11 больных 1-й группы по результатам нейропсихологического тестирования выявлены умеренные когнитивные расстройства. Оценка по шкале MMSE составила в среднем $25,4 \pm 0,4$ балла, были допущены ошибки при запоминании слов, в серийном счете. БТЛД составила в среднем $18,5 \pm 0,3$ балла (норма). Данные Монреальской шкалы составили $22,8 \pm 0,3$ балла, ошибки были в запоминании 5 слов, снижение беглости речи, концентрации внимания, а также трудности в серийном счете. Результаты теста рисования часов у 9 больных — 10 баллов (норма) и лишь у 2 больных — 8 баллов (были небольшие неточности в расположении стрелок).

У 10 больных по результатам исследования когнитивных функций диагностирована сосудистая деменция умеренной степени. Отмечались нарушения исполнительных функций, трудности планирования и выполнения сложных задач, замедление скорости психических процессов, снижение внимания и нарушения памяти. Оценка по шкале MMSE составила в среднем $21,6 \pm 0,4$ балла (ошибки в запоминании слов, в серийном счете, копировании рисунка, неточности ориентировки во времени). БТЛД составила $14,7 \pm 0,5$ балла (ошибки в обобщении, беглости речи, в реакции выбора, а также нарушение праксиса). Данные МОСА-теста в среднем составили $15,3 \pm 0,4$ баллов, были трудности в зрительно-конструктивных навыках (соединении цифр и букв, рисовании часов), нарушение кратковременной памяти (запоминании 5 слов), отмечались и снижение внимания, беглости ре-

чи, ошибки в серийном счете, ориентировке во времени). Тест рисования часов составил в среднем $5,7 \pm 0,7$ балла.

У 4 больных выявлена сосудистая деменция легкой степени. Оценка по шкале MMSE составила в среднем $24,0 \pm 0,4$ балла, затруднения и ошибки были в серийном счете, запоминании слов. Результаты батареи тестов лобной дисфункции составили $14,7 \pm 0,5$ балла, МОСА-тест — в среднем $20,0 \pm 0,4$ балла (за счет снижения зрительно-конструктивных навыков, снижения памяти, затруднения в серийном счете и беглости речи). Тест рисования часов — $7,8 \pm 0,5$ балла.

В результате обследования пациентов 2-й группы у 5 больных из 20 (с учетом клинических, нейропсихологических и нейровизуализационных данных) была диагностирована болезнь Альцгеймера, у 3 больных — смешанная деменция (сосудистая и альцгеймеровская), из сопутствующих заболеваний — длительная гипертоническая болезнь, дислипидемия. По данным МРТ — атрофия височно-теменных долей, а также наличие участков лейкоареоза. Оценка по шкале MMSE составила в среднем $23,0 \pm 1,3$ балла (были трудности в запоминании слов, серийном счете, копировании рисунка). Данные батареи тестов лобной дисфункции в среднем составили $17,7 \pm 0,6$ балла (снижение беглости речи и концентрации внимания). Результаты МОСА-теста составили $18,0 \pm 1,5$ балла (нарушения памяти, зрительно-пространственные нарушения, снижение речевой активности, внимания, ошибки в счете, а также в ориентации времени). Тест рисования часов составил $7,5 \pm 0,6$ балла.

При исследовании когнитивных функций у 5 больных выявлена сосудистая деменция легкой степени. Данные результатов по шкале MMSE составили в среднем $24,0 \pm 0,7$ балла, затруднения и ошибки были в серийном счете, отмечалось снижение беглости речи. Результаты батареи тестов лобной дисфункции составили $15,6 \pm 0,6$ балла. МОСА-тест — в среднем $19,0 \pm 0,9$ балла (за счет снижения исполнительных функций, памяти, затруднений в серийном счете и беглости речи, концептуализации).

У 7 больных диагностировано умеренное когнитивное расстройство. Оценка по MMSE составила в среднем $25,3 \pm 0,7$; БТЛД — $17,6 \pm 0,4$ балла, МОСА-тест — $20,8 \pm 1,0$ балла. Тест рисования часов — $8,3 \pm 0,4$ балла.

В среднем длительность исследования когнитивных функций у всех больных составила от 30 до 50 минут.

Нейропсихологическое тестирование является объективным методом диагностики когнитивных расстройств, но наиболее полное представление о структуре и выраженности когнитивных нарушений, разумеется, формируется при подробном изучении и сопоставлении жалоб самого больного, данных нейропсихологического тестирования и информации, полученной от родственников или лиц, находящихся в постоянном контакте с больным.

Больным с сосудистой деменцией и умеренными когнитивными расстройствами с целью коррекции когнитивных нарушений назначался гидрохлорид мемантина. Препарат блокирует патологическую активацию NMDA-рецепторов и замедляет прогрессирование нейродегенеративных процессов, оказывает нейромодулирующее действие, способствуя нормализации психической активности, улучшает память, повышает способность к концентрации внимания. Больным с болезнью Альцгеймера назначали ингибиторы ацетилхолинэстеразы, повышающие уровень нейромедиатора ацетилхолина в организме путем блокады его расщепления ацетилхолинэстеразой. Поэтому усиление ацетилхолинергической нейротрансмиссии на фоне приема ингибиторов ацетилхолинэстеразы сопровождается улучшением памяти, внимания и запоминания новой информации. Больным с легким когнитивным расстройством применяли нейропротекторную терапию.

ВЫВОДЫ

Проведенное исследование еще раз продемонстрировало важность использования нейропсихологических тестов при цереброваскулярных болезнях. Скрининговые когнитивные шкалы должны охватывать все когнитивные функции, их необходимо применять для ранней диагностики умеренных когнитивных расстройств и использовать в повседневной клинической практике. Следует отметить, что нейропсихологическое тестирование является объективным методом диагностики когнитивных расстройств, но все же наиболее полное представление о структуре и выраженности когнитивных нарушений формируется при подробном изучении и сопоставлении

жалоб самого больного, данных нейропсихологического тестирования и информации, полученной от родственников или лиц, находящихся в постоянном контакте с больным. Сосудистые когнитивные расстройства — наиболее значимая причина снижения качества жизни больного. В пожилом возрасте увеличивается риск развития когнитивных расстройств, чаще всего в связи с сосудистыми и нейродегенеративными заболеваниями. У большинства обследованных выявлены сосудистая деменция различной степени и умеренные когнитивные расстройства дизрегуляторного (лобного) типа, клинически проявляющиеся нарушением регуляторных функций (планирование и программирование сложных действий, сложности в финансовых операциях (оплата коммунальных счетов, покупок и др.), нарушение праксиса, снижение внимания, памяти, а также поведенческие расстройства. Следует подчеркнуть, что цереброваскулярное заболевание не всегда служит причиной деменции. Так, в нашем исследовании альцгеймеровская деменция (изолированная или в сочетании с сосудистой деменцией) диагностирована у 8 из 20 больных 2-й группы. Не следует забывать о том, что нарушения мозгового кровообращения служат одним из факторов риска болезни Альцгеймера.

Важным принципом ведения больных с когнитивными нарушениями является их ранняя диагностика, установление их причины, а также раннее начало патогенетической терапии и устранение факторов риска. Важный аспект — разъяснение и обучение родственников и лиц, осуществляющих уход, внимательному и корректному отношению к этим больным.

ЛИТЕРАТУРА

1. Захаров В.В., Яхно Н.Н. Синдром умеренных когнитивных расстройств пожилым возрастом: диагностика и лечение // Русск. мед. журн. 2004. Т. 10. С. 573-576.
2. Левин О.С. Когнитивные нарушения в практике невролога. М., 2006.
3. Парфенов В.А. Дисциркуляторная энцефалопатия: Дифференциальный диагноз и лечение // Клиницист. М.: АБВ-пресс, 2008.
4. Hachinski V., Iadecola C., Petersen R.C. et al. National Institute of Neurological Disorders and Stroke-Canadian.Stroke Network vascular cognitive impairment harmonization standards // Stroke. 2006. Vol. 37. № 9.
5. Knopman D.S. Dementia and cerebrovascular disease // Mayo Clin. Proc. 2006. № 81. P. 223-230.

Поступила 28.03.2014

ЭФФЕКТИВНОСТЬ БОТУЛИНОТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ДИСТОНИЕЙ

К.А. Остапчук¹, В.К. Мисиков, О.П. Сидорова, С.В. Котов²

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского» (МОНИКИ), Москва

Изучена структура цервикальной дистонии у лиц различного возраста. Представлены результаты терапии заболевания повторными курсами препаратов ботулинического токсина. У лиц пожилого возраста терапия была столь же эффективной, как и у лиц молодого и среднего возраста.

Ключевые слова: цервикальная дистония, ботулотоксин, пол, возраст
Key words: cervical dystonia, botulinum toxin, gender, age

В последние годы взгляд на торсионную, или деформирующую мышечную, дистонию существенно изменился. Если в прошлом столетии эту дистонию определяли как синдром с непрерывными мышечными сокращениями, часто обусловленными повторным скручивающим движением либо патологической позой [4], то в настоящее время ее дефиниция изменилась. Так, А.А. Иване и соавт. [1] определяют дистонию как «расстройство движений, характеризующееся постоянными или периодическими мышечными сокращениями, вызывающими патологические, часто повторяющиеся движения и (или) позы. Паттерном дистонических движений, как правило, является скручивание или тремор. Дистония часто возникает или усугубляется произ-

вольными движениями и связанной с ними мышечной активностью». Клиническую картину дистонии составляют и немоторные феномены, такие как сенсорные нарушения, связанные с пространственно-временным ориентированием, алгический синдром с нейропатическим компонентом (чаще при длительности заболевания до 5 лет) или смешанным характером (с длительностью заболевания более 5 лет), когнитивные – нарушения способности к обучению, в том числе – двигательным навыкам, а также депрессивное расстройство [9,10].

Классификация дистоний также претерпела видоизменения, если ранее рассматривались три признака – этиология, возраст в начале заболевания и область дистонических нарушений, то в настоящее время предлагается классифицировать по клиническим проявлениям и этиологии [1,4].

Первое направление – клинические проявления дистонии:

1. Возраст в начале болезни (ранний детский (до 2 лет), детский (3–12 лет), подростковый (13–20 лет), ранний взрослый (21–40 лет), поздний взрослый (>40 лет).

¹ Остапчук Константин Александрович, очный аспирант кафедры неврологии ФУВ ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Отделение неврологии, тел. 8 (495) 684-57-38. E-mail: konstantin302@yandex.rumailto:NATALI-2283@mail.ru.

² Котов Сергей Викторович, д.м.н., профессор, зав. кафедрой неврологии ФУВ ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского. 129110, Москва ул. Щепкина д. 61/2, корп. 10.

2. Пораженные области тела (фокальная, сегментарная, мультифокальная, генерализованная, гемидистония).

3. По временному паттерну (постоянная, провоцируемая определенными действиями, с суточными колебаниями, пароксизмальная).

4. Сопутствующие особенности (изолированная дистония или комбинация с другими двигательными расстройствами).

5. Наличие других неврологических или системных проявлений.

Второе направление — этиология дистонии:

1. Наследственные дистонии.

2. Приобретенные дистонии.

3. Идиопатические дистонии (причина неизвестна).

Цервикальная дистония (ЦД), или спастическая кривошея, инвалидизирующее неврологическое расстройство с патологической установкой головы вследствие непроизвольного напряжения мышц шеи. По положению головы выделяют тортиколлис (поворот головы в сторону), латероколлис (наклон головы в сторону), сгибание (антероколлис), разгибание (ретроколлис) и смещение в сторону.

Данные о распространенности цервикальной дистонии противоречивы, по данным европейского мультицентрового исследования, ее распространенность в 8 странах Западной Европы 5,7 на 100 000 жителей и является самой частой формой дистонии, а по другим данным — до 30 случаев на 100 000 [3, 10].

Болевые проявления отмечаются в 2/3–3/4 всех случаев цервикальной дистонии и существенно нарушают качество жизни пациентов. Боль обусловлена мышечным спазмом и нарушением статики головы и шеи. Другой фактор, ухудшающий качество жизни пациентов — психоэмоциональные нарушения: сниженная самооценка, усталость, тревога, депрессивные расстройства. Патогенез дистонии, и цервикальной в частности, не до конца ясен, хотя известно, что в патологический процесс вовлекаются базальные ганглии, мозжечок, а в последние годы обнаружено, что в ее патогенезе принимают участие сенсорные и моторные области коры головного мозга. Считается, что возникновение дистонии связано с дисбалансом основных нейромедиаторных систем (дофамин-, ГАМК-, холин-, серотонинергической), дефектом синаптической пере-

дачи, нарушением центральных и периферических звеньев постуральной регуляции [10, 11].

Несмотря на продвижение в понимании патогенеза дистонии, вопрос о генетических предпосылках остается неясным. Это относится в первую очередь к формам, дебютирующим у взрослых с фокальным и сегментарным началом, в частности к цервикальной дистонии, для которой не выделен определенный ген. При начале в раннем детском возрасте и генерализованном характере дистонии выделен ген *DYT1* на хромосоме 9q34, при этом наблюдается аутосомно-доминантная передача с пенетрантностью 30–40%. В семьях с торсионной дистонией, ее началом у взрослых также отмечено аутосомно-доминантное наследование с пенетрантностью 12–15%. Низкая пенетрантность, отличие возрастных характеристик в семьях, отсутствие структурного дефекта и биохимических маркеров затрудняют генетические исследования при дистонии [7, 8, 10].

На современном этапе доминирует теория о генетической предрасположенности к дистонии. Так, на сегодняшний день, выявлено 25 генетических дефектов по всему миру.

Клиническая характеристика цервикальной дистонии имеет ряд особенностей, свойственных и для других фокальных дистоний:

1) усиление вынужденного непроизвольного поворота, наклона, запрокидывания головы и шеи при физической или эмоциональной нагрузке;

2) уменьшение тонического напряжения мышц шеи в покое, во сне;

3) ослабление гиперкинеза под влиянием алкоголя;

4) наличие корригирующих жестов (прикосновение руки к подбородку, щеке и др.), облегчающих состояние больного, без применения дополнительных усилий;

5) парадоксальные кинезии и парадоксальные сенсорные феномены движения и сенсорные ощущения, внешне не связанные с дистонией, но временно устраняющие ее;

6) отсутствие другой неврологической симптоматики, объясняющей данное состояние.

Основными направлениями терапии цервикальной дистонии являются подавление патологических движений, коррекция патологической позы головы и шеи и уменьшение боли, а наибо-

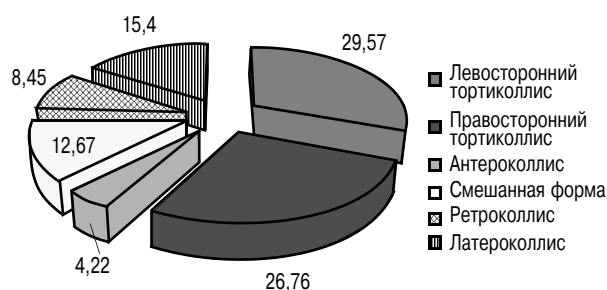


Рис. 1. Распределение больных цервикальной дистонией по формам.

более эффективным терапевтическим подходом — инъекции ботулотоксина в патологически напряженные мышцы шеи. Лечебный эффект развивается спустя 2–4 недели после введения препарата и продолжается в среднем около 12–14 недель [2,5,9,10,11].

До настоящего времени изучение цервикальной дистонии в Московской области не проводилось.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследование включен 71 пациент в возрасте 20–80 лет с цервикальной дистонией, 30 мужчин (42,3%) и 41 женщина (57,7%). Средний возраст мужчин — 49,2, женщин — 46,5 года. Средний возраст пациентов в начале заболевания 43,4 и 41,8 года соответственно. Распределение больных по формам заболевания представлено на рис. 1. У большинства пациентов (56,33%) отмечен тортиколлиз.

Все больные получали терапию ботулиническим токсином, повторно вводили его в среднем каждые 3–5 мес. Эффект терапии оценивали по шкале TWISTRIS [6].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При анализе обследованных пациентов отмечено, что дебютировало заболевание при тортicoli-лизе (лево- и правостороннем) и антероколлизе у женщин раньше, чем у мужчин, в то время как при ретроколлизе и смешанной форме — у мужчин (рис. 2).

У большинства больных (61) наблюдалась изолированная цервикальная дистония, у 7 больных — генерализованная форма дистонии, реже встречалось сочетание цервикальной дистонии с оромандибулярной дистонией [1] или блефароспазмом [1]. Дистонический тремор наблюдался у 1 женщины и 2 мужчин (рис. 3).

При анализе половозрастных форм дистонии у женщин в возрасте 20–40 лет отмечен только тортicoli-лиз, в возрасте 41–60 лет эта форма (суммарно 39%) была сопоставима с латероколлизом (39%), но преобладала над антероколлизом и смешанной формой, в то время как в группе 61–80 лет смешанная форма и ретроколлиз преобладали (рис. 4).

У мужчин во всех возрастных категориях преобладал тортicoli-лиз (рис. 5).

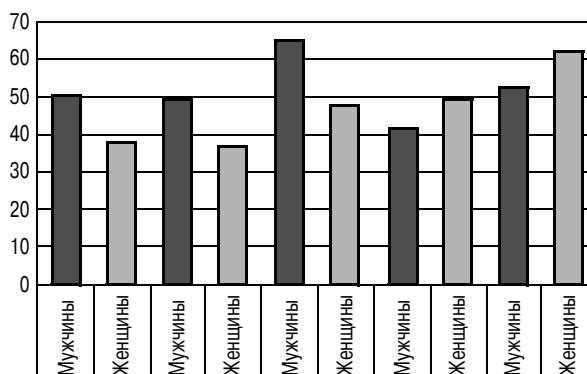


Рис. 2. Средний возраст пациентов в дебюте цервикальной дистонии (годы по вертикали).

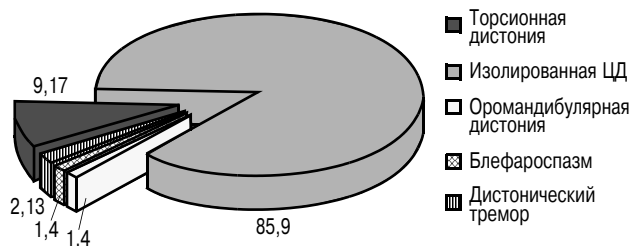


Рис. 3. Сочетание цервикальной дистонии с другими видами дистоний (%).

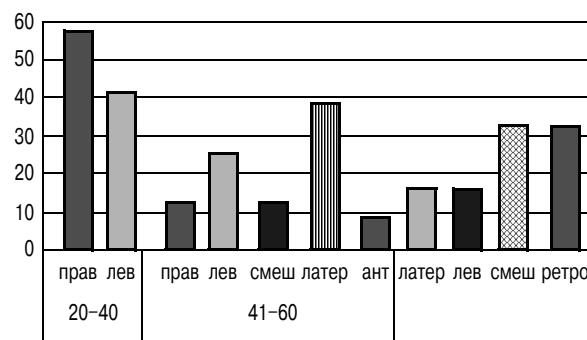


Рис. 4. Формы цервикальной дистонии у женщин. Здесь и далее прав — правосторонний тортicoli-лиз, лев — левосторонний тортicoli-лиз, латер — латероколлиз, ант — антероколлиз, ретро — ретроколлиз, смеш — смешанная форма, по вертикали — %.

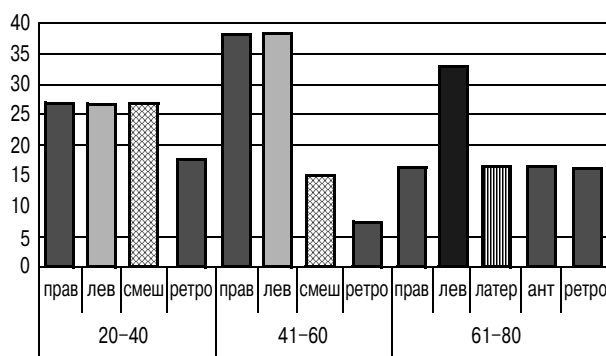


Рис. 5. Формы цервикальной дистонии в возрастных группах у мужчин.

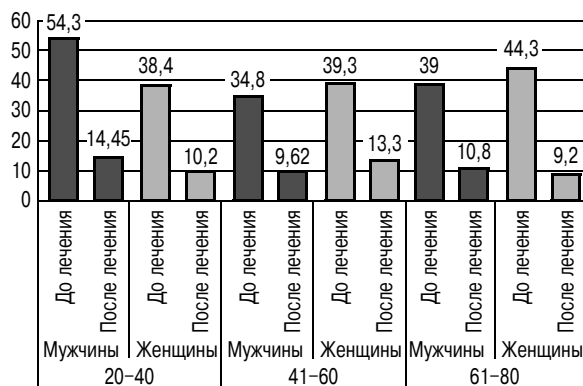


Рис. 6. Оценка лечения пациентов ботулинотоксином (по шкале TWISTRS).

До лечения максимально высокие значения (54,3 балла) по шкале TWISTRS наблюдались у мужчин 20–40 лет. Улучшение в процессе их лечения по шкале TWISTRS на 73,3% – максимальный результат во всех возрастных группах. У женщин наибольший показатель (44,3 балла) отмечен в возрасте 61–80 лет), после лечения – 9,2 (улучшение на 79,2%) (рис. 6).

Таким образом, при лечении цервикальной дистонии повторным введением ботулинотоксина положительные результаты достигнуты у пациентов всех групп. При этом у лиц пожилого и старческого возраста эффективность терапии была аналогичной с лицами молодого и среднего возраста.

ВЫВОДЫ

Анализ данных нашего исследования показал, что чистая цервикальная дистония была у 85,9% пациентов, другие дистонические проявления отмечены у 14,1% больных. Обнаружены некоторые половозрастные особенности болезни: так, у женщин молодого возраста наблюдался только

тортиколлис, в среднем возрасте – и другие ее формы, а у пожилых – эти формы преобладали. У мужчин же тортиколлис преобладал в среднем и пожилом возрасте, в то время как у молодых равно представлены все формы болезни. Наши данные свидетельствуют также о высокой эффективности терапии ботулинотоксином при цервикальной дистонии. Регулярное повторное его введение позволяет получить лучший клинический эффект, чем его курсы терапии через различные временные промежутки. Отрадно отметить, что эффективность терапии во всех возрастных группах была не просто сопоставима, а почти одинакова. Полученные данные позволяют рекомендовать применение ботулинотоксина у пожилых больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Albanese A., Bhatia K., Bressman S.B. et al. Phenomenology and classification of dystonia: a consensus update // *Mov. Disord.* 2013. Vol. 28. № 7. P. 863-873.
2. Dressler D., Paus S., Seitzinger A. et al. Long-term efficacy and safety of incobotulinumtoxin. A injections in patients with cervical dystonia // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry.* 2013. Vol. 84. № 9. P. 1014-1019.
3. Epidemiological Study of Dystonia in Europe (ESDE) Collaborative Group. A prevalence study of primary dystonia in eight European countries // *J. Neurol.* 2000. Vol. 247. № 10. P. 787-792.
4. Fahn S. Classification of movement disorders // *Mov. Disord.* 2011. Vol. 26. № 6. P. 947-957.
5. Fernandez H.H., Pappert E.J., Comella C.L. et al. Efficacy and Safety of IncobotulinumtoxinA in Subjects Previously Treated with Botulinum Toxin Versus Toxin-Naïve Subjects with Cervical Dystonia // *Tremor Other Hyperkinet. Mov (N Y).* 2013; 3. pii: tre-03-140-2921-1.
6. Jost W.H., Hefter H., Stenner A., Reichel G. Rating scales for cervical dystonia: a critical evaluation of tools for outcome assessment of botulinum toxin therapy // *J. Neural. Transm.* 2013. Vol. 120. № 3. P. 487-496.
7. O'Riordan S., Raymond D., Lynch T. Age at onset as a factor in determining the phenotype of primary torsion dystonia // *Neurology.* 2004. Vol. 63. № 8. P. 1423-1426.
8. Walsh R., O'Dwyer J.P., Sheikh I.H. et al. Sporadic adult onset dystonia: sensory abnormalities as an endophenotype in unaffected relatives // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry.* 2007. Vol. 78. № 9. P. 980-983.
9. Залялова З.А., Абдулгалимова Д.М. Болевой синдром до и после применения диспорта у пациентов со спастической кривошеей // *Журн. неврол. и психиатр.* 2010. Vol. 11. № 2. P. 62-65.
10. Орлова О.Р., Тимербаева С.Л., Хатькова С.Е. и соавт. Ботулинотерапия в клинической практике. Избранные лекции по неврологии II. Под ред. Голубева В.Л. «МЕДпресс-информ», 2012. С. 81-104.
11. Тимербаева С.Л. Фокальные и сегментарные формы первичной дистонии: клинические, патофизиологические и молекулярно-генетические аспекты. Дис. ... докт. мед. наук. «Научный центр неврологии» Российской академии медицинских наук. 2012. 245 с.

Поступила 28.03.2014

НАРУШЕНИЯ ПАРАМЕТРОВ ОСНОВНОГО ОБМЕНА ПРИ НАЧАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЯХ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

Р.Р. Богданов¹, А.Р. Богданов², С.В. Котов

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»,
ФГБУ НИИ питания РАМН, Москва

Обсуждены особенности метаболических расстройств при болезни Паркинсона. Обследованы 45 пациентов, ранее не получавших противопаркинсонической терапии, у них отмечено повышение уровня основного обмена по сравнению с группой контроля. Повышение основного обмена увеличивалось по мере прогрессирования заболевания. Детальный анализ скорости окисления основных нутриентов показал, что повышение основного обмена обусловлено преимущественно окислением все большего количества жиров по мере прогрессирования болезни.

Ключевые слова: болезнь Паркинсона, немоторные нарушения, основной обмен, метаболические нарушения
Key words: Parkinson's disease, non-infringement, basal metabolism, metabolic disturbances

Традиционно представление о болезни Паркинсона — это моторные нарушения в виде сочетания гипокинезии с мышечной ригидностью и тремором покоя, которое носит название синдрома паркинсонизма. Основным механизмом развития болезни считается дефицит дофамина в подкорковых ядрах вследствие дегенерации дофаминергических нейронов черной субстанции [2,3]. Дебют моторных симптомов обычно наблюдается в возрасте 51 ± 10 лет [2,3]. Именно

наличие так называемых позитивных симптомов (тремора покоя, мышечной ригидности) позволяет, даже не специалисту, заподозрить паркинсонизм, а наличие главного негативного симптома — гипокинезии в виде олиго- и брадикинезии позволяет установить синдром паркинсонизма. В дальнейшем, после дифференциальной диагностики, согласно международным критериям [2,3,13], устанавливается диагноз болезни Паркинсона. До последнего времени такая тактика диагностики, с учетом возможностей симптоматической терапии, вполне удовлетворяла клинициста. Однако последующие исследования показали, что так называемые двигательные нарушения — лишь «вершина айсберга», в частности по данным функциональной нейровизуализации первые признаки моторных симптомов наблюдаются при снижении уровня дофамина в стриатуме на 60–80% [8,13]. Иными словами,

¹ Богданов Ринат Равилевич, канд. мед. наук, доцент кафедры неврологии факультета усовершенствования врачей ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, 129110, Москва, Щепкина, 61/2, корп. 10. E-mail: rinatbo@rambler.ru.

² Богданов Альфред Равилевич, канд. мед. наук, заведующий отделением сердечно-сосудистой патологии ФГБУ «Научно-исследовательский институт питания РАМН», Москва, Каширское шоссе, 21.

видимые «моторные» проявления болезни появляются тогда, когда уже более половины дофаминергических нейронов черной субстанции погибло. Анализ темпов снижения накопления радиофармпрепарата позволил рассчитать примерную продолжительность домоторных проявлений болезни – 6 ± 3 года [2,8]. Более широкий взгляд на клинические проявления болезни позволил обнаружить, в противовес двигательным нарушениям, так называемые немоторные расстройства, которые пристально изучаются в последнее десятилетие как потенциальные источники более ранней ее диагностики, а также потенциальные точки терапевтического воздействия с целью повышения его эффективности и замедления темпов прогрессирования болезни [1,2,13]. Совокупность накопленных данных позволила Н. Braak [7] выдвинуть теорию стадийности болезни, согласно которой многие немоторные проявления (вегетативные расстройства, нарушение обоняния, расстройства сна, депрессия) возникают раньше двигательных расстройств [1,13]. Только в 4-й стадии гибель более половины нейронов компактной части черной субстанции обуславливает в клинической картине знакомые всем двигательные проявления болезни. Данная теория послужила мощным толчком к изучению немоторных проявлений [1,2,13].

Наряду с проблемой ранней диагностики болезни Паркинсона, как возможности более ранней, нозомодифицирующей терапии, в настоящее время большое значение имеет повышение эффективности ее терапии [2,3]. Как известно, с течением времени эффективность фармакотерапии при болезни Паркинсона снижается, все большее значение приобретают моторные флуктуации, дискинезии и немоторные нарушения, что требует расширения спектра терапевтических вмешательств [2,3]. В частности, большой практический интерес в настоящее время представляет изучение особенностей и возможностей коррекции немоторных проявлений в качестве факторов, повышающих качество жизни пациентов [1,13]. Эти соображения могут быть реализованы в рамках комплексного подхода к ведению пациентов, который может включать: фармакотерапию – как основной метод коррекции дофаминергической недостаточности, так называемые инвазивные методы лечения, физические

методы реабилитации, психо-, диетотерапию, социальную и трудовую реабилитацию.

В рамках комплексного подхода, на наш взгляд, большой интерес представляет изучение метаболических расстройств с целью повышения качества жизни пациентов путем их коррекции на основе диетических рекомендаций.

Изменение массы тела при болезни Паркинсона – достаточно частое явление. Среди факторов риска болезни обсуждается избыточная масса тела. В частности, рядом авторов показана зависимость между повышенным индексом массы тела (ИМТ) и риском болезни [12], а также ассоциация между толщиной кожной складки и повышенным риском болезни [4], при этом связи с ИМТ не отмечено. Увеличивает риск развития болезни только ожирение по центральному типу, а не ожирение в целом [10].

По мере прогрессирования болезни Паркинсона наиболее часто описывается потеря массы тела [9,15,20]. Однако ее причина до конца не понятна. Среди факторов, возможно, влияющих на потерю массы тела, выделяют снижение обоняния, неполноценное питание, расстройства глотания и жевания, двигательные расстройства, затрудняющие прием пищи. Сюда относят и нарушение моторики желудочно-кишечного тракта, аффективные расстройства, нарушение дофаминергических механизмов вознаграждения на уровне лимбической системы, побочные эффекты дофаминергических средств, такие как тошнота. Отдельно обсуждаются собственно метаболические нарушения в виде повышенного основного обмена на фоне мышечной ригидности, тремора и дискинезий [5].

На изменение параметров метаболизма, в частности параметров основного обмена при болезни Паркинсона, в настоящее время нет единой точки зрения, в частности, в большинстве работ описывается повышение уровня основного обмена [14,16]. Применение двойной водной технологии не выявило различий в энергозатратах у пациентов со стабильной массой тела и у потерявших ее на фоне заболевания [11]. Есть данные о снижении энергозатрат при болезни Паркинсона [19]. В то же время увеличение массы тела на фоне глубокой стимуляции мозга объясняется авторами уменьшением энергозатрат благодаря коррекции двигательных симптомов заболевания [18].

Таблица 1
Гендерная, возрастная характеристика и индекс массы тела пациентов (M ± SE)

Группы	n (м/ж)	Возраст, годы (M ± SE)	ИМТ, кг/м ² (M ± SE)
БП1 (основная гр.)	18 (10/8)	55,78 ± 1,33*	28,45 ± 0,98*
БП2 (основная гр.)	19(9/10)	58,42 ± 2	27,87 ± 1,33*
БП3 (гр. сравнения)	8 (3/5)	65,63 ± 2,42	24,04 ± 1,51†
Гр. контроля (норма)	94 (18/76)	51,17 ± 0,74	29,22 ± 0,27

Примечание. * – различия с группой сравнения (БП3) статистически значимы с $p < 0,05$, † – различия с группой контроля статистически значимы с $p < 0,05$.

Традиционно обмен веществ связан с балансом поступления и расхода энергии, отсюда предположение ряда авторов [19]: метаболические нарушения при болезни обусловлены сочетанием гипокинезии и нарушения процесса потребления пищи. Однако следующая из этих представлений попытка усиленного питания пациентов оказалась неэффективной [9]. Более того, сравнение уровня основного обмена при болезни Паркинсона и заболеваниях с той же степенью ограничения двигательной активности (болезни мотонейрона) выявило высокий основной обмен в последнем случае [14,16,17].

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Нами проведено исследование параметров основного обмена у пациентов с начальными проявлениями болезни Паркинсона с помощью непрямой респи-

раторной калориметрии. Обследованы 45 пациентов, группу контроля составили 96 практически здоровых добровольцев. Основную группу составили пациенты с начальными проявлениями болезни (1-я и 2-я стадии по шкале Хен-Яр), группу сравнения – пациенты с развернутой 3-й стадией (по шкале Хен-Яр) (табл. 1). Пациенты ранее не получали противопаркинсонической терапии, что позволяло исключить возможное фармакогенное влияние на метаболизм. На этапе отбора пациентов критерием исключения было наличие эндокринных нарушений.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Как видно из табл. 1, основная группа (БП1 и БП2) по полу и возрасту была сопоставима с группой контроля, при этом индекс массы тела (ИМТ) был избыточным, что согласуется с рядом исследований, отмечавших повышенный риск болезни при избыточной массе тела, в том числе при ИМТ более 23 [6,12]. В группе сравнения (БП3) пациенты были чуть старше и при этом с меньшим ИМТ, что отражает известный факт снижения массы тела по мере прогрессирования болезни и согласуется с данными литературы [9,15,20].

Клиническая характеристика пациентов представлена в табл. 2.

Как видно из таблицы, длительность заболевания и выраженность моторных расстройств при его начальных проявлениях (БП1 и БП2) были статистически значимо меньше, чем в группе сравнения (БП3).

Как известно, нормальный паттерн обеспечения уровня энерготрат основного обмена обусловлен преимущественной скоростью окисления углеводов, в меньшей степени жиров и в послед-

Таблица 2

Клинические проявления болезни Паркинсона в зависимости от ее стадии по шкале Хен-Яр (M ± SE)

Параметры	Основная группа (M ± SE)		Группа сравнения БП3 (n = 8)
	БП1 (n = 18)	БП2 (n = 19)	
Длительность, годы	2,3 ± 0,37**	1,86 ± 0,3**	5,94 ± 1,82
UPDRS, баллы	29,39 ± 1,98***	43,92 ± 1,39**	62,57 ± 11,64
Раздел III UPDRS, баллы	16,83 ± 0,96***	26,87 ± 1,13***	43,29 ± 7,9
Тремор, баллы	1,5 ± 0,25*	2,47 ± 0,36**	4,29 ± 1,6
Ригидность, баллы	3,28 ± 0,28***	6,47 ± 0,47**	10 ± 1,59
Гипокинезия, баллы	10,33 ± 0,67***	15,21 ± 0,76**	24,43 ± 4,59

Примечание. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$ с БП3.

Удельные параметры основного обмена обследуемых, М ± SE

Параметры	Основная группа (М ± SE)		Группа сравнения	Контрольная группа
	БП1	БП2	БП3	
Уд. ОО, ккал/кг/сут	18,6 ± 1,2*†††	21,48 ± 2,04*†††	25,39 ± 2,65†††	16,68 ± 0,25
Уд. СОУ, г/кг/сут	2,31 ± 0,41	2,29 ± 0,35	2,3 ± 0,69	2,2 ± 0,09
Уд. СОЖ, г/кг/сут	0,75 ± 0,21**†	1,05 ± 0,19*†††	1,6 ± 0,43†††	0,56 ± 0,03
Уд. СОБ, г/кг/сут	0,69 ± 0,04	0,72 ± 0,04	0,79 ± 0,13	0,76 ± 0,02

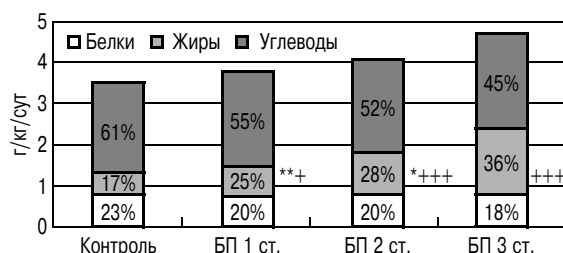
Примечание. * $p < 0,05$ с БП3; † – $p < 0,05$; †† – $p < 0,01$; ††† – $p < 0,001$ с группой контроля. Уд. ОО – удельный основной обмен. Уд. СОУ – удельная скорость окисления углеводов. Уд. СОЖ – удельная скорость окисления жиров. Уд. СОБ – удельная скорость окисления белков.

ную очередь окисляются белки, подобное соотношение мы наблюдали в группе контроля.

Данные анализа удельных показателей основного обмена с учетом его параметров на единицу массы тела нивелировали антропометрические особенности пациентов (табл. 3).

Как видно из таблицы, по мере прогрессирования болезни увеличивается удельный основной обмен. В частности, в основной группе удельный основной обмен составил для БП1 и БП2 соответственно $18,6 \pm 1,2$ и $21,48 \pm 2,04$ ккал/кг/сут, что статистически значимо меньше, чем в группе сравнения БП3 ($25,39 \pm 2,65$ ккал/кг/сут, $p < 0,05$), но больше чем в группе контроля ($16,68 \pm 0,25$ ккал/кг/сут, $p < 0,01$, $p < 0,001$).

Увеличение удельного основного обмена по мере прогрессирования заболевания обусловлено увеличением в первую очередь удельной скорости окисления жиров. В частности, в основной группе удельная скорость окисления жиров для БП1 и БП2 составила $0,75 \pm 0,21$ и $1,05 \pm 0,19$ г/кг/сут соответственно, что значимо ($p < 0,05$) больше, чем в группе контроля ($0,56 \pm 0,03$ г/кг/сут).



Доля нутриентов в энерготратах основного обмена у обследуемых. Значимость различий * – $p < 0,05$ с БП3; † – $p < 0,05$; †† – $p < 0,01$; ††† – $p < 0,001$ с группой контроля.

В группе сравнения БП3 увеличение удельной скорости окисления жиров было еще большим – $1,6 \pm 0,43$ г/кг/сут, что почти в 3 раза выше, чем в группе контроля ($p < 0,001$).

Повышение параметров основного обмена отмечено и в ряде других работ [14, 16, 17], что связывают с увеличением мышечной ригидности.

Проведенный нами детальный анализ скорости окисления основных нутриентов показал постепенное нарастание доли окисления жиров в повышенном основном обмене (рисунок).

Исходя из полученных данных, можно предположить, что по мере прогрессирования болезни изменяются параметры метаболизма – повышается основной обмен. При этом происходит окисление все большего количества жиров, что в дальнейшем приводит к уменьшению массы тела пациентов. Объяснить эти изменения может постепенное прогрессирование болезни с увеличением гипокинезии, мышечной ригидности и тремора покоя, что требует постоянного энергетического обеспечения. В итоге – повышение основного обмена. Постоянная потребность в энергетических веществах заставляет организм бросать в «энергетическую топку» не только большую часть углеводов, но и все большее количество жиров, что и наблюдается в виде изменения паттерна параметров основного обмена.

Полученные данные требуют дальнейшего изучения, как имеют и практическое значение в виде последующей разработки комплекса диетических мер, которые будут актуальны в процессе комплексного лечения пациентов с такой тяжелой прогрессирующей патологией, как болезнь Паркинсона.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богданов Р.Р., Богданов А.Р., Котов С.В. Тактика ведения пациентов с начальными проявлениями болезни Паркинсона // Доктор.Ру. 2012. Т. 73. С. 17-21.
2. Левин О.С., Федорова Н.В. Болезнь Паркинсона. М., 2012. 352 с.
3. Шток В.Н., Иванова-Смоленская И.А., Левин О.С. Экстрапирамидные расстройства. М.: МЕДпресс-информ, 2002. 606 с.
4. Abbott R., Ross G., White L. et al. Midlife adiposity and the future risk of Parkinson's disease // Neurology. 2002. Vol. 59. P. 1051-1057.
5. Bachmann C., Trenkwalder C. Body weight in patients with Parkinson's disease // Mov Disord. 2006. Vol. 21. P. 1824-1830.
6. Barichella M., Marczevska A., Vairo A. et al. Is underweightness still a major problem in Parkinson's disease patients? Eur. J. Clin. Nutr. 2003. Vol. 57. P. 543-547.
7. Braak H., Tredici K.D., Rub U., A.I. de Vos, Jansen Steur E.N.H., Braak E. Staging of brain pathology related to sporadic Parkinson's disease // Neurobiology of Aging. 2003. Vol. 24. P. 197-211.
8. Brooks D.J. Morphological and functional imaging studies on the diagnosis and progression of Parkinson's disease // J. Neurol. 2000. Vol. 247 (Suppl. 2): II/11-II/18.
9. Chen H., Zhang S., Hernan M. et al. Weight loss in Parkinson's disease // Ann Neurol. 2003. Vol. 53. P. 676-679.
10. Chen H., Zhang S., Schwarzschild M. et al. Obesity and the risk of Parkinson's disease // Amer. J. Epidemiol. 2004. Vol. 159. P. 547-555.
11. Delikanaki-Skaribas E., Trail M., Wong W., Lai E. Daily energy expenditure, physical activity, and weight loss in Parkinson's disease patients // Mov Disord. 2009. Vol. 24. P. 667-671.
12. Hu G., Jousilahti P., Nissinen A. et al. Body mass index and the risk of Parkinson disease // Neurology. 2006. Vol. 67. P. 1955-1959.
13. Khoo T.K., Yarnall A.J., Duncan G.W. et al. The spectrum of nonmotor symptoms in early Parkinson disease. Neurology. 2013. Vol. 80. № 3. P. 276-281.
14. Levi S., Cox M., Lugon M., Hodkinson M., Tomkins A. Increased energy expenditure in Parkinson's disease // BMJ. 1990. Vol. 301. P. 256-257.
15. Lorefalt B., Ganowiak W., Palhagen S. et al. Factors of importance for weight loss in elderly patients with Parkinson's disease // Acta Neurol. Scand. 2004. Vol. 110. P. 180-187.
16. Markus H., Cox M., Tomkins A. Raised resting energy expenditure in Parkinson's disease and its relationship to muscle rigidity // Clin. Sci (Lond). 1992. Vol. 83. P. 199-204.
17. Markus H., Tomkins A., Stern G. Increased prevalence of undernutrition in Parkinson's disease and its relationship to clinical disease parameters // J. Neural. Transm. Park. Dis. Dement. Sect. 1993. Vol. 5. P. 117-125.
18. Montaurier C., Morio B., Bannier S. et al. Mechanisms of body weight gain in patients with Parkinson's disease after subthalamic stimulation // Brain. 2007. Vol. 130. P. 1808-1818.
19. Toth M., Fishman P., Poehlman E. Free-living daily energy expenditure in patients with Parkinson's disease // Neurology. 1997. Vol. 48. P. 88-91.
20. Uc E., Struck L., Rodnitzky R. et al. Predictors of weight loss in Parkinson's disease // Mov. Disord. 2006. Vol. 21. P. 930-936.

Поступила 28.03.2014

МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СЕТЧАТКИ И ДИСКА ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА У ПАЦИЕНТОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

А.А. Рябцева¹, О.М. Андрияшина, С.В. Котов², Т.И. Якушина, Н.В. Кучина

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», Москва

Современные методы исследования зрительного анализатора у больных с рассеянным склерозом позволяют диагностировать в 90–95 % случаев его патологию независимо от наличия или отсутствия жалоб на снижение зрения и оптического неврита в анамнезе. Одним из наиболее информативных методов исследования зрительного анализатора является оптическая когерентная томография, позволяющая не только определить ранние функциональные и морфологические изменения, но и проследить динамику заболевания. Между изменениями в зрительном анализаторе и возрастом пациентов связи не отмечено. Достоверной оказалась связь изменений в нейроархитектонике сетчатки и зрительного нерва с течением, длительностью склероза и степенью инвалидизации пациентов.

Ключевые слова: рассеянный склероз, толщина перипапиллярных нервных волокон, оптическая когерентная томография
Key words: multiple sclerosis, the retina and the optic disk, optical coherence tomography

Рассеянный склероз – это хроническое воспалительно-нейродегенеративное заболевание центральной нервной системы преимущественно у лиц трудоспособного возраста (15–50 лет). В последние годы его распространенность в мире увеличивается. В первую очередь это обусловле-

но качественными изменениями его диагностики на основе активного внедрения современных нейровизуализационных методов исследования, позволяющих с большой точностью диагностировать склероз, а также увеличением продолжительности жизни больных, обусловленным улучшением их лечения, реабилитации и социальной помощи [6].

Радикальное излечение рассеянного склероза остается невозможным, однако в последнее время появилось большое количество новых лекарственных средств, воздействующих на разные звенья патогенеза и повышающие качество жизни больных. Для предупреждения обострений и увеличения периода ремиссии в настоящее время используются препараты, изменяющие течение рассеянного склероза (ПИТРС). У некоторых

¹ Рябцева Алла Алексеевна, д-р мед. наук, профессор, руководитель отделения офтальмологии ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, заведующая курсом офтальмологии кафедры хирургии ФУВ ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского. 129110, Москва, ул. Щепкина, 61\2, корп. 10.

² Котов Сергей Викторович, главный невролог МЗ МО, д-р мед. наук, профессор, руководитель отделения неврологии, заведующий кафедрой неврологии ФУВ ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского. 129110, Москва, ул. Щепкина, 61/2, корп. 10.

препаратов данной группы доказано влияние на прогрессирование заболевания, продление периода трудоспособности и социальной независимости пациентов, страдающих рассеянным склерозом.

Основная задача Центра рассеянного склероза на базе ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского – совершенствование организации и улучшение качества специализированной медицинской помощи больным. В Московской области в последние 10 лет отмечен постоянный рост числа пациентов с рассеянным склерозом, получающих иммуномодулирующую терапию и другие препараты, изменяющие его течение: с 66 больных в 2004 г. до 1150 в 2014 г.

Болезнь протекает волнообразно и имеет ремиттирующее, вторично- или первично-прогрессирующее течение. По данным различных авторов [1,2,4,5], одним из первых проявлений болезни РС в 35–75% случаев является неврит зрительного нерва.

Нарушения зрительных функций различного характера возникают в самом начале заболевания и достигают почти 90% в развернутой стадии. Современные методы исследования зрительного анализатора у больных позволяют диагностировать в 90–95% его патологию независимо от наличия или отсутствия жалоб на снижение зрения и оптического неврита в анамнезе. Одним из наиболее информативных методов исследования зрительного анализатора является оптическая когерентная томография, позволяющая диагностировать не только ранние функциональные и морфологические изменения, но и проследить динамику заболевания.

На базе офтальмологического отделения совместно с Центром рассеянного склероза ГБУЗ МО МОНИКИ проведен анализ морфофункциональных характеристик зрительного анализатора у пациентов в зависимости: от их возраста во время исследования, длительности заболевания и тяжести неврологического статуса по расширенной шкале инвалидизации Expanded Disability Status Scale (EDSS).

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Обследованы 63 пациента (126 глаз) с рассеянным склерозом ремиттирующего течения (в соответствии с критериями W.I. McDonald пересмотра 2010 г. и тяжестью заболевания по расширенной шкале инвалидизации J. Kurtzke от 1 до 5 баллов), из них 39 женщин (61,9%) и 24 мужчины (38,1%), в возрасте 20–57 лет. Все пациенты наблюдались в Центре рас-

сеянного склероза и получали терапию препаратами, изменяющими течение рассеянного склероза: β-интерфероны получали 11 (17,5 %) пациентов, глатирамера ацетат – 15 (23,8%), натализумаб – 11 (17,5%) и финголимод – 26 (41,3 %).

Все пациенты были разделены по трем критериям:

- 1) по возрасту на время обследования (до 40 лет, 40 лет и старше),
- 2) по длительности заболевания (до 5 лет, от 6 до 10, 11 лет и более),
- 3) по показателям EDSS: от 1 до 2 баллов, от 2,5 до 5 баллов.

Из исследования были исключены пациенты с ретробульбарным невритом в анамнезе, с другой возрастной патологией сетчатки и диска зрительного нерва, такими как глаукома, оптическая нейропатия иной этиологии, возрастная макулярная дегенерация.

Обследование включало: офтальмологические методы (визометрия, компьютерная периметрия, оптическая когерентная томография сетчатки, пахиметрия, пневмотонометрия), неврологическое обследование с оценкой EDSS и магнитно-резонансную томографию головного мозга с контрастированием.

Оптическая когерентная томография проводилась на приборе Spectralis OCT (Heidelberg Engineering, Германия). Критерии толщины перипапиллярных нервных волокон, головки зрительного нерва и параметров сетчатки оценивали с помощью протоколов RNLF, ONH и P.pole (Thickness Map Single Exam Report OU, RNFL Single Exam Report OU with Fo Di).

Статистическая выборка оценивалась по значениям среднего арифметического и его стандартной ошибке ($M \pm m$). При сравнении средних значений двух независимых выборок, относящихся к интервальным шкалам и подчиняющихся закону нормального распределения, использовался t-тест для независимых выборок Стьюдента. При корреляционном анализе этих выборок использовался статистический пакет SPSS Statistics.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В обследованных группах пациентов острота зрения была однородна и в среднем составила 0,9–1,0 диоптрию с полной коррекцией. В табл. 1 представлены средние значения стереометрических характеристик структур глазного дна: толщины перипапиллярных нервных волокон по квадратам (S, T, I, N, G), общего макулярного объема (VM), объема диска зрительного нерва, данных компьютерной периметрии (MD-mean deviation), а также показателей тонометрии и пахиметрии (измерение толщины объекта) в зависимости от возраста пациентов. Значимой корреляции, как и достоверной разницы между средними показателями стереопараметров не отмечено.

В отличие от этого показатели толщины роговицы имеют статистические значимые различия (рис. 1). При сравнении показателей пахиметрии: у пациентов 40 лет и старше толщина роговицы была достоверно больше, чем у пациентов молодого возраста ($p < 0,001$), что совпадает с

Таблица 1

Средние показатели ОКТ сетчатки

Показатели	Возраст, годы	Средние мм ³	Стандартное отклонение	Стандартная ошибка среднего	Статистическая достоверность
S	До 40	110,34	20,271	2,574	0,873
	40 и старше	111,17	15,359	3,620	0,853
T	До 40	61,74	13,915	1,767	0,133
	40 и старше	56,00	14,844	3,499	0,155
I	До 40	114,66	24,613	3,126	0,818
	40 и старше	116,11	18,410	4,339	0,788
N	До 40	62,95	14,778	1,877	0,425
	40 и старше	65,94	10,315	2,431	0,336
G	До 40	87,53	15,992	2,031	0,994
	40 и старше	87,50	12,453	2,935	0,993
Общий макулярный объем	До 40	8,4373	0,57539	0,07491	0,683
	40 и старше	8,4967	0,38881	0,09164	0,619
Объем ДЗН	До 40	3,0447	0,33787	0,04475	0,728
	40 и старше	3,0138	0,19442	0,04860	0,641

Примечание. ДЗН – диск зрительного нерва. ОКТ – оптическая когерентная томография.

Таблица 2

Средние показатели ОКТ сетчатки при различной длительности болезни

Длительность заболевания, годы	Толщина сетчатки в макуле (C _{min})	Общий макулярный объем (VM)	Толщина ПНВ в нижненосовом квадранте (NI)
До 5	226,91 ± 2,74*#	8,58 ± 0,09#	96,30 ± 6,4#
6–10	220,11 ± 1,80#	8,50 ± 0,09#	100,44 ± 4,1
11 и более	213,39 ± 2,69	8,17 ± 0,11	87,06 ± 4,75

Примечание. * – $p < 0,05$ с группой пациентов с длительностью болезни от 6 до 10 лет. # – $p < 0,05$ с группой пациентов с длительностью болезни 11 лет и более.

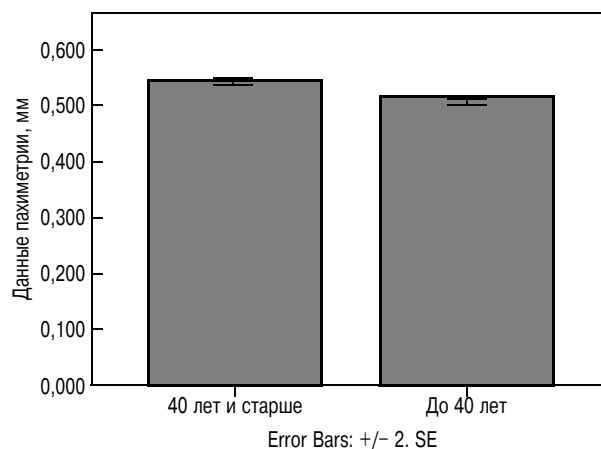


Рис. 1. Средние величины пахиметрии.

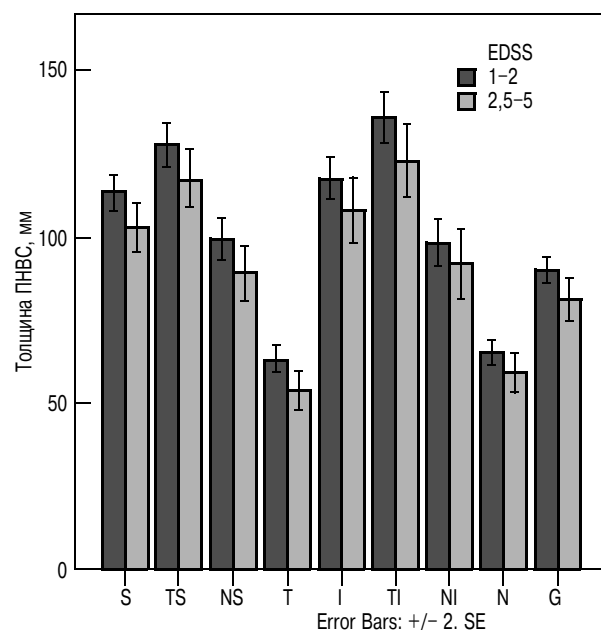


Рис. 2. Толщина ПНВ сетчатки у пациентов, разделенных по шкале инвалидизации.

результатом исследований других авторов [6, 7]: $0,514 \pm 0,005$ и $0,544 \pm 0,003$ соответственно.

Периметрические и тонографические исследования не выявили статистически значимых различий в группах пациентов различного возраста.

При исследовании взаимосвязи морфофункциональных характеристик глаза и длительности заболевания рассеянным склерозом выявлены достоверные отличия показателей толщины перипапиллярного нервного волокна (ПНВ) в нижненосовом квадранте (NI), данных макулярного объема и толщины сетчатки в области макулы (C_{min}) во всех группах (табл. 2).

Ряд исследователей полагает, что изменение папилломакулярного пучка сетчатки (показатель толщины сетчатки в области макулы C_{min})

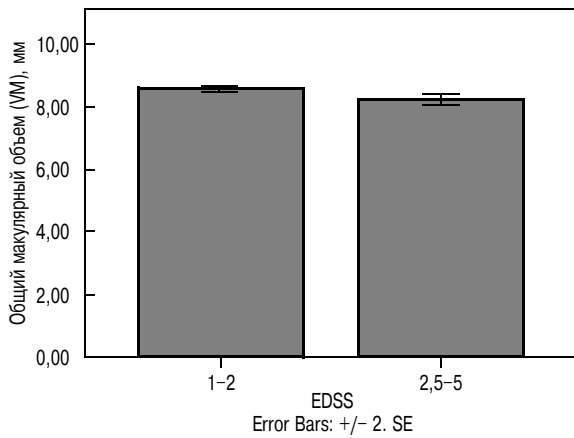


Рис. 3. Общий макулярный объем (VM) у пациентов с различными значениями EDSS.

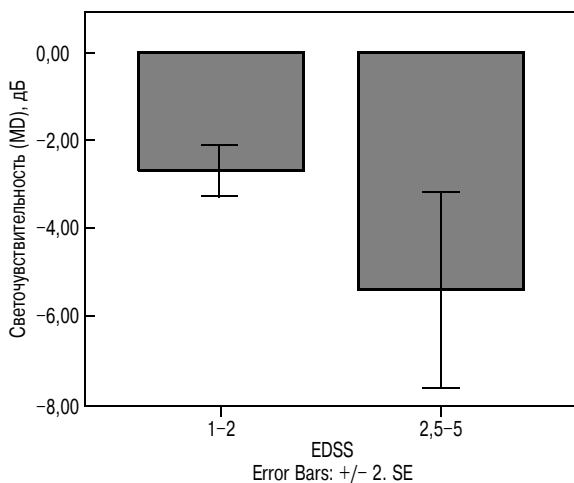


Рис. 4. Толщина показателей компьютерной периметрии (MD dB, программа 30-2) у пациентов, разделенных по шкале инвалидизации:

группа от 1 до 2 баллов – $2,667 \pm 0,302$, группа от 2,5 до 5 баллов – $5,394 \pm 1,1$.

взаимосвязано не только с аксональной дегенерацией в сетчатке, но и с нейродегенеративным процессом в белом веществе головного мозга при длительном течении склероза [1,2,8]. Правильность этой точки зрения подтвердят, возможно, последующие волюметрические исследования головного мозга при рассеянном склерозе.

При анализе взаимосвязи морфофункциональных характеристик глаза и неврологического статуса по показателям EDSS обнаружено достоверное уменьшение всех значений (рис. 2, 3, 4) в группе пациентов с более тяжелым неврологическим статусом (EDSS 2,5–5 баллов).

Особенно показательно уменьшение объема диска зрительного нерва и папилломакулярного пучка у пациентов с различной длительностью заболевания.

ВЫВОДЫ

Таким образом, в результате морфофункциональных исследований органа зрения у больных с ремиттирующим течением рассеянного склероза обнаружены изменения ряда показателей нейрорхитектоники сетчатки и зрительного нерва независимо от возраста пациентов.

В то же время оказалось, что толщина сетчатки в макулярной области и общий макулярный объем сетчатки имеют обратную зависимость от длительности заболевания, что проявляется постепенным снижением этих показателей при длительности склероза более 5 лет.

Наиболее значимая связь прослеживается между течением заболевания, степенью инвалидизации пациентов и данными стереометрических показателей зрительного анализатора: чем выше уровень EDSS, тем ниже показатели толщины сетчатки и зрительного нерва.

Изменения толщины перипапиллярных нервных волокон в нижненосовом квадранте, связанные с длительностью заболевания, требуют дальнейшего исследования взаимосвязи параметров сетчатки и зрительного нерва, показателей офтальмотонуса, биомеханики склеры и гидродинамики глаза при рассеянном склерозе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гусев Е.И., Завалишин И.А., Бойко А.Н. Рассеянный склероз и другие демиелинизирующие заболевания. М.: Миклош, 2004. 504 с.
2. Завалишин И.А., Переседова А.В. Рассеянный склероз: современная концепция патогенеза и патогенетического лечения // *Анналы клинической и экспериментальной неврологии*. 2007. Т. 1. № 1. С. 32-40.
3. Коваленко А.В., Бойко Э.В., Бисага Г.Н., Краснощечкова Е.Е. Роль оптической когерентной томографии в диагностике и лечении демиелинизирующих заболеваний // *Офтальмолог. ведомости*. 2010. Т. III. № 1. С. 4-10.
4. Столяров И.Д., Бойко А.Н. Рассеянный склероз: специалисты, диагностика, лечение. СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2008. 320 с.
5. Шмидт Т. Е., Яхно Н.Н., Рассеянный склероз: руководство для врачей. 3-е изд.
6. Rüfer F., Schröder A., Bader, C. Erb. Age-related changes in central and peripheral corneal thickness: determination of normal values with the Orbscan II topography system // *Cornea*. 2007. Jan. Vol. 26. № 1. P. 1–5.
7. Atchison D.A., Markwell E.L., Kasthurirangan S., Pope J.M., Smith G., Swann P.G. Age-related changes in optical and biometric characteristics of emmetropic eyes // *J. Vis.* 2008. Apr. 28. Vol. 8. № 4. P. 29.1-20. doi: 10.1167/8.4.29.
8. Trip S.A., Schlottmann P.G., Jones S.J. Optic nerve atrophy and retinal nerve fibre layer thinning following optic neuritis: evidence that axonal loss is a substrate of MRI-detected atrophy // *Neuroimage*. 2006. Vol. 31. № 1. P. 286-293.

Поступила 28.03.2014

КЛИНИЧЕСКАЯ И ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КАРОТИДНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ И ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

Е.В. Портнягина¹, С.Э. Шаристепанова, А.Ф. Портнягин

ГБОУ ВПО Иркутский государственный медицинский университет

Проведен сравнительный анализ безопасности, клинической и экономической эффективности послеоперационного и отдаленного периодов каротидного стентирования (КС) и каротидной эндартерэктомии (КЭ) в группах пациентов 50–60 лет и 61 года и старше. Показано, что КС безопаснее и эффективнее КЭ независимо от возраста. Экономически более целесообразным методом в группе пациентов 50–60 лет оказался метод КЭ, в старшей возрастной группе – КС. Анализируется возможность повышения эффективности высокотехнологичной помощи пациентам, имеющим высокий риск инсульта.

Ключевые слова: клинико-экономический анализ, атеросклероз сонных артерий, каротидное стентирование, каротидная эндартерэктомия, клиническая эффективность, качество жизни
Key words: klinico-economie analysis, stenting, endarterectomy, quality of life, atherosclerosis of carotids

Болезни, ассоциированные с атеросклерозом сосудов мозга и сердца, а главные связанные с ними тяжелые осложнения (инсульт, инфаркт миокарда, внезапная смерть) представляются как наиболее значимая клиническая и социально-экономическая проблема [1,6,8]. Несмотря на программы модернизации здравоохранения, крупные реализуемые программы по профилактике и лечению болезней сердца и сосудов, в сравнении с другими странами смертность в РФ значительно превышает уровень, характерный для стран Европы [1,2,5,8]. Наиболее значи-

мыми в структуре смертности и инвалидизации (56% всех причин) остаются сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) [1,5]. При этом инсульт является причиной 80% частичной и до 10% полной нетрудоспособности у взрослых [1,3,4]. Особую актуальность этой проблеме придает «омоложение» ССЗ, на трудоспособный возраст приходится почти 30% умерших от ССЗ [1].

Эта проблема не менее актуальна и для Иркутской области. Лидирующие позиции среди причин смертности в нашем регионе занимают болезни системы кровообращения (51,8% умерших). При этом на цереброваскулярную патологию и ишемические болезни сердца приходится более 85% [5]. Основными причинами смертности являются атеросклеротическая болезнь, артериальная гипертония, ишемическая болезнь

¹ Портнягина Елена Владимировна, канд. мед. наук, доцент кафедры эндокринологии и клинической фармакологии ГБОУ ВПО ИГМУ. Тел.: 8-902-560-40-14. E-mail: portsmol@mail.ru.

сердца (включая инфаркты миокарда) и цереброваскулярная патология (в том числе инсульты). Важно, что у 28,7% всех, кто умер в трудоспособном возрасте, причиной смерти стали болезни сердца и сосудов, при этом большинство (79%) умерших людей составляют мужчины [5]. Болезни системы кровообращения занимают первое ранговое место и в структуре общей заболеваемости взрослого населения, в связи с чем в Иркутской области принята «Программа развития здравоохранения Иркутской области на 2013–2020 годы» [5], в которой одним из приоритетных направлений стали совершенствование и развитие оказания медицинской помощи, в том числе специализированной, высокотехнологичной.

Приоритет предупреждения сердечно-сосудистых осложнений не вызывает сомнений [1,2,5,8]. На современном этапе главными направлениями первичной и вторичной профилактики инсульта, имеющие самый высокий уровень доказательности, являются изменение образа жизни, адекватная антитромботическая терапия, назначение статинов, лечение сахарного диабета [1,6,7,10,24,25]. Безусловно, лечение атеросклероза сонных артерий и предупреждение связанных с ним катастроф — одно из важнейших направлений [1,7,10,31]. Назначение статинов (в первую очередь аторвастатина) снижает риск ишемического инсульта [7–9,22,24]. При комплексном подходе, когда назначается интенсивная антитромбоцитарная, гипотензивная терапия, используются и высокие дозы статинов 5-летний риск повторного нарушения мозгового кровообращения снижается в 10 раз (с 24,4 до 2,4%)! [6,7,24,25,31]. В сочетании с каротидной эндартерэктомией (КЭ) снижение относительного риска достигает 94%! [6,1] Перспективное предупреждение сосудистых катастроф стенозирующего атеросклероза сонных артерий эндоваскулярным методом каротидного стентирования (КС) на сегодняшний день рассматривается как альтернатива КЭ [10,17,18,31]. Исследования, посвященные сравнительной эффективности и безопасности КС и КЭ, остаются противоречивыми. В исследованиях EVA-3S, CAVATAS, SPACE, где отмечено преимущество КЭ, либо не проводилось стентирование (только ангиопластика), либо ограниченно использовались системы церебропротекции как устройств защиты от

дистальной эмболии сосудов мозга [11,14,15,31]. Использование этих устройств (SAPPHIRE, CREST [12,16], SECURITY [13]) предупреждает эмболизацию сосудов мозга обломками бляшки, которые образуются в результате ангиопластики и тем самым предупреждает ишемический инсульт после стентирования, делает эту операцию даже более безопасной, чем КЭ [13]. Кроме того, результаты CREST позволяют прогнозировать исходы этих методов профилактики инсульта [16]. Особый интерес это исследование вызывает еще и потому, что все пациенты проходили неврологические обследования и получали оптимальную медикаментозную терапию. Эффективность лечения не зависела от наличия неврологических симптомов ($p = 0,84$) и пола ($p = 0,34$). Выявлено влияние возраста пациентов ($p = 0,02$): у лиц молодого возраста неблагоприятных исходов было меньше после КС, у лиц более пожилого возраста, напротив, лучшие исходы — после КЭ. Отдаленные результаты лечения в целом не отличались. Однако в послеоперационном периоде в группе КС несколько выше оказался риск инсульта, у больных после КЭ — риск инфаркта миокарда. Низкий абсолютный риск инсультов, отмеченный в ходе исследования, в целом демонстрирует эффективность КС и КЭ и потенциальное преимущество над консервативной терапией в группе пациентов высокого риска ССО [16].

В современной российской медицине при изучении эффективности новых методов приходится решать не только вопросы эффективности, безопасности лечения, но и стоимости лечения, однако очень часто учитывается только фактор цены, прямых медицинских затрат, что не дает верного представления [20,22,26]. Необходимы клиничко-экономические исследования, результаты которых позволяют оптимизировать как эффективность лечения, так и его стоимость [19–23,26]. Мы попытались оценить современные методы лечения стеноза сонных артерий с точки зрения эффективности, рациональности лекарственной терапии при высоких технологиях, а также экономической целесообразности.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

На базе Иркутской областной клинической больницы мы провели сравнительное исследование 52 пациентов, подвергнутых КС (1-я группа), и 50 паци-

ентов, прошедших КЭ (2-я группа) [26]. Изучали особенность профилактики инсульта в этих группах. Группу 50–60 лет определили как пациентов среднего возраста, группу 61 года и старше – как пожилых. КС проведено у 24 пациентов среднего возраста и у 28 пожилого. КЭ выполнена у 30 пациентов среднего возраста и у 20 пожилого – 20 человек. Клиническая характеристика пациентов представлена в табл. 1.

Пациенты в подгруппах оказались сопоставимы по возрасту, имели одинаково высокий сердечно-сосудистый риск по ССЗ. Пациенты, пережившие инсульт или ТИА, обеих возрастных подгрупп одинаково часто встречались среди подвергнутых КЭ (50 и 55% соответственно). Пожилые, направленные на КС, в основном были с бессимптомными стенозами (82%) и чаще имели выраженные стенозы (сужение более 75% диаметра), чем пациенты среднего возраста. В группе пациентов, прошедших КЭ, чаще встречался стеноз на фоне извитости, эти операции чаще выполнялись в среднем возрасте, что связано с появлением клинической симптоматики у более молодых.

В изучаемых подгруппах зарегистрирован высокий риск периоперационных осложнений без статистических различий по возрасту и методу лечения. Безопасность проведенных методов лечения стенозирующего атеросклероза определялась по наличию осложнений послеоперационного периода: «большие» осложнения – смерть, ишемический инсульт, инфаркт миокарда, опасные кровотечения и «малые» осложнения в зоне хирургического доступа – неопасные гематомы, инфицирование раны, поражения черепных нервов [8,10,31]. По данным литературы, частота повреждения черепных нервов после КЭ составляет от 7,6 до 50%, и в большинстве случаев возникший неврологический дефицит (изменение

голоса, нарушение глотания, парез части лицевой мускулатуры) временный [17,27,28], однако значительно снижает качество жизни пациентов, ухудшает их самочувствие в послеоперационном периоде [17]. Непосредственная клиническая эффективность лечения в ранний послеоперационный период определялась по числу пациентов, не имеющих осложнений и отнесенных тем самым к эффективным случаям.

Для определения экономической эффективности использован клинико-экономический анализ «затраты–эффективность CER» (cost-effectiveness ratio) (КЭА) [19–22], который позволяет выявить необходимые затраты на достижение 1 положительного результата лечения (отсутствие осложнений, рецидива стеноза, ишемии).

Для определения безопасности и эффективности изучаемых методов профилактики инсульта в отдаленном периоде были проанализированы качество жизни и состояние здоровья пациентов через год после лечения. Использовались анкетирование больных по многоаспектному опроснику качества жизни («Euroquality of life (EQ-5D)», визуальной аналоговой шкалы) [19,29], неврологический осмотр, результаты ультразвукового исследования сосудов, биохимического исследования липидов крови, МРТ головного мозга.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Анализируя осложнения раннего послеоперационного периода КС и КЭ, следует отметить, что большие осложнения – смерть, инсульт, инфаркт миокарда не наблюдались. ТИА была зарегистрирована только в группе лечения методом КС (3 случая). Среди пациентов, подвергнутых

Таблица 1

Клиническая характеристика пациентов, которым проводились каротидное стентирование или каротидная эндартерэктомия

Клиническая характеристика	Каротидное стентирование			Каротидная эндартерэктомия		
	52	средний возраст 24	пожилой возраст 28	50	средний возраст 30	пожилой возраст 20
Возраст, годы		55 ± 3,5	66 ± 5		52 ± 6,4	66 ± 4,7
Мужской пол, <i>n</i> (%)	34 (65,3)	17 (70,8)	17 (60,7)	19 (38)	10 (33,3)	9 (45)
ИИ или ТИА, <i>n</i> (%)	17 (32,7)	12 (50)	5 (17,9)	26 (52)	15 (50)	11 (55)
ИБС, <i>n</i> (%)	29 (55,8)	11 (45,8)	18 (64,3)	17 (34)	9 (30)	8 (40)
Артериальная гипертензия, <i>n</i> (%)	34 (65,3)	19 (79,2)	25 (89,3)	43 (86)	27 (90)	16 (80)
Сахарный диабет, <i>n</i> (%)	5 (9,6)	1 (4,2)	4 (14,3)	6 (12)	3 (10)	3 (15)

Примечание. ТИА – транзиторная ишемическая атака. ИБС – ишемическая болезнь сердца.

КЭ, чаще, чем КС (без статистической достоверности), регистрировались эпизоды острого коронарного синдрома без подъема *ST*, с большей частотой в группе пожилых пациентов. Самыми частыми отмечены осложнения в зоне хирургического доступа КЭ – неопасные гематомы (в целом по группе 24%) и поражения черепных нервов (в целом по группе 28%), больше в подгруппе молодых. В целом при учете всех осложнений более безопасным оказалось КС в сравнении с КЭ (табл. 2).

Статистический анализ осложнений послеоперационного периода в возрастных подгруппах показал:

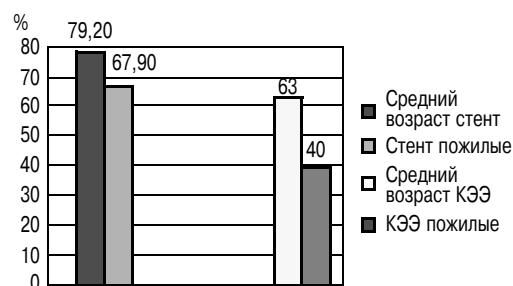
– при проведении КС безопасность и эффективность метода не зависят от возраста, отмечается тенденция к увеличению осложнений в группе пожилых пациентов [ОР = 1,1 (–0,3–0,65), ОШ = 1,24 (–1,03–2,2)];

– при КЭ также отсутствовала достоверность различий по возрастным подгруппам [ОР = 4,33 (–0,06–1,6), ОШ = 1,6 (–0,08–2,7)].

Однако сопоставление двух методов профилактики инсульта по возрастным категориям показало:

– в подгруппах пациентов среднего возраста статистически достоверно более безопасным был метод КС [ОР = 0,64 (–1,8 до –0,6), ОШ = 0,33 (–4,5 до –1,6), СОР пор = –0,4]

– в подгруппах пациентов пожилого возраста влияние выбранного метода менее значимо, но также статистически достоверно безопаснее КС



Эффективность каротидного стентирования и эндалтерэктомии у пациентов среднего и пожилого возраста.

[ОР = 0,25 (–5,3 до –2,2), ОШ = 0,5 (–2,6 до –1,05) СОР пор = –0,5]. Можно предположить, что преимущество КС связано с большим количеством так называемых малых осложнений послеоперационного периода КЭ: 18 (0,6) в подгруппе среднего возраста, 8 (0,4) – пожилого возраста. Проанализировали только большие осложнения (без учета поражений черепных нервов и неопасных гематом) в группе КЭ, достоверно большая безопасность оказалась для «молодых» [ОР = 1,6 (0,6–1,8), ОШ = 4,2 (1,9–5,97), СОР пор = 0,6].

Таким образом, вероятность крупных осложнений не зависит от возраста. Наиболее безопасно КС. Клиническая эффективность этого метода 38 (73,1%) была выше КЭ – 27 (54%). Эффективней профилактика инсульта в более молодом возрасте – КС 19 (79,2%) и КЭ 19 (63,3%), чем в подгруппах старшего – КС 67,9%, КЭ 40% (рисунок).

Таблица 2

Осложнения послеоперационного периода у больных, перенесших каротидное стентирование или эндалтерэктомиию

Осложнения послеоперационного периода	Каротидное стентирование			Каротидная эндалтерэктомия		
	52	средний возраст 24	пожилой возраст 28	50	средний возраст 30	пожилой возраст 20
ТИА, n (%)	3(0,06)	1 (0,042)	2(0,071)	0	0	0
Анггоспазм, n (%)	4(0,07)	3 (0,125)	1(0,036)	4 (0,08)	2 (0,067)	2(0,1)
Опасное кровотечение, n (%)	0	0	0	0	0	0
Неопасное кровотечение, n (%)	3(0,06)	1 (0,042)	2(0,071)	14 (0,3)	9 (0,3)	5(0,25)
Острый коронарный синдром, n (%)	6(0,12)	2 (0,083)	4(0,143)	7 (0,14)	2 (0,067)	5(0,25)
Поражение черепных нервов, n (%)	–	–	–	12 (0,24)	9 (0,3)	3(0,15)
Всего, n (%)	16 (0,3)	7 (0,292)	9(0,32)	37(0,74)	22 (0,73)	15(0,75)

Таблица 3
Прямые медицинские затраты на каротидное стентирование и эндартерэктомию на одного больного с учетом возраста, руб.

Параметры затрат на 1 больного	Каротидное стентирование		Каротидная эндартерэктомия	
	средний возраст	пожилой возраст	средний возраст	пожилой возраст
Операционные затраты	137 110		49 021	
Стоимость операции	1448		1394	
Стоимость пребывания в отделении хирургии (с учетом реанимации при КЭ)	41 082	36 740	66 500	82 524
Стоимость лабораторных и инструментальных исследований	23 160	23 160	23 160	23 160
Итого	202 800	198 458	140 075	156 009

Прямые медицинские затраты на лечение 1 пациента методом КЭ ниже, чем при эндоваскулярном вмешательстве, независимо от возраста (табл. 3).

Для достижения эффективного лечения хирургическим методом потребовалось 248 504 руб. (против 297 614 в группе эндоваскулярным методом [26]). Эффективные затраты с учетом возраста составили: КС – в подгруппе среднего возраста – 215 649 руб., пожилого – 258 171 руб.; КЭ – в подгруппе среднего возраста – 184 700 руб. и пожилого – 332 123 руб. Таким образом, несмотря на меньшие прямые затраты на проведение КЭ (табл. 3), при принятии решения о выборе метода профилактики ишемического инсульта у пациентов с клинически значимыми стенозами необходимо учитывать возраст пациентов. Для пациентов среднего возраста показана целесообразность выбора хирургического метода лечения. КЭ в этой возрастной подгруппе оправдана, если у пациента низкий риск поражения черепных нервов, при этом экономия денежных средств составит 30 000 на каждом случае. В старшей возрастной подгруппе – целесообразен метод КС.

В отдаленном периоде лечения большая часть пациентов отметили улучшение общего состояния, преимущественно в среднем возрасте. Самыми неблагоприятными оценками самочувствия оказались в группе среднего возраста после КЭ – 26,7% пациентов подгруппы оценили самочувствие с ухудшением (табл. 4).

Показатель качества жизни через год после КС оказался значительно выше в подгруппе среднего возраста – 0,789, в группе пожилого – 0,702; при КЭ в среднем возрасте – 0,578, в пожилом – 0,449 (табл. 5).

Таким образом, качество жизни пациентов в отдаленном периоде зависит от выбранного метода лечения. Оно выше в группе среднего возраста после КС. Отмечается тенденция к значительно-

Таблица 4
Эффективность и наблюдение у специалистов в отдаленном периоде

Показатель	Каротидное стентирование		Каротидная эндартерэктомия	
	средний возраст 24	пожилой возраст 28	средний возраст 30	пожилой возраст 20
Самочувствие				
Улучшилось, <i>n</i> (%)	17 (70,8)	18 (64,2)	17 (56,7%)	11 (55)
Не изменилось, <i>n</i> (%)	5 (20,8)	7 (32,1)	5 (16,7)	6 (30)
Ухудшилось, <i>n</i> (%)	2 (8,3)	2 (3,6)	8 (26,7)	3 (15)
Наблюдение у специалистов				
Терапевт, <i>n</i> (%)	6 (25)	13 (46,4)	3 (10)	8 (40)
Невролог, <i>n</i> (%)	1 (4,2)	5 (17,9)	10 (33,3)	3 (15)
Сосудистый хирург, <i>n</i> (%)	–	–	1 (3,3)	1 (5)
Общий хирург, <i>n</i> (%)	–	–	3 (10)	–

Таблица 5
Результаты анализа Euroquality of life (EQ-5D) с определением качества жизни пациентов через год после лечения

Показатель	Каротидное стентирование		Каротидная эндартерэктомия	
	средний возраст	пожилой возраст	средний возраст	пожилой возраст
EQ-5D	0,708		0,575	
EQ-5D	0,789	0,702	0,578	0,449

му снижению качества жизни старших возрастных групп, для которых был выбран метод КЭ, по сравнению с качеством жизни сверстников, прошедших через КС.

Следуя современным рекомендациям, после эндоваскулярного и хирургического лечения пациенты должны находиться на диспансерном учете, получать интенсивную фармакотерапию (гипотензивная терапия, антиагреганты, статины) [6,8,10,31]. Однако врачебный контроль пациентов в отдаленном периоде по месту жительства был недостаточным у 48% после КС и у 52% после КЭ. Неврологами наблюдались лишь 11,5% больных, подвергшихся КС, и 26% больных, перенесших КЭ. При анализе подгрупп видно, что пациенты среднего возраста у врачей наблюдались после КЭ, пожилые пациенты чаще наблюдались у специалистов, чем более молодые в обеих группах (см. табл. 4).

Важнейшая лекарственная терапия, определяющая благоприятный исход не только самого сердечно-сосудистого заболевания, но и эффективность лечения атеросклероза сонных артерий эндоваскулярным или хирургическим методом, если и назначалась, то не проводилась ее контроль, и пациенты часто не достигали целевых уровней по артериальному давлению (АД), особенно целевых показателей липидного обмена. Достижение целевых показателей АД при КС в среднем возрасте – 50%, в пожилом – 57,1%, при КЭ в среднем возрасте – 36,7%, в пожилом – 45%; антитромбоцитарная терапия в группе КС в среднем возрасте – 83,3%, в пожилом – 82,15%, в группе КЭ в среднем возрасте – 76,7%, в пожилом – 95%; терапия статинами в группе КС в среднем возрасте – 45,8%, в пожилом – 60,7%, в группе КЭ среднего возраста – 40%, пожилые – 25%, из них – достижение целевых показателей холестерина в группе КС – 11 случаев, что составило 21% всех пациентов КС, в группе КЭ – 8 (16% всей группы КЭ), применения статинов в высоких дозах не было ни в одном случае (см. табл. 4).

Обоснованно предположить, что значение такого врачебного контроля и лекарственной терапии резко снижает эффективность лечения. Пациенты остаются под угрозой высокого риска сердечно-сосудистых осложнений, в том числе инсульта, что предполагает неоправданное увеличение экономических затрат.

ЛИТЕРАТУРА

1. Широков Е.А. Профилактика инсульта: актуальные проблемы и новые тенденции // Российский медицинский журнал. 2013. № 10. С. 466.
2. Оганов Р.Г. Руководство по медицинской профилактике. Под ред. Р.Г. Оганова, Р.А. Хальфина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 464 с.
3. Домашенко М.А., Пирадов М.А. Достижения в лечении ишемического инсульта: вчера, сегодня, завтра // Российский медицинский журнал. 2013. № 30. С. 1514.
4. Суслина З.А., Варакин Ю.Я. Эпидемиологические аспекты изучения инсульта. Время подводить итоги // Анналы клин. и эксперим. неврологии. 2007. Т. 1. № 2. С. 22-28.
5. Программа развития здравоохранения Иркутской области на 2013–2020 годы. Распоряжение Правительства Иркутской области от 30.04.2013 N 182-рп. <http://www.minzdrav-irkutsk.ru>.
6. Протокол ведения больных. Инсульт. ГОСТ Р 52600.5–2008. StandartGOST.ru.
7. Парфенов В.А., Вербицкая С.В. Международные рекомендации по вторичной профилактике ишемического инсульта и их реализация в амбулаторной практике // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2011. № 1. С. 16-21.
8. European Stroke Organisation (ESO) Executive Committee; ESO Writing Committee. Guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack // Cerebrovasc Dis. 2008. Vol. 25. P. 457-507.
9. Amarenco P., Bogousslavsky J., Amarenco P. et al. High-dose atorvastatin after stroke or transient ischemic attack // New Engl. J. Med. 2006. Vol. 355. P. 549-559.
10. Бокерия Л.А., Покровский А.В. Национальные рекомендации по ведению пациентов с заболеваниями брахиоцефальных артерий. Российское общество ангиологов и сосудистых хирургов. Ассоциация сердечно-сосудистых хирургов. Российское научное общество рентгенэндоваскулярных хирургов и интервенционных радиологов. Всероссийское общество кардиологов. Российский согласительный документ. М. 2013. 72 с.
11. Eckstein H.-H., Ringleb P., Allenberg J.-R. et al. Results of the Stent-Protected Angioplasty versus Carotid Endarterectomy (SPACE) study to treat symptomatic stenoses at 2 years: a multinational, prospective, randomised trial // Lancet Neurology DOI:10.1016/S1474-4422(08)70196-0.
12. Yadau J.S., Wholey M.H. et al. for the Stenting end angioplastic witch Protection in Patient at High Risk for Endarterectomy Investingators (SAPPHIRE) et al. // New Engl. J. Med. 2004. Vol. 351. P. 1493-1501.
13. Study to Evaluate the Neuroshield Bare Wire Cerebral Protection System and X-Act Stent in Patients at High Risk for Carot Id Endar Terectom Y (SECURITY) // American College of Cardiology. Mar. 2007. 504-613-2418.
14. Brown M.M., Rogers J., Bland J.M. Endovascular versus surgical treatment in patients with carotid stenosis in the carotid and vertebral artery transluminal angioplasty study (Cavatas): a randomised trial // Lancet. 2001. Vol. 357. № 2. P. 1729-1737.
15. Mas J.L., Chatellier G., Beyssen B. et al. Endarterectomy versus stenting in patients with symptomatic severe carotid stenosis // New Engl. J. Med. 2006. Vol. 355. № 16. P. 1660-1671.

16. Brott T.G., Hobson R.W. II, Howard G. et al. Stenting versus endarterectomy for treatment of carotid-artery stenosis // *New Engl. J. Med.* 2010; Epub ahead of print.
17. Тарабрин А.С. Стентирование сонных артерий – альтернатива каротидной эндактерэктомии. Центр эндоваскулярной и литотрипсии. М., 2013. <http://www.celt.ru>.
18. Осиев А.Г., Редькин Д.А. Стенозы сонных артерий: взгляд интервенционного кардиолога // *Consilium medicum.* 2007. Т. 9. № 2. С. 9-12.
19. Куликов А.Ю. Практические аспекты оценки качества жизни. Доклад на V конгрессе с международным участием «Развитие фармакоэкономики и фармакоэпидемиологии в РФ», 1-2 марта 2011 года, г. Самара.
20. Отраслевой стандарт «Клинико-экономические исследования. Общие положения» 91500.14.0001–2002.
21. С.Р. Гиляревский, В.А. Орлов, Е.Ю. Экономические стратегии лечения в кардиологии. // *Медицина неотложных состояний. Научный обзор.* 2007. Т. 3. № 10.
22. Белоусов Ю.Б., Белоусов Д.Ю., Афанасьева Е.В., Бекетов А.С. Прогнозирование влияния статинов на прямые медицинские затраты при вторичной профилактике у пациентов с высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний // *Качественная клиническая практика.* 2011. № 1. С. 97-115.
23. Ягудина Р.И., Куликов А.Ю., Нгуен Т. Определение «порога общества платить» в России, в Европейских странах и в странах СНГ // *Фармакоэкономика.* 2011. № 1. Т. 4. С. 7-12.
24. Портнягина Е.В., Портнягин А.Ф. Фармакотерапия цереброваскулярного атеротромбоза // *Клин. геронтол.* 2009. Т. 15. № 10-11. С. 46-54.
25. Портнягина Е.В., Портнягин А.Ф. Цели и возможности антиагрегантной терапии в неврологической практике // *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2010. № 2. С. 83-88.
26. Портнягина Е.В., Дарижапов С.Б., Шаристепанова С.Э., Портнягин А.Ф. Сравнительный клинико-экономический анализ каротидного стентирования и эндактерэктомии // *Неврология. Нейропсихиатрия. Психосоматика.* 2012. № 3. С. 41-45.
27. Knight F.W., Yeager R.M., Morris D.M. Cranial nerve injuries during carotid endarterectomy. *Am J Surg.* 1987. Vol. 154. P. 529-532.
28. Schaubert M.D., Fontanelle L.J., Solomon J.W., Hanson T.L. Cranial/cervical nerve dysfunction after carotid endarterectomy // *J. Vasc. Surg.* 1997. Vol. 25. P. 481-487.
29. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в неврологии и нейрохирургии. Руководство для врачей и научных работников. М., 2004. 432 с.
30. Кучеренко С.С. Каротидная эндактерэктомия и каротидное стентирование: взгляд невролога. // *Газета «Новости медицины и фармации».* Неврология – (328), 2010.
31. Thomas G. Brott, M.D., Co-Chair Jonathan L. et al. Guideline on the Management of Patients With Extracranial Carotid and Vertebral Artery Disease // *ASA/ACCF/AHA/AANN/AANS/ACR/ASNR/CNS/SAIP/SCAI/SIR/SNIS/SVM/SVS.* 2011. 60.

Поступила 19.06.2014



КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

УДК 616.832.61

СПИННАЯ СУХОТКА

Ю.В. Елисеев¹, С.В. Котов, А.С. Котов*ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», Москва*

Нейросифилис – заболевание, поражающее центральную нервную систему, возбудителем которого является *Treponema pallidum*. У лиц пожилого возраста преобладают поздние формы нейросифилиса. Спинальная сухотка – медленно прогрессирующее дегенеративное заболевание, поражающее задние столбы и задние корешки спинного мозга. Адекватное лечение нейросифилиса базируется на достижении трепонемоцидной концентрации пенициллина в цереброспинальной жидкости.

Ключевые слова: нейросифилис, спинальная сухотка, клинический случай
Key words: neurosyphilis, tabes dorsalis, case report

По данным 1999 г., сифилисом предположительно страдают около 12 млн людей во всем мире, из них более 90% в развивающихся странах. После значительного снижения заболеваемости в 1940-е годы, связанного с применением пенициллина, с начала 2000-х отмечается рост числа инфицированных, частое сочетание с ВИЧ. Это частично связано с практикой небезопасных гомосексуальных отношений мужчин, ростом беспорядочных половых связей, проституцией и снижением использования презервативов [5–7].

В зависимости от длительности сифилис подразделяется на 4 стадии: первичный (3–90 дней), вторичный (4–10 недель), скрытый (асимптомный), третичный (3–15 лет), выделяют и врожденный сифилис. Третичный сифилис объединяет гуммозный сифилис (15%), поздний нейросифилис (6,5%) и кардиоваскулярный сифилис (10%) [8,11].

Нейросифилис – поражение центральной нервной системы *Treponema pallidum*. Часто на-

блюдается у лиц с длительным нелеченым сифилисом, после 10–20 лет с момента инфицирования, развивается у 25–40% нелеченых больных [4,9].

Нейросифилис принято разделять на ранний (<5 лет) и поздний (>5 лет), также выделяют асимптомный, менинговаскулярный сифилис, спинную сухотку и прогрессивный паралич.

Спинальная сухотка – медленно прогрессирующее дегенеративное поражение задних столбов (демиелинизация) и задних корешков (отечные и фиброзные изменения) спинного мозга. Неврологический дебют формируется из нарушения болевой чувствительности, потери периферических сухожильных рефлексов, поражения вибрационной и позиционной чувствительности и прогрессирующей атаксии [10]. Часто присутствуют тазовые нарушения (недержание мочи) и расстройства половой функции. Табетическая боль или кризы также характерны для больных сифилисом. Простреливающая боль (по типу электрического тока, внезапная, быстро распространяющаяся и исчезающая) часто является ранним симптомом и требует лечения. Тяжелые болезненные кризы возникают на фоне стресса

¹ Елисеев Юрий Вячеславович, МОНИКИ. Тел.: (495) 681-56-10. E-mail: dreliseevru@gmail.com.

или без видимой причины примерно у 90% больных. Висцеральные кризы случаются у 15% больных – мучительная боль в эпигастрии с тошнотой и рвотой.

Внутривенное введение пенициллина – терапия выбора. Ассоциированная боль поддается лечению опиатами, вальпроатами или карбамазепином. Больным может быть назначена лечебная гимнастика для устранения атрофии и слабости. Важно превентивное лечение вступающих в половой контакт с больным сифилисом.

Среди больных сифилисом, наблюдающихся в Московском областном клиническом кожно-венерологическом диспансере, на базе Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М.Ф. Владимирского были 132 больных, 56 мужчин и 76 женщин (средний возраст – $37,4 \pm 1,0$ год) (рис. 1), средняя продолжительность заболевания $5,1 \pm 0,4$ года. Критерий включения – подозрение на нейросифилис. Для его исключения проведены ликворологические обследования. У 51 больного (38 мужчин, 13 женщин) выявлен нейросифилис, средний возраст $43,3 \pm 1,67$ лет, средняя продолжительность заболевания $3,7 \pm 0,5$ года. Гендерный анализ выявил среди больных нейросифилисом статистически достоверное преобладание лиц мужского пола (ОШ = 11,5, 95% ДИ 4,9–26,8, $p < 0,0001$) (рис. 2).

Среди обследуемых обратил на себя внимание больной М. 62 лет, который поступил в неврологическое отделение МОНИКИ по направлению с места жительства для обследования и лечения [1–3].

При поступлении больной предъявлял жалобы на слабость, нарушение чувствительности и атрофию преимущественно в дистальном отделе нижних конечностей, подергивания мышц конечностей, нарушение речи и глотания преимущественно жидкой пищи, сухость во рту, боль при пальпации кожи нижних конечностей, нарушение сна, шум в ушах.

Из анамнеза известно, что пациент болен с сентября 2012 г., когда возникли вышеуказанные жалобы, состояние постепенно прогрессивно ухудшалось, 14 декабря 2012 г. госпитализирован в ГКБ по месту жительства, где в крови обнаружены изменения с признаками активного сифилитического процесса: ИФА IgG 14, 6, РМП 4+, РПГА 4+. Ликвор бесцветный, прозрачный, реакция Панди 2+, белок 0,660 г/л, цитоз 44 (лимфоциты 40, нейтрофилы 4), VDRL 4+, РПГА 4+ 1/20480, РИФ 4+. Проведены: МРТ шейного отдела позвоночника (28.12.12): остеохондроз. Задняя центральная грыжа диска C_6-C_7 4 мм с признаками объемного воздействия на твердую мозговую оболочку; МРТ поясничного отдела поз-

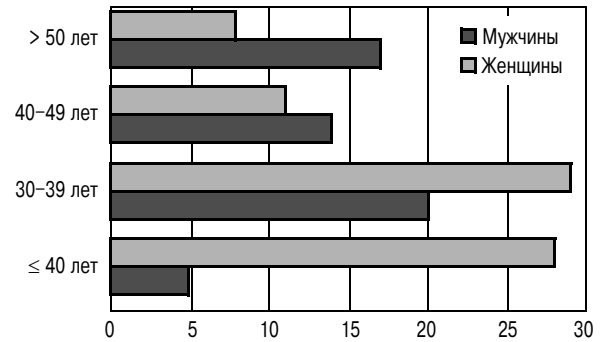


Рис. 1. Распределение больных по полу и возрасту.

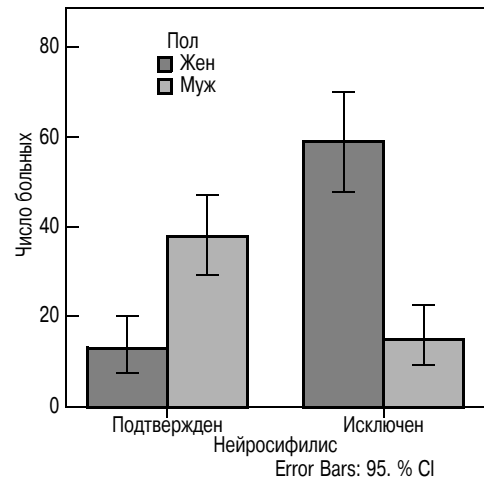


Рис. 2. Число больных мужского и женского пола с подтвержденным или исключенным диагнозом нейросифилиса.

воночника: задняя центральная грыжа диска $L_{IV}-L_V$ 6 мм с признаком компрессии твердой мозговой оболочки, МРТ грудного отдела позвоночника: остеохондроз, МРТ головного мозга: без патологии. Лечение – пенициллинотерапия 24 000 000 ЕД № 20.

Дополнительно проведены: эхокардиография (01.02.13): Камеры сердца не расширены. Глобальная и локальная сократимость миокарда левого желудочка не нарушена. Нарушение диастолической функции миокарда по 1-му типу. Гипертрофия миокарда левого желудочка концентрическая (легкой степени). Изменения корня, восходящих отделов аорты, аортального клапана, электронейромиограмма (30.01.13): признаки аксонально-демиелинизирующей полиневропатии с преимущественным поражением нижних конечностей. Признаки аксонально-го поражения подмышечного нерва справа.

Состояние прогрессивно ухудшалось, в апреле присоединились нарушения речи и глотания. Передвигался на коляске с января 2013 г. Больной госпитализирован для обследования и лечения в неврологическое отделение МОНИКИ.

В соматическом статусе отмечались признаки дыхательной недостаточности, вовлечение в акт дыхания

вспомогательной мускулатуры. АД 145/90 мм рт. ст., ЧСС = 70/мин.

Неврологический статус: сознание ясное. Менингеальных и общемозговых симптомов нет. Черепные нервы: глазные щели D = S. Движения глазных яблок в полном объеме. Фотореакция снижена, D = S. Зрачки округлые, D = S. Акт конвергенции снижен. Нистагма нет. Лицо симметричное. Язык по срединной линии, мягкое небо фонировано. Дисфагия. Дисфония. Дизартрия. Объем активных движений в конечностях ограничен. Пассивные движения не ограничены. Сила мышц рук D = 3, S = 2 балла, ног проксимально D = S = 1 балл, дистально D = S = 1 балл. Отмечаются периодические фасцикуляции в мышцах конечностей. Диффузная мышечная атрофия. Мышечный тонус резко снижен, переразгибание в суставах. Сухожильные рефлексы: на руках D < S, живые; коленные D = S, низкие; ахилловы отсутствуют. Поверхностные и патологические рефлексы отсутствуют. Пальценосовую и пяточколенную пробы не выполняет из-за слабости в мышцах конечностей. Поверхностная чувствительность сохранена, тактильная аллодиния в дистальном отделе нижних конечностей, вибрационная чувствительность в верхних конечностях 6–7 баллов, в нижних – 5–6 баллов, суставно-мышечное чувство снижено больше в нижних конечностях. Внимание, мышление и память не нарушены.

Лабораторные данные: резко положительные трепонемные и нетрепонемные тесты крови указывали на наличие острой сифилитической инфекции. В общем анализе крови признаки воспалительного процесса в виде лейкоцитоза более $9 \cdot 10^3$ /мл и повышения СОЭ до 60 мм/ч. В биохимическом анализе крови гипопротейнемия (52 г/л) и гипоальбуминемия (25 г/л). На обзорной рентгенографии грудной клетки в нижних отделах правого легкого выявлена линейная тень с четкими контурами, которая расценена как дисковидный ателектаз, вероятно, аспирационного генеза. РКТ головного мозга – без признаков очагового поражения. Назначен внутривенный курс пенициллинотерапии в дозировке 20 000 000 ЕД./сут. По данным ЭКГ, на 7-й день пребывания в стационаре появились признаки инфаркта миокарда, что потребовало перевода в реанимационное отделение и коррекции лечения. Нарастающие бульбарные расстройства и дыхательная недостаточность явились показанием для протезирования дыхательной функции. На 4-й день пребывания в реанимационном отделении диагностирована двусторонняя деструктивная пневмония. Несмотря на проводимое лечение, у больного сохранялись бульбарные нарушения, парез конечностей и дыхательной мускулатуры. Через 3 недели больной М. умер от инфекционно-токсического шока на фоне двусторонней пневмонии.

Данный клинический случай показывает, что третичный нейросифилис в настоящее время не является экзотическим. Неэффективная терапия в ранних стадиях приводит к развитию классических проявлений болезни и ее прогрессированию. При этом врачи забывают о таких нозологических формах, которые в 80–90 годы прошлого века не наблюдались, а терапия в поздних стадиях заболевания может оказаться неэффективной, что подчеркивает важность ранней диагностики и лечения сифилиса, а при наличии показаний – исследование цереброспинальной жидкости для выявления нейросифилиса и его эффективной антибактериальной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Верещагина Е.В., Кель Н.В., Лобанов Д.А., Горяинов А.Д., Исакова Е.В., Котов С.В. Стратификация риска инсульта у лиц группы риска // *Клин. геронтол.* 2012. Т. 18. № 5-6. С. 15-19.
2. Елисеев Ю.В. Нейросифилис у лиц пожилого возраста // *Клин. геронтол.* 2012. Т. 20. № 11-12. С. 15-19.
3. Котов С.В., Исакова Е.В. Клинико-экономический анализ ведения больных инсультом в стационарах Московской области // *Неврологический журнал.* № 4. 2008. Т. 13. С. 51-53.
4. A.D.A.M. Medical Encyclopedia. Neurosyphilis. October 6, 2012.
5. Coffin L.S., Newberry A., Hagan H., Cleland C.M., Des Jarlais D.C., Perlman D.C. Syphilis in drug users in low and middle income countries. *Int. J. Drug Policy.* 2010 Jan; 21 (1): 20-7. doi: 10.1016/j.drugpo.2009.02.008. Epub. 2009. Apr. 9.
6. Gao L., Zhang L., Jin Q. Meta-analysis: prevalence of HIV infection and syphilis among MSM in China. *Sex Transm Infect.* 2009 Sep; 85 (5): 354-8. doi: 10.1136/sti.2008.034702. Epub. 2009. Apr 6.
7. Karp G.I., Schlaeffer F., Jotkowitz A., Riesenberk K. Syphilis and HIV co-infection. *Eur. J. Intern. Med.* 2009 Jan; 20 (1): 9–13. doi: 10.1016/j.ejim.2008.04.002. Epub. 2008. Jun 20.
8. Kent M.E., Romanelli F. Reexamining syphilis: an update on epidemiology, clinical manifestations, and management. *Ann Pharmacother.* 2008 Feb; 42 (2): 226-36. doi: 10.1345/aph.1K086. Epub. 2008 Jan 22.
9. Mehrabian S., Raycheva M., Traykova M., Stankova T., Penev L., Grigorova O., Traykov L. Neurosyphilis with dementia and bilateral hippocampal atrophy on brain magnetic resonance imaging. *BMC Neurol.* 2012. Sep 20; 12:96. doi: 10.1186/1471-2377-12-96.
10. Schotanus M.L., Dorleijn D.M., Hosman A.J., Huits R.M., Koopmans P.P., Galama J.M. A patient with multifocal tabetic arthropathy: a case report and review of literature. *Sex Transm Dis.* 2013 Mar; 40 (3): 251-7. doi: 10.1097/OLQ.0b013e31827df2c6.
11. Stamm L.V. Global challenge of antibiotic-resistant *Treponema pallidum*. *Antimicrob Agents Chemother.* 2010 Feb; 54 (2): 583-9. doi: 10.1128/AAC.01095-09. Epub. 2009 Oct 5.

Поступила 28.03.2014

УДК 616.31:613.1/7:612.67

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ОРГАНИЗМА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ПРОЯВЛЕНИЯМИ БОЛЕВОЙ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

В.В. Бабич¹, А.К. Иорданишвили², Г.А. Рыжак¹

*Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии,
Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург*

Обследованы 80 пациентов с дисфункцией височно-нижнечелюстных суставов: опрос с заполнением визуальной аналоговой шкалы болевой реакции, гнатодинамометрия. По прошествии 4–5 мес после лечения отмечено увеличение значений в 1,7 раза у пациентов группы исследования по сравнению с группой контроля. Рекомендованный комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий помогает избежать осложнений во время предварительной шинотерапии и последующего ортопедического лечения и добиться стойкого клинического эффекта от проводимого лечения.

Ключевые слова: височно-нижнечелюстной сустав, болевая симптоматика

Key words: temporomandibular joint dysfunction, pain symptom

По мнению ряда авторов, утрата зубов у лиц пожилого и старческого возраста ведет к значительным нарушениям функции зубочелюстной системы [5,6].

Возрастные изменения в височно-нижнечелюстных суставах имеют некоторые особенности. С возрастом происходит дистрофический процесс в суставном диске, что может приводить к его склерозированию и истончению [3,6]. Некоторые авторы в диагностике патологии височно-нижнечелюстных суставов (далее суставов) значительное внимание уделяют характеру подвиж-

ности нижней челюсти и степени открывания рта [3,6,7]. А функциональные нарушения в зубочелюстном аппарате у лиц пожилого и старческого возраста связаны как со стираемостью зубов, их потерей, так и с изменениями в височно-нижнечелюстных суставах [3].

При адекватной диагностике и лечении дисфункции суставов нерешенным остается достижение стабильного клинического эффекта (снижения болевой симптоматики). Используемый в данной работе системный подход, на наш взгляд, позволяет приблизиться к решению проблемы. Гнатодинамометрия помогает диагностировать дисфункцию суставов и дифференцировать ее от клинических симптомов остеохондроза позво-

¹ Бабич В.В., С.-Петербургский ин-т биорегуляции и геронтологии. E-mail: vavvlbabich@yandex.ru/.

ночника: при наличии дисфункции усилие сжатия уменьшается в 2 раза по сравнению с нормой и составляет около 50 Н [4]. При выраженной болевой симптоматике, сопровождающей дисфункцию суставов, показатели гнатодинамометрии во фронтальном участке зубных рядов значительно меньше (10–20 Н). Среди пациентов с этой дисфункцией имеются больные пожилого и старческого возраста, у которых, несмотря на весь объем оказанной медицинской помощи, отмечается манифестация болевой симптоматики дисфункции. У лиц пожилого и старческого возраста синтез костных пластинок происходит значительно медленнее, при этом старческой атрофии предшествуют структурные изменения остеон и трабекул [8]. Установлена взаимосвязь между остеопорозом системного характера у женщин в постменопаузе и резорбцией костной ткани челюстных костей после множественной экстракции зубов, а также взаимосвязь состояния эндокринной системы и дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, которая значительно чаще встречается у женщин [2,5].

Термин «функциональное состояние организма» характеризует адаптационно-приспособительный потенциал человека [1], предложена и классификация функциональных состояний организма: норма (оптимум), снижение, резкое снижение. Комплексная оценка состояния зубочелюстного аппарата и функционального состояния организма необходима для определения механизма развития дисфункции и объема и тактики лечебных мероприятий прежде всего у данного контингента стоматологических больных с дисфункцией суставов.

Цель исследования: сравнить степень реабилитации больных пожилого и старческого возраста с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава при врачебном вмешательстве разного объема.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В период с 2007 по 2012 год обследованы и пролечены 80 больных с дисфункцией височно-нижнечелюстных суставов (65 женщин и 15 мужчин) в возрасте 60–80 лет. Пациентам из группы исследования ($n = 40$) проведено ортопедическое лечение с помощью шины, стабилизирующей нижнюю челюсть в положении центральной окклюзии, а также специфическое нестоматологическое лечение (с привле-

чением других специалистов по показаниям). В данной группе диагностика проведена исходно и через 4–5 мес после комплексного лечения.

Из пациентов с выявленными симптомами дисфункции височно-нижнечелюстных суставов, которым было проведено стоматологическое лечение по показаниям, сформирована группа контроля ($n = 40$). Диагностика в данной группе пациентов проведена только через 4–5 мес после стоматологического (ортопедического) лечения по показаниям. Протокол стандартного стоматологического (ортопедического) лечения по показаниям был одинаковым для пациентов обеих групп (съёмные и (или) несъёмные ортопедические конструкции). Всем обследуемым была проведена гнатодинамометрия (регистрация усилия сжатия челюстей во фронтальном отделе). Показания прибора выражают мышечную силу давления на зубы в ньютонах (Н). При регистрации показателя усилия сжатия в группе фронтальных зубов менее 50 Н диагностировали дисфункцию височно-нижнечелюстных суставов. Дополнительно для оценки гомеостаза (параметров вегетативной регуляции) у больных анализировали вариабельность сердечного ритма.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Симптомы дисфункции суставов (преимущественно болевая симптоматика) по данным анамнеза у больных группы исследования сопоставимы в процентном соотношении с группой контроля, $p > 0,05$ (χ^2 , точный метод Фишера).

Статистически определяется взаимосвязь между функциональным состоянием организма и выраженностью соматического отягощения (суммарная балльная нагрузка сопутствующей патологии по данным анамнеза). Наибольшая выраженность соматического отягощения выявлена у больных с резко сниженным функциональным состоянием организма, ($p < 0,05$, с использованием критериев Манна-Уитни, Крускала-Уоллеса, медианного χ^2 , χ^2 , ANOVA).

Признаки дисфункции суставов по данным анамнеза

Признаки	Группа контроля ($n = 40$)	Группа исследования ($n = 40$)
Боль, n , %	27 (68,33)	26 (65,20)
Ограничение открывания рта, n , %	11 (28,33)	14 (35,08)
Шум в ВНЧС при движении нижней челюсти, n , %	15 (36,67)	17 (42,10)

Среди сопутствующей патологии, по данным анамнеза, наиболее часто встречаются: гипотиреоз (50%); заболевания опорно-двигательного аппарата – остеохондроз (40% – группа контроля, 38% – группа исследования); заболевания желудочно-кишечного тракта – гастродуоденит, язвенная болезнь (24% – группа контроля, 20% – группа исследования); сердечно-сосудистая патология – гипертоническая болезнь (23% – группа контроля, 27% – группа исследования). Отсутствие хронической патологии, по данным анамнеза, отмечено у 12% пациентов в группе контроля и у 11% – в группе исследования.

По данным гнатодинамометрии (регистрация сжатия челюстей во фронтальном участке) до лечения и через 5 мес после лечения, выявлены достоверные различия в группе исследования (показатели в 1,7 раза выше по сравнению с группой контроля). Уровень статистической достоверности показателей в группе исследования: ANOVA ($p < 0,0001$), критерий Манна-Уитни ($p < 0,0001$), критерий Колмогорова-Смирнова ($p < 0,001$).

Достоверное увеличение показателей гнатодинамометрии во фронтальном отделе свидетельствует о нормализации функционального состояния суставов у больных в группе исследования.

У большинства пациентов с дисфункцией суставов, – у женщин 60–80 лет, ведущим симптомом является боль в области суставов. Оценка исходного состояния зубочелюстного аппарата по данным электромиографии и гнатодинамометрии свидетельствует, что дисфункции суставов сопутствуют изменения параметров функциональной активности зубочелюстного аппарата. У большинства пациентов имеются сопутствующие заболевания, преимущественно гипотиреоз и остеохондроз, сердечно-сосудистые заболевания (гипертоническая болезнь). Функциональное состояние организма больных с дисфункцией суставов, по данным комплексной оценки (вариабельность сердечного ритма, спектрофотометрия гемолизата крови и данные анамнеза) исходно характеризовалось преимущественно сниже-

нием (61,4%) и резким снижением (29,82%); группа функционального оптимума составила всего 8,77%.

ВЫВОДЫ

1. Оптимизированное лечение (с учетом функционального состояния организма) обеспечивает максимально возможную степень купирования болевой симптоматики у больных с дисфункцией височно-нижнечелюстных суставов пожилого и старческого возраста.

2. При сниженном функциональном состоянии организма больные лучше адаптируются к стоматологическому лечению и ортопедическим конструкциям в случае наблюдения и лечения у других специалистов по показаниям.

ЛИТЕРАТУРЫ

1. Баевский Р.М., Берсенева А.П. Оценка адаптационных возможностей организма и риск развития заболеваний. М.: Медицина, 1997. 265 с.
2. Писаревский Ю.Л., Белокриницкая Т.Е., Хышиктуев Б.С. Роль гормональной коррекции в комплексном лечении болевого синдрома дисфункции височно-нижнечелюстного сустава у женщин // Стоматология. 2002. Т. 81. № 3. С. 33-38.
3. Солдатова Л.Н. Возрастные особенности патологии височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц: дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2011. 184 с.
4. Цимбалитов А.В., Миняева В.А., Войтяцкая И.В. и соавт. Практические рекомендации по работе с гнатодинамометром «Визир»: Методические рекомендации. СПб., 1994. 25 с.
5. Dao T.T., Lavigne G.J. Oral splints: the crutches for temporomandibular disorders bruxism? // Crit. Rev. Oral. Biol. Med. 1998. Vol. 9. № 3. P. 345-361.
6. Gerdin E.W., Einarson S., Jonsson M. et al. Impact of dry mouth conditions on oral health-related quality of life in older people. // Gerodontology. 2005. Vol. 22. № 4. P. 219-226.
7. Wysokinska-Miszczuk J. [Health of the stomatognathic system in old people] // Wiad. Lek. 1989. Vol. 42. № 10. P. 636-640 [польск.].
8. Heinonen A., Kannus P., Sievanen H. et al. Randomised controlled trial of effect of high-impact exercise on selected risk factors for osteoporotic fractures // Lancet. 1996. Vol. 348. № 9038. P. 1343-1347.

Поступила 28.04.2014

АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ БАЗАЛЬНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ МЕТОДОМ БФР-ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 50 ЛЕТ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ

Т.В. Казанцева¹, Е.Г. Люлякина², Ю.В. Чижов³, Н.А. Комиссарова

*Кафедра-клиника стоматологии ИПО КрасГМУ
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого,
Красноярский краевой клинический онкологический диспансер
им. А.И. Крыжановского*

Ретроспективно проанализировано лечение 2603 пациентов с базально-клеточным раком кожи близкофокусной рентгенотерапией по данным Красноярского краевого онкологического диспансера. Основную группу пациентов составляли лица 70 лет и старше (1777). Женщин было в 2,1 раза больше, чем мужчин. Сочетание клинических форм чаще отмечено у женщин 65–70 лет в сельской местности, а из клинических форм наиболее часто – язвенная форма (26,3%).

Ключевые слова: базально-клеточный рак кожи, близкофокусная рентгенотерапия, гендерно-возрастной аспект, Красноярский край
Key words: cell skin cancer, blizkofokusnaa radiation therapy, gender and age dimension, Krasnoyarsk krai

Базально-клеточный рак (БКР) кожи в течение последних лет занимает лидирующие позиции. Рост заболеваемости характеризуется рецидивирующим течением, косметическими дефек-

тами и как следствие снижением качества жизни пациентов [1–4]. В структуре онкологической заболеваемости в России этот рак находится на 2–3-м месте, составляя 10–12 % всех злокачественных опухолей [3,5]. Заболевание может возникнуть в любом возрасте, однако чаще встречается у лиц старше 50 лет. В 80% случаев поражает кожу лица и шеи.

Одним из эффективных методов лечения базалиом в области кожи лица является лучевая терапия – близкофокусная рентгенотерапия – метод выбора, обеспечивающий не только выздоровление пациента, но и хороший косметический эффект. Близкофокусная рентгенотерапия применяется в ранней стадии опухолевого процесса

¹ Казанцева Тамара Владимировна, канд. мед. наук, доцент кафедры-клиники стоматологии ИПО КрасГМУ. Тел.: 8 (391) 240-29-93.

² Люлякина Елена Григорьевна, канд. мед. наук, доцент кафедры-клиники терапевтической стоматологии КрасГМУ, м.т. 8 (391) 209-67-57. E-mail: lyulyakina@yandex.com.

³ Чижов Юрий Васильевич, д-р мед. наук, профессор, зав. курсом ортопедической стоматологии кафедры-клиники стоматологии ИПО КрасГМУ, м.т. 8-902-927-38-60.

Распределение больных с учетом пола и возраста

Год	Пол	Всего	Возраст, годы				Всего <i>n</i> , %
			50–59	60–69	70–79	80 и старше	
2008	м	174	37	43	75	19	522 (20,1)
	ж	348	78	88	130	52	
2009	м	160	36	39	65	20	482 (18,5)
	ж	322	69	76	131	46	
2010	м	154	46	31	60	17	507 (19,5)
	ж	353	69	110	112	62	
2011	м	164	29	29	69	37	495 (19,0)
	ж	331	60	61	142	68	
2012	м	190	35	44	82	29	597 (22,9)
	ж	407	53	105	162	87	
Итого	м	842	221	228	435	142	2603 (100)
	ж	1761	415	532	822	378	

как самостоятельный метод или как компонент комбинированного лечения (операция + БФР) – при распространенных поражениях кожи. Данный метод отличается простотой, удобством, высокой эффективностью и экономичностью и является одним из основных в лечении данной патологии в Красноярском онкологическом диспансере.

Цель исследования – изучить заболеваемость и лечение базально-клеточного рака кожи близкофокусной терапией пациентов старше 50 лет в Красноярском краевом клиническом онкологическом диспансере.

В исследуемый период с 2008–2012 гг. проанализировано лечение 2603 пациентов близкофокусной рентгенотерапией в одном из крупнейших регионов России – Красноярском крае (табл. 1). Диагноз базально-клеточного рака кожи у всех пациентов верифицирован морфологическими методами: у 92% больных – цитологическим, у 8% – гистологическим и цитологическим.

Максимальные показатели наличия данной патологии зарегистрированы в возрастной группе 70 лет и старше (56,3%). Средний возраст пациентов $68,8 \pm 3,9$ года, средний возраст мужчин – $67,4 \pm 3,6$ года, женщин – $71,1 \pm 3,8$ года. Отмечена существенная разница в оказываемом лечении базально-клеточного рака кожи лицам женского пола ($n = 1761$, 67,7%). Динамика

характеризуется ежегодной тенденцией к увеличению.

Данные о частоте клинических форм заболевания в разных регионах различаются [4–6]. Данный рак кожи обычно распространяется неравномерно по всем направлениям и, как правило, с ростом опухоли происходит ее некротизация – у большинства наших пациентов это дефекты кожных покровов в виде язв ($n = 687$, 26,3%). Далее ретроспективный анализ амбулаторных карт пациентов с базальноклеточным раком кожи выявил мелкоузловую форму у 568 (21,8%), а узловую у 572 (21,9%) пациентов. Такие формы, как рубцово-атрофическая ($n = 19$, 0,7%),

Таблица 2

Клинические формы базально-клеточного рака кожи

Форма	%
Язвенная	26,3
Мелкоузловая	21,8
Узловая	21,9
Поверхностная	13,8
Язвенно-узловая	12,7
Язвенно-инфильтративная	1,8
Рубцово-атрофическая	0,7
Пигментная	0,6
Диффузно-инфильтративная	0,4

Таблица 3

Локализация рака

Локализация	%
Лицо, шея, волосистая часть головы	60,2
Нос	34,9
Ушная раковина	2,4
Туловище	1,9
Конечности	0,6

пигментная ($n = 16, 0,6\%$), диффузно-инфильтративная ($n = 11, 0,4\%$) встречаются очень редко (табл. 2). У больных с первичным канцероматозом кожи старше 50 лет имеются несколько его клинических форм. Их сочетание, по нашим исследованиям, чаще наблюдается у лиц женского пола старше 65–70 лет, проживающих в сельской местности.

Факторами, провоцирующими развитие базально-клеточного рака, являются чрезмерная инсоляция, УФ-облучение, хроническая травматизация и действие канцерогенов [4,6]. Основная локализация этого рака (97,5 %) – лицо, шея, волосистая часть головы, реже туловище и конечности (табл. 3). При этом базалиома в 34,9% случаев локализовалась на крыльях носа и носогубных складках (зоны эмбриональных линий соединения лицевых складок), у нескольких пациентов – на кончике носа, у 2,4% – на ушных раковинах.

Гистологическая картина базально-клеточного рака кожи характеризовалась, как правило, многообразием структур и различной степенью клеточной дифференцировки.

ВЫВОДЫ

Основную возрастную группу пациентов с базально-клеточным раком кожи с применением близкофокусной рентгенотерапии в Красноярском крае составляют лица 70 лет и старше (68,2%). Женщин было в 2,1 раза больше, чем мужчин. Наиболее частая локализация рака кожи (95,1%) – это лицо, шея, волосистая часть головы, нос.

Из большого многообразия клинических форм болезни наиболее часто встречается язвенная форма (26,3%).

ЛИТЕРАТУРА

1. Волгин В.В., Соколова Т.И. // Врач. 2009. № 2. С. 6-9.
2. Молочков В.А., Снарская Е.С., Поляков П.Ю. и др. // Рос. журн. кож. и вен. бол. 2005. № 6. С. 4-9.
3. Седова Т.Г., Елькин В.Д., Казанцева И.А. // Рос. журн. кож. и вен. бол. 2010. № 2. С. 11-14.
4. Снарская Е.С., Борисова А.И., Чанглин К.А. // Рос. журн. кож. и вен. бол. 2011. № 4. С. 13-18.
5. Рукша Т.Г., Аксененко М.Б., Гырылова С.Н. // Орган. здравоохран. 2010. № 4. С. 1-6.
6. Damin D.C., Rosito M.A., Gus P. et al. // J. Cutan. Med. Surg. 2002. Vol. 6. № 1. P. 26-28.

Поступила 24.03.2014

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ЭРОЗИВНОЙ ФОРМОЙ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ ПОЛОСТИ РТА

Е.Г. Люлякина¹, Т.В. Казанцева², Ю.В. Чижов³

Красноярский государственный медицинский университет

Проведено исследование распространенности, курабельности, возможностей реабилитации пациентов пожилого возраста с эрозивной формой красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта. Учет возрастных особенностей и неблагоприятных факторов развития болезни позволил разработать эффективную схему реабилитации: стоматологическую помощь, лекарственную терапию, общеоздоровительные меры. Выздоровление наступило в 12,9% случаев, улучшение – в 35%, увеличился период ремиссии – в 16,1%, малигнизация наблюдалась в 6,5% случаев. Отдаленные результаты оценивались визуально.

Ключевые слова: красный плоский лишай полости рта, лечение, реабилитация, пожилой возраст
Key words: red flat deprive oral, cavities, treatment, rehabilitation

Красный плоский лишай – одна из форм лейкокератоза полости рта (МКБ-10 L43.8). Проявления красного плоского лишая в полости рта – частая патология у лиц пожилого и старческого возраста. Нарушение трофических процессов в слизистой оболочке полости рта сопровождаются акантозом и дискератозом со слущиванием эпителиальных пластов, эрозированием, изъязвлением [2,5].

¹ Люлякина Елена Григорьевна, канд. мед. наук, доцент кафедры-клиники терапевтической стоматологии КрасГМУ, м.т. 8 (391)-209-67-57, lyulyakina@yandex.com.

² Казанцева Тамара Владимировна, канд. мед. наук, доцент кафедры-клиники соматологии ИПО КрасГМУ, м.т. 8 (391) 240-29-93.

³ Чижов Юрий Васильевич, д-р мед. наук, профессор, заведующий курсом ортопедической стоматологии кафедры-клиники стоматологии ИПО КрасГМУ, м.т. 8(902)927-38-60.

Клинически заболевание проявляется болью в покое, при приеме пищи, разговоре, невозможностью пользоваться съемными зубными протезами. При осмотре – различные по локализации, протяженности, глубине дефекты слизистой оболочки на фоне воспаления и отека, региональный лимфаденит. Заболевание протекает хронически с ремиссиями и обострениями на протяжении десятилетий с тенденцией к распространению по полости рта, превращению ороговевших папул в бляшки и разрастания – веррукоз или, наоборот, эрозированию и изъязвлению. Длительное воспаление с аутоиммунным компонентом приводит к стойкому эрозированию, которое сохраняется от нескольких месяцев до нескольких лет, толерантно к симптоматическому лечению, приводит к атрофическим и рубцовым изменениям слизистой оболочки полости рта, малигнизируется в 1,5–7% случаев. Постоянное страдание оказывает сильное влияние на

психоэмоциональную сферу и соматическое здоровье, ограничивает возможности к общению, снижает качество жизни пожилого человека. Кратковременный эффект фармакотерапии требует комплексного подхода к лечению заболевания [3].

Цель исследования – анализ распространенности, курабельности, возможности реабилитации пациентов с эрозивной формой красного плоского лишая полости рта у лиц пожилого и старческого возраста.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

На базе КГБУЗ ККБ и краевого онкологического диспансера 62 пациентам пенсионного возраста (8 мужчин, 54 женщины) после первичной диагностики заболевания провели обследование, ле-



Рис. 1. Женщина, 64 года, с гипертонией, бронхиальной астмой.

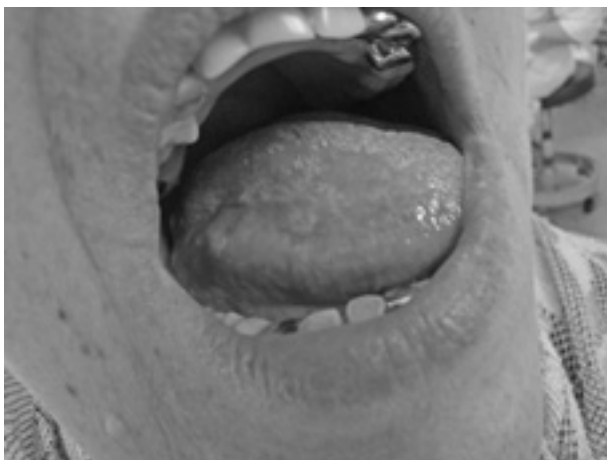


Рис. 2. Мужчина, 72 года, озлокачествленный красный плоский лишай.



Рис. 3. Женщина, 58 лет, эрозивная форма красного плоского лишая, осложненная папилломатозом.

чение, наблюдение за течением эрозивной формы красного плоского лишая полости рта. С разрешения пациентов провели фотографирование полости рта в процессе лечения (рис. 1, 2, 3).

Полученные результаты обработали статистически стандартным пакетом программ.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Факторы, часто способствовавшие развитию заболевания:

- высшая нервная деятельность: интровертированность – 100%, психастения, хроническое утомление – 40%, постоянный контакт с тяжело больными родственниками – 25%;

- желудочно-кишечный тракт: дисбиоз и дисбактериоз полости рта и кишечника, энтероколит (синдром раздраженного кишечника), склонность к запору – 100%;

- эндокринная система: нарушение гормонального статуса, сахарный диабет – 25%;

- сердечно-сосудистая система: гипертоническая болезнь, перманентная гипотензивная терапия – 85%;

- полость рта: снижение саливации, разнородность металлов зубных протезов (гальваноз), хроническая травматизация слизистой оболочки рта острыми краями зубов, шероховатыми пломбами, зубными отложениями, высокий титр микроорганизмов в слюне, особенно стрепто- и стафилококков, кишечной палочки, дрожжеподобных (род *Candida*), дрожжевых и плесневых грибов – 75%, у 2 пациентов в крови обнаружили антитела к вирусу папилломы человека.

Таблица 1
Распространенность элементов
красного плоского лишая
(n = 31)

Локализация	Папулы	Эрозии и язвы	Бляшки	Рубцовая атрофия	Папиллома, папилломатоз
Ретромолярное пространство, щеки, n, %	40 (64,6)	46 (74,2)	4 (6,5)	8 (12,9)	
Губы, n, %	4 (6,5)	24 (38,7)	4 (6,5)	4 (6,5)	
Язык, n, %	12 (19,4)	30 (48,4)	8 (12,9)	4 (6,5)	2 (3,3)
Дно полости рта, n, %	8 (25,8)	21 (67,7)	3 (9,7)	4 (12,9)	2 (3,3)
Десна, n, %	8 (12,9)	28 (12,9)	8 (12,9)	4 (6,5)	

Клинические проявления красного плоского лишая полости рта в табл. 1, 2.

С каждым пациентом проводили разъяснительную беседу о причинах заболевания, необходимости соблюдать схему лечения и оздоровления, формировали мотивацию на длительное взаимодействие. Схема лечения включала стоматологическое и общесоматическое лечение, оздоровительные и реабилитационные мероприятия. Пренебрежение любым аспектом лечения приводило к резкому снижению его эффективности. Для ограничения повреждающего воздействия на ослабленную слизистую оболочку полости рта рекомендовали отказ от курения, приема алкоголя и газированных напитков, острой и кислой пи-

щи, продуктов длительного хранения, содержащих консерванты и антиокислители, устранение травмирующих факторов в полости рта, режим питания, труда и отдыха.

Стоматологическое лечение включало санацию зубов, удаление зубных отложений и тщательную полировку поверхности коронок и корней зубов, сглаживание острых и зазубренных краев зубов, шероховатых пломб или их замену, протезирование или перепротезирование с восстановлением высоты прикуса, стимуляцию слюноотделения, отказ от раздражающих зубных паст, антисептиков для зубных протезов.

Общездоровительные мероприятия включали диетотерапию на протяжении 1,5–6 мес (преимущественно растительно-кисломолочное натуральное питание с ограничением поваренной соли, горячей, кислой, острой пищи, мясо-костного бульона, копчений, консервов и пресервов, кондитерских изделий), введение в рацион питания продуктов, богатых ретинолом и каротиноидами, а также с повышенным содержанием цинка, способствующим эпителизации. Пациентам рекомендовали вводить в рацион питания снятое натуральное молоко (пресное после кипячения и/или заквашенное порошком или закваской «Наринэ»), начиная с 50 мл на 200 мл воды и доведя до 0,5 л в сутки, творог 150–200 г, ограничение сливок или сметаны до 15–25 мл в сутки, протертые морковь и тыкву, сырые, запеченные или приготовленные на пару, в супах – до 350 г в сутки, курагу, инжир, 1–2 пророщенных ореха (миндаль, грецкий, фундук) в сутки. Для коррекции содержания витамина РР (никотиновой кислоты) и тиамин в пищу вводили отруби (1 ч. л. в овощные и крупяные блюда).

Таблица 2

Состояние полости рта у пациентов

Клинические проявления	Жжение, стягивание	Боль	Сухость во рту (ксеростомия)	Повышение саливации (тягучая слюна)	Лимфаденит	Малигнизация
Эрозии, язвы, %	100	100	85	15	13	6,5
Папулы и бляшки, %	100	–	40	60	–	–
Рубцовая атрофия, %	100	–	50	50	–	–
Трещины красной каймы губ, уздечек, %	16	84	–	–	–	–
Папилломы, папилломатоз	–	После прикусывания	–	–	–	–

Для улучшения общего самочувствия, углубления ночного сна и отвлечения от страдания в зависимости от возраста и физического состояния пожилым и престарелым людям рекомендовали легкую или умеренную физическую нагрузку, через 45–50 мин дозированную по 5–10 мин с отдыхом после 2–3 упражнений в положении лежа на спине или животе, сидя на стуле с упором на стол, стоя с упором на стол в виде движений в суставах, наклонах корпуса, ходьбы на месте, прогулок.

Оздоровительный эффект режима дня, регуляции водно-солевого и витаминного баланса, растительно-кисломолочной диеты, дозированной легкой или умеренной физической нагрузки благотворно сказывался на психоэмоциональной сфере пациентов, повышал мотивацию к лечению, способствовал восстановлению трофики слизистой оболочки полости рта.

Фармакотерапия носила патогенетический и симптоматический характер:

- для восстановления водно-солевого обмена и слюноотделения назначали от 1,5 (пожилые женщины) до 2,5 л (мужчины) воды в сутки в первую половину дня в виде несладких ягодных морсов, отваров слюногонных лекарственных растений (корневище солодки, корень алтея, трава термопсиса и др.), заквашенное пребиотиком или кипяченое молоко в разведении 1:5, 1:3;

- для коррекции витаминного баланса (парентерально: мильгамма, кокарбоксилаза; внутрь – ферроплексе, ангиовит, масл. р-р ретинола ацетата 3,44%, токоферола ацетата 30% по 10 капель 2 раза в день 10 сут (повторно через месяц), всего 1–2 курса. Никотиновую кислоту назначали как в таблетках, так и в инъекциях осторожно с 1/4 терапевтической дозы с постепенным увеличением на протяжении 20 суток;

- при повышенной микробной обсемененности назначали антисептические ротовые ванночки (гексорал, гексализ, ингалипт, тантум-верде, стоматофит, малавит, мирамистин и др.);

- для восстановления микробного пейзажа полости рта и кишечника назначали пробиотики (наринэ, нормобакт, линекс);

- средства для регенерации и эпителизации слизистой оболочки (метрогил дента – гель для десен, холисал, левомеколь, 5% метилурациловая

мазь, винилин, хитозановый гель, солкосерил-гель, растительные масла), кератолитики (присыпка порошком борной кислоты ороговевших бляшек на 2–3 мин с последующим ополаскиванием).

При выраженном воспалении по периферии эрозии или изъязвлении назначали «Бисептол-480» по 1 табл. 1–2 раза в сутки 10–14 дней. Широко рекомендуемые современные противомаларийные препараты плохо переносились пациентами, так прием плаквенила сопровождался судорогами икроножных мышц у 2 человек (6,5%), болью в области печени – у 12 человек (36,3%).

Результат лечения оценивали по самочувствию, снижению или исчезновению жалоб, клинической картине: восстановление цвета, формы, текстуры слизистой оболочки полости рта, особенно щек в ретромолярном пространстве и спинки языка, снижению бактериальной обсемененности по результатам бактериологического исследования с 10^{7-9} до 10^{4-5} , восстановлению микробного пейзажа полости рта.

Выздоровление (заживление эрозий, исчезновение папул, легкая рубцовая атрофия на месте язв) отмечено у 8 женщин (12,9%), строго соблюдавших оздоровительные рекомендации и последовательность обработки слизистой оболочки полости рта.

Отдаленный положительный результат лечения (отсутствие эрозий, уплощение папул, уменьшение площади поражения) удалось проследить в 55% случаев, в 29% из них пациенты выполняли не все рекомендации, не имели возможности провести санацию или протезирование в должном объеме, не могли своевременно посещать врача в связи с отдаленностью проживания, поддерживали телефонную связь, рассказывая о своем самочувствии и проблемах в лечении.

Рецидив заболевания на протяжении от 3 до 7 лет отметили у 10 человек (16,1%), имевших перманентную форму заболевания, длительность ремиссии увеличилась до 3–6 мес.

В 4 случаях (6,5%) при обследовании обнаружена малигнизация, хирургическое лечение проводили на базе краевого онкологического диспансера.

ВЫВОДЫ

На основании многолетних наблюдений за реабилитацией пациентов пожилого и старческого возраста можно сделать выводы:

1. Эрозивная форма красного плоского лишая полости рта — длительное хроническое заболевание, сопровождается страданием и снижением качества жизни пациентов пожилого и старческого возраста. Учет возрастных особенностей и неблагоприятных факторов развития заболевания позволил разработать эффективную схему реабилитации: стоматологическую помощь, лекарственную терапию, общеоздоровительные мероприятия.

2. Лекарственная и общеукрепляющая терапия, изменение характера питания привели к восстановлению микробного пейзажа полости рта и снижению титра бактериальной обсемененности с 10^{7-9} до 10^{4-5} , что является признаком восстановления общей неспецифической резистентности организма.

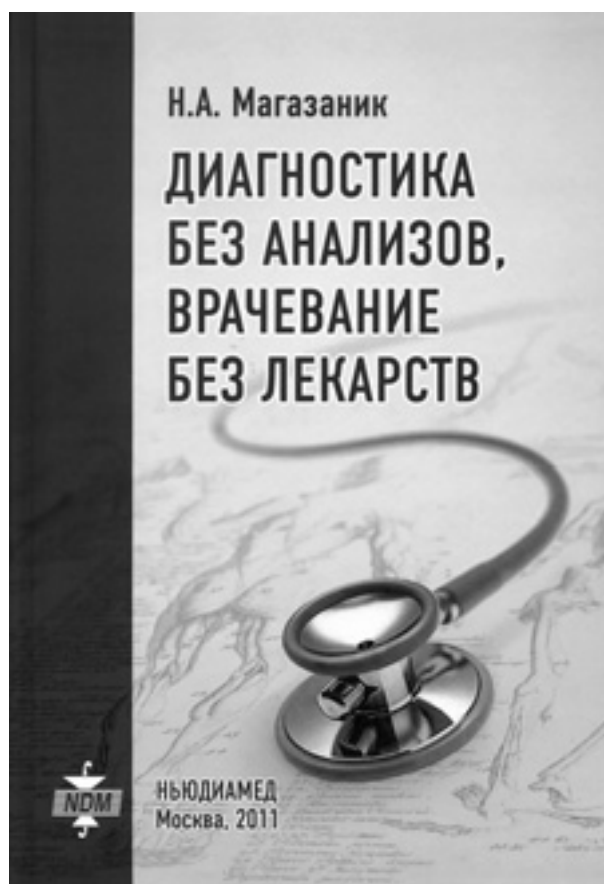
3. Наблюдение показало: выздоровление — в 12,9% случаев, улучшение — в 35% случаев без эрозирования; удлинение периодов ремиссии,

периодическое появление эрозий после психоэмоциональных стрессов, нарушения диеты — 16,1%; малигнизация — 6,5% случаев. В группе с улучшением в 29,5% случаев визуально оценить отдаленные результаты не удалось в связи с отдаленностью проживания пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дроздов В.Н. Рациональное возмещение дефицита витаминов и микроэлементов // *Лечебное дело*. 2009. № 3. С. 34-41.
2. Люлякина Е.Г., Чижов Ю.В. Заболевания полости рта у лиц пожилого и старческого возраста // *Клиническая геронтология*. 2011. Т. 17. № 1-2. С. 35-39.
3. Люлякина Е.Г., Орлова Е.Е. Оценка эффективности лечения заболеваний и поражений слизистой оболочки полости рта // *Первая краевая*. 2011. № 1 (41). С. 61-63.
4. Рюмин Д.В., Бадина Е.И., Колесова А.Ю. Медикаментозная коррекция эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ // *Экспериментальная и клиническая дерматокосметология*. 2011. № 3. С. 24-32.
5. Тиунова Н.В. Оптимизация комплексного лечения красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта. Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Н. Новгород, 2009. 106 с.

Поступила 24.03.2014



ХРОНИЧЕСКИЙ ПРОСТАТИТ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ И РЕЗИСТЕНТНОСТИ МИКРОФЛОРЫ К АНТИБИОТИКАМ. ВЫБОР АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Х.-М.Н. Джалилов, Т.В. Царуева¹, М.С. Саидов, А.Н. Джалилова,
Д.Н. Джалилова, Б.М. Саидова, З.М. Саидова, М.Т. Юсупова,
Ш.А. Далгатова

*ГБОУ ВПО Дагестанская государственная медицинская академия.
Гериатрический центр г. Махачкала*

Изучена этиологическая структура хронических бактериальных простатитов у 110 пациентов пожилого и старческого возраста. Установлено, что в большинстве случаев возбудителями данной нозологии являются условно-патогенные микроорганизмы семейства энтеробактерий. Учитывая клинико-микробиологическую эффективность, безопасность и переносимость антибиотика, препаратом выбора антибактериальной терапии является фторхинолон нового поколения – левофлоксацин, отвечающий требованиям ВОЗ.

Ключевые слова: пациенты пожилого, старческого возраста, хронический бактериальный простатит, левофлоксацин, ципрофлоксацин
Key words: chronic bacterial prostatitis, ciprofloxacin, levofloxacin

В возникновении хронических бактериальных простатитов у лиц пожилого и старческого возраста важную роль играют условно-патогенные микроорганизмы семейства энтеробактерий.

Урологические инфекции являются чрезвычайно распространенными заболеваниями у лиц пожилого возраста как в амбулаторной практике, так и в стационаре. Воспалительные заболевания мочеполовой системы, обусловленные патогенными и условно-патогенными микроорганизмами, продолжают оставаться серьезной

проблемой в связи с возможностью развития тяжелых осложнений, ухудшающих качество жизни пациента (интегральная характеристика физического и социального функционирования человека). Хронические бактериальные простатиты занимают одно из первых мест среди всей патологии органов мочевыделительной системы у лиц всех возрастов [1,2]. Анатомические особенности уретры у мужчин и строение самой предстательной железы обуславливают высокий процент хронизации инфекции в нижних отделах мочевыделительной системы.

По показателям заболеваемости, распространенности и числу ежемесячных визитов к

¹ Царуева Тамара Велиевна, Республика Дагестан. Тел.: 8-928-567-24-23.

врачу, простатит соперничает с раком и доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДПГЖ) [3,4].

Несмотря на значительное количество исследований, посвященных проблеме хронического простатита, сведения о распространенности этого заболевания достаточно противоречивы. Так, по данным различных авторов, от 15 до 50% мужчин в различные периоды жизни страдают от симптомов, характерных для этого заболевания [5].

В проспективном многоцентровом описательном исследовании, проведенном в Италии, описано, что из 8503 мужчин, обратившихся к урологу за амбулаторной помощью, простатит был выявлен у 1148 (12,8%) пациентов в возрасте от 16 до 83 лет. Более 314 были не удовлетворены качеством жизни [6].

Согласно диагностическим критериям, положенным в основу современной классификации хронического простатита, диагностика заболевания возможна только на основании комплексного обследования, включая и микробиологический метод.

Хронический простатит представляет собой нозологическую форму, основными клиническими критериями диагностики которого являются боль и (или) дискомфорт в области таза и дизурия, существующие в течение 3 и более месяцев, а также рецидивирующая инфекция мочеполовой системы, вызванной одним и тем же уропатогеном, чаще *Escherichia coli*, реже другими грамотрицательными бактериями, что является кардинальным признаком в его диагностике.

Антибактериальная терапия хронического простатита затруднена, так как всегда имеется причина, поддерживающая инфекционный процесс.

При простатитах имеются серьезные проблемы для достижения многими антибиотиками адекватного уровня тканевых концентраций, обуславливая недостаточный клинический эффект. Проблема антибиотикорезистентности внебольничных возбудителей инфекций мочевыделительной системы, отмеченные в 90-е годы прошлого столетия, в современный период возрастает, что требует пересмотра антибактериальной терапии простатитов у лиц пожилого возраста.

Несмотря на актуальность указанной проблемы, публикаций по организации антибактери-

альной терапии пожилых и старых людей в стационарных, полустационарных и нестационарных условиях пока еще недостаточны.

В настоящее время предложено достаточное количество специфических антибактериальных препаратов, выбор которых проводят в соответствии с действующими инструкциями и схемами лечения, согласно стандартам терапии.

Требованиям ВОЗ, предъявляемым к антибактериальным препаратам для лечения урогенитальных инфекций (низкая токсичность и хорошая переносимость, медленное развитие резистентности к уропатогенам), удовлетворяют фторхинолоны нового поколения.

Цель исследования: изучение сравнительной клинической и микробиологической эффективности, безопасности и переносимости фторхинолонов нового поколения левофлоксацина и ципрофлоксацина при лечении хронического бактериального простатита у лиц пожилого и старческого возраста и выбор антибактериальной терапии.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Исследования проведены в соответствии с этическими принципами Хельсинкской декларации (2000 г.). Материалом исследования служили данные, полученные при обследовании, лечении и наблюдении 110 мужчин в возрасте от 65 до 80 лет с доказанными клинико-лабораторными исследованиями и длительностью заболевания не менее 6–8 мес.

Для этого мы оценили влияние вышеуказанных антибиотиков на динамику симптомов заболевания по шкалам NIH-CPSI, частоты и выраженности симптомов, I-PSS, QOL, объем предстательной железы и максимальную скорость потока мочи (Q_{max}). Определение активности воспаления до и после лечения проводилось путем изучения числа лейкоцитов в секрете предстательной железы. Безопасность препарата оценивалась на основании анализа частоты нежелательных и побочных явлений.

Важным критерием включения в исследование считалась выраженность симптомов ХБП до начала лечения.

Критерии включения и невключения. Начальные характеристики пациентов, включаемых в исследование, во всех группах сопоставимы.

Критерии включения:

- согласие пациента;
- удовлетворительное физическое и умственное состояние;

– симптомный хронический бактериальный простатит, подтвержденный трансректальной диагностикой – I-PSS > 6;

– максимальный диурез: от 4 до 15 мл/с при объеме мочеиспускания > или = 15мл.;

– объем предстательной железы > 25 мл.;

– PSA < 10 нг/мл при объеме простаты < или = 60 мл, а также < 15 нг/мл при объеме простаты > 60 мл.

Критерии не включения:

– подозрение на рак и аденому предстательной железы при трансректальном обследовании;

– предшествующие хирургические вмешательства на предстательной железе или мочевом пузыре;

– нарушение мочеиспускания по другим причинам; максимальный диурез > 15 мл/сек.; объем остаточной мочи > 150 мл.

При наличии письменного согласия пациента приступали к первичному обследованию, предполагавшему установление инфекционного характера заболевания: мазок из уретры на наличие хламидий, микоплазм, уреоплазм, трихомонад, гарднерелл, а также посев мочи (средняя порция), определение чувствительности к антибиотикам, клинический осмотр, пальцевое ректальное исследование простаты, трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ) предстательной железы, при необходимости проводились биопсия простаты и определение простатспецифического антигена (ПСА).

Стандартизированная оценка симптомов проводилась по шкалам NIH-CPSI, IPSS, качества жизни (QOL).

Если пациент соответствовал всем критериям включения и не попал ни под один пункт критериев исключения, то его считали участником исследования.

При рандомизации все пациенты были разделены на две группы: 1-я (62 пациента) должна была принимать левофлоксацин по 250 мг × 2 раза в сутки в течение 10 дней в составе комплексного лечения.

2-я – (48 человек) – препарат ципрофлоксацин по 250 мг × 2 раза в сутки также 10 дней.

Обе исследуемые группы оказались симметричными по основным клиническим параметрам. Пациенты были информированы о необходимости правильного и регулярного приема препарата.

Через 3 мес назначался второй визит. Обследование включало стандартизированную оценку симптомов качества жизни, анализ мочи, ТРУЗИ, пальцевое исследование простаты, определение микрофлоры гениталий. При проведении исследования учитывались нежелательные явления и побочные реакции.

Заключительный визит проводился через 6 мес. Обследование включало стандартизованную оценку симптомов заболевания, качества жизни, ТРУЗИ, пальцевое исследование, урофлоуметрию с определением количества остаточной мочи, анализ мочи и секрета простаты.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты клинико-лабораторных исследований показали, что комплексное лечение больных пожилого и старческого возраста с хроническим бактериальным простатитом с использованием левофлоксацина и ципрофлоксацина было эффективным у пациентов в обеих исследуемых группах, однако сроки наступления клинического эффекта различались. Так, у пациентов 1-й группы выделения из уретры прекращались через 10–12 суток, 2-й – через 16–18 суток ($p < 0,05$); боль и дискомфорт в области промежности исчезали соответственно через 24–28 и 32–38 суток после начала терапии ($p < 0,01$). Результаты бактериоскопического исследования мазков из уретры, средней порции мочи, а также секрета предстательной железы через 1 мес после начала комплексной терапии указывают на значительную элиминацию возбудителей у 48 больных, у 32 пациентов отмечалась частичная элиминация уропатогенов. Очевидно, это обусловлено тем, что обследованный контингент пациентов – это лица пожилого и старческого возраста с целым комплексом хронических соматических и урогенитальных инфекций.

В результате применения фторхинолонов нового поколения левофлоксацина и ципрофлоксацина у пациентов 1-й и 2-й группы был зарегистрирован выраженный симптоматический эффект. Так, отмечено уменьшение общего балла шкалы NIH-CPSI в 1-й группе на третьем визите по сравнению с первым визитом – на 58% ($p < 0,001$), тогда как во 2-й группе – на 51% ($p < 0,001$). При сравнении 1-й и 2-й группы по шкале NIH-CPSI на третьем визите выявлена достоверная разница ($p < 0,001$) в пользу 1-й группы – у больных этой группы отмечено уменьшение числа баллов по сравнению с первым визитом на 82% ($p < 0,001$), а у пациентов 2-й группы – на 76% ($p < 0,001$).

На фоне применения препаратов левофлоксацин и ципрофлоксацин отмечен выраженный

эффект по шкале частоты симптомов. В 1-й группе зарегистрировано уменьшение числа баллов на третьем визите по сравнению с первым визитом на 52% ($p < 0,001$), тогда как во 2-й группе — лишь на 36% ($p < 0,001$).

Следует отметить, что улучшение качества жизни лиц пожилого и старческого возраста — это важный контрольный показатель оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов. Лечение пациентов пожилого и старческого возраста с хроническим бактериальным простатитом левофлоксацином приводит к значительному и достоверному улучшению качества жизни этой группы больных. В 1-й группе уменьшение числа баллов на третьем визите по сравнению с первым составило 62% ($p < 0,001$), а во 2-й — на 59% ($p < 0,001$). Достигнутый эффект характеризуется стабильностью.

Антибактериальный эффект указанных фторхинолонов оценивали по динамике числа лейкоцитов в секрете простаты у пациентов как 1-й группы, так и 2-й группы.

В ходе исследования отмечены достоверные изменения ряда объективных показателей. Так, если в начале лечения средний уровень Q_{\max} составил 26,8 и 27,1 мл/с, а объем предстательной железы соответственно в пределах 26,6 и 27,8 см³, то в конце лечения эти показатели в обеих группах заметно улучшились.

На фоне приема антибиотиков левофлоксацина и ципрофлоксацина у больных обеих групп побочных эффектов и существенных нежелательных явлений зарегистрировано не было.

ВЫВОДЫ

Результаты проведенного клинико-лабораторного исследования позволяют рекомендовать левофлоксацин к применению в терапии хронического бактериального простатита, обусловленного как грамположительными, так и грамотрицательными бактериями у больных пожилого и старческого возраста с различными клиническими проявлениями заболевания.

Антибиотик левофлоксацин способствует выраженному уменьшению симптомов хронического бактериального простатита в целом и болевого синдрома в частности.

Препарат обладает выраженным противовоспалительным и симптоматическим эффектом, который сохраняется как минимум 6–7 мес.

ЛИТЕРАТУРА

1. Логвинов Л.А., Кудрявцев Ю.В., Кумачев К.В., Попов С.В., Черников С.С. Эффективность препарата витапрост плюс в лечении больных хроническим бактериальным простатитом // Урология. 2013. Т. 6. С. 62-66.
2. Глыбочко П.В., Елисеев Ю.Ю., Гольбрайх Е.Б. и др. Магнитотерапия в комплексном лечении уретропростатитов хламидийной этиологии // Вестник дерматологии. 2005. Т. 6. С. 68-71.
3. Nickell C.J. Prostatitis // Urol. Clin. North. Am. 1999. Vol. 26. P. 737-757.
4. Moon T.D. Questionnaire survey of urologists and primary care physicians diagnostic and treatment practices for prostatitis // Urology 1997. Vol. 50. P. 543-547.
5. Roberts R.O., Jacobson D.J., Girman C.J. et al. Prevalence of prostatitis like symptoms a community based cohort of older men // J. Urol. 2002. Vol. 168. P. 2467-2471.
6. Rizzo M., Marchetti F., Travoglini F. et al. Prevalence, diagnosis et treatment of prostatitis in Italy: a prospective urology outpatient practice study // VJUIINT. 2003. Vol. 13. P. 23-29.
7. Пушкарь Д.Ю., Зайцев А.В., Лоран О.Б., Синякова Л.А., Авдошкин В.П. Эффективность левофлоксацина при лечении рецидивирующего цистита у женщин // Урология. 2006. Т. 2. С. 54-57.

Поступила 28.02.2014

SUMMARY

EFFECT OF PACEMAKER IMPLANTATION ON COGNITIVE FUNCTION IN THE LATE POSTOPERATIVE PERIOD

E.K. Kazakova¹, A.S. Kotov, M.A. Martakov

GBUZ MO «Moscow Regional Research Clinical Institute named after M.F. Vladimirovskiy», Moscow

¹ *Kazakova Elena, graduate student of the Department of Neurology FUV MONIKI named after M.F. Vladimirovskiy. Tel.: +79 160397253. E-mail: kot2503@bk.ru.*

A brief review of the literature data on the causes of cognitive impairment in the elderly is presented. There was conducted a study showing the positive impact of the pacemaker on cognition in the late postoperative period and its security.

EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF FOCAL EPILEPSY IN PATIENTS WITH STROKE

Y.A. Belova, I.G. Rudakov, A.S. Kotov, S.V. Kotov¹

GBUZ MO «Moscow Regional Research Clinical Institute named after M.F. Vladimirovskiy», Moscow

¹ *Kotov Sergey, MD, Head of Neurology FUV MONIKI named after M.F. Vladimirovskiy. Tel.: 8(495)684-57-63. E-mail: moniki@monikiweb.ru.*

Admittedly, a stroke is the leading cause of disability in the population. According to the National Stroke Registry, 31% of stroke survivors require assistance to care for them, and 20% cannot walk alone. Specific responsibilities of family members of the patient significantly reduce their employment potential and become a heavy socio-economic burden on society. Cerebrovascular disease represent one of the most frequent causes of seizures in elderly patients.

COGNITIVE IMPAIRMENT IN ELDERLY PATIENTS WITH CEREBROVASCULAR DISEASE

M.A. Livinienko, A.S. Kotov¹

GBUZ MO «Moscow Regional Research Clinical Institute named after M.F. Vladimirovskiy», Moscow

¹ *Kotov Alexey. Tel.: 8-926-284-81-15. E-mail: alex-013@yandex.ru*

The study included 45 patients: 25 of them suffered from stroke, and 20 – from chronic cerebral ischemia. In group 1, 11 patients had mild cognitive impairment, 4 – mild vascular dementia, 10 – moderate vascular dementia. In group 2, 7 patients had mild cognitive impairment, and 5 – Alzheimer's disease, in 3 – mixed dementia (vascular and Alzheimer's), and 5 – mild vascular dementia. For the treatment of vascular cognitive impairment was used memantine hydrochloride, for Alzheimer's disease – acetylcholinesterase inhibitors. The need for detailed clinical and neuropsychological assessment of patients with cognitive impairment, early pathogenetic treatment, risk factors is emphasized.

EFFECTIVENESS OF PATIENTS WITH BOTULINOTHERAPY CERVICAL DYSTONIA

K.A. Ostapchuk¹, V.K. Misikov, O.P. Sidorova, S.V. Kotov²

GBUZ MO «Moscow Regional Research Clinical Institute named after M.F. Vladimirovskiy», Moscow

¹ *Ostapchuk Konstantin, intramural graduate student of the Department of Neurology FUV MONIKI named after M.F. Vladimirovskiy, tel. 8 (495) 684-57-38 E-mail: konstantin302@yandex.ru, NATALI-2283@mail.ru*

² *Kotov Sergey, MD, professor, Head of Neurology FUV MONIKI named after M.F. Vladimirovskiy. Tel.: 8(495)684-57-63. 129110, Moscow, Shechepkina, 61/2, buil. 10.*

The structure of cervical dystonia in people of different ages was studied. The results of treatment of the disease with repeated courses of botulinum toxin is presented. In the elderly therapy was, the same as effective as in young and middle-aged.

VIOLATIONS OF THE BASIC PARAMETERS OF THE EXCHANGE AT THE INITIAL MANIFESTATIONS OF PARKINSON'S DISEASE

R.R. Bogdanov¹, A.R. Bogdanov², S.V. Kotov

GBUZ MO «Moscow Regional Research Clinical Institute named after M.F. Vladimirovskiy», Moscow, FGBU Institute of Nutrition, Moscow

¹ *Bogdanov Rinal, PhD, Associate Professor, Department of Neurology Faculty of Advanced Medical of GBUZ MO «Moscow Regional Research Clinical Institute named after M.F. Vladimirovskiy», 129110, Moscow, 61/2, Shechepkina str., buil. 10. E-mail: rinatbo@rambler.ru.*

² *Bogdanov Alfred, PhD, Head of the department of cardiovascular diseases of FGBU «Research Institute of Nutrition», Moscow, 21 Kashirskoe shosse.*

The characteristic features of metabolic disorders in Parkinson's disease are discussed. The study included 45 patients previously treated with antiparkinsonian therapy, they had increased levels of basal metabolism compared with the control group. Basal metabolism was increasing as the disease was progressing. Detailed analysis of the oxidation rate of the main nutrients showed that the increase in basal metabolism is mainly due to the oxidation of the increasing quantity of fat as the disease progresses.

MORPHOMETRIC CHARACTERISTICS OF THE RETINA AND OPTIC DISC IN PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS OF DIFFERENT AGE GROUPS

A.A. Ryabtseva¹, O.M. Andryukhina, S.V. Kotov², T.I. Yakushina, N.V. Kuchina

GBUZ MO «Moscow Regional Research Clinical Institute named after M.F. Vladimirovskiy»

¹ *Ryabtseva Alla, MD, professor, Head of the Department of Ophthalmology of GBUZ MO «Moscow Regional Research Clinical Institute named after M.F. Vladimirovskiy», Head of Ophthalmology Department of Surgery course of GBUZ MO "Moscow Regional Research Clinical Institute named after M.F. Vladimirovskiy, 129110, Moscow, 61/2, Shechepkina str., buil. 10.*

² *Kotov Sergey, professor, Head of Neurology FUV MONIKI named after M.F. Vladimirovskiy. Tel.: 8(495)684-57-63. 129110, Moscow, Shechepkina, 61/2, buil. 10.*

Modern methods of investigation of the visual analyzer in patients with multiple sclerosis can diagnose 90–95% of its pathology, regardless of the presence or absence of complaints of decreased vision and optic neuritis in history. One of the most in-

formative methods for the study of the visual analyzer is optical coherence tomography, which allows to determine not only the early functional and morphological changes, but also to trace the dynamics of the disease. Between changes in the visual analyzer and the age of patients regard it is noted. Reliable communication was changes in the architecture of neurons in the retina and optic nerve with the current, duration and degree of disability in multiple sclerosis patients.

CLINICAL AND COST-EFFECTIVENESS OF CAROTID STENTING AND ENDARTERECTOMY IN DIFFERENT AGE GROUPS

E.V. Portnyagina¹, S.E. Sharistepanova, A.F. Portnyagin

GBOU VPO Irkutsk State Medical University

¹ *Portnyagina Elena, PhD, Associate Professor, Department of Endocrinology and Clinical Pharmacology of GBOU VPO Irkutsk State Medical University. Tel.: 8-902-560-40-14. E-mail: portsmol@mail.ru*

A comparative analysis of safety, clinical and cost-effectiveness and long-term postoperative periods of carotid stenting (CS) and carotid endarterectomy (CE) in the groups of patients 50–60 years and 61 years and above was conducted. It is shown that CS is safer and more effective than CE regardless of age. More economically feasible method in patients 50–60 years was the method of CE, and in the older age group – CS. The possibility of increasing the efficiency of high-tech care to patients with a high risk of stroke is analyzed.

SYPHILITIC MYELOPATHY

Y.V. Eliseev¹, S.V. Kotov, A.S. Kotov

GBUZ MO «Moscow Regional Research Clinical Institute named after M.F. Vladimirskyi»

¹ *Eliseev Y.V., GBUZ MO "Moscow Regional Research Clinical Institute named after M.F. Vladimirskyi. Tel.: (495) 681-56-10. E-mail: dreliseevru@gmail.com*

Neurosyphilis disease affecting the central nervous system, which is the causative agent of *Treponema pallidum*. In the elderly dominated late forms of neurosyphilis. Amyelotrophy is slowly progressive, degenerative disease affecting the posterior columns and dorsal roots of the spinal cord. Adequate treatment of neurosyphilis is based on achieving treponemotsidnoy concentration of penicillin in the cerebrospinal fluid.

REHABILITATION POTENTIAL OF THE ORGANISM IN ELDERLY AND SENILE MANIFESTATIONS PAIN DYSFUNCTION OF THE TEMPOROMANDIBULAR JOINT

V.V. Babich¹, A.K. Jordanshvili², G.A. Ryzhak¹

St. Petersburg Institute of Bioregulation and Gerontology, Military Medical Academy named after SM Kirov, St. Petersburg

¹ *Babich V.V., St. Petersburg Institute of Bioregulation and Gerontology. E-mail: vavsbabich@yandex.ru*

80 patients with dysfunction of the temporomandibular joint: a survey filled with a visual analog scale of pain reaction, gnathodynamometer. After 4–5 months after treatment was an increase in value by 1,7 times in patients study group compared with the control group. Recommended complex treatment and rehabilitation helps to avoid complications during preliminary shintotherapy and subsequent orthopedic treatment and achieve a stable clinical effect of the treatment.

ANALYSIS OF THE TREATMENT OF BASAL CELL SKIN CANCER BY BFR-THERAPY IN PATIENTS OLDER THAN 50 YEARS IN THE KRASNOYARSK TERRITORY

T.V. Kazantseva¹, E.G. Lyulyakina², Y.V. Chizhkov³, N.A. Komissarova

Department of Dentistry Clinic IPO KrasGMU named after V.F. Voyno-Yasenetsky, Krasnoyarsk Regional Clinical Oncology Dispensary named after A.I. Kryzhanovskiyi

¹ *Kazantseva Tamara, PhD, Department of Dentistry Clinic IPO KrasGMU. Tel.: 8(391)240-29-93.*

² *Lyulyakina Elena, PhD, Associate Professor, Department of Therapeutic Dentistry Clinic KrasGMU, tel. 8(391)209-67-57. E-mail: lyulyakina@yandex.com.*

³ *Chizhkov Yuri, MD, professor, Head of the Department of Prosthetic Dentistry course clinics dentistry IPO KrasGMU, tel. 8-902-927-38-60.*

Treatment of 2603 patients with basal cell skin cancer radiotherapy near focus therapy according Krasnoyarsk Regional Oncology Center was retrospectively analyzed. The main group of patients consisted of persons 70 years and older (1777). Women were 2,1 times more than men. The combination of clinical forms was often observed in women 65–70 years old. In the countryside, the most common of the clinical forms was ulcerative form (26.3%).

REHABILITATION OF ELDERLY PATIENTS WITH EROSIIVE LICHEN PLANUS ORAL

E.G. Lyulyakina¹, T.V. Kazantseva², Y.V. Chizov³

Krasnoyarsk State Medical University

¹ *Lyulyakina Elena, PhD, Associate Professor, Department of Therapeutic Dentistry Clinic of Krasnoyarsk State Medical University, tel. 8(391)-209-67-57, lyulyakina@yandex.com.*

² *Kazantseva Tamara, PhD, Associate Professor of Dentistry Clinic IPO KrasGMU, tel. 8(391)240-29-93.*

³ *Chizhov Yuri, MD, professor, Head of the Department of Prosthetic Dentistry course clinics dentistry IPO KrasGMU, tel. 89029273860.*

A study of prevalence, curable, opportunities rehabilitation of older patients with erosive lichen planus of the oral mucosa was conducted. Age-appropriate and unfavorable factors in the development of the disease allowed developing effective rehabilitation scheme: dental care, medication, health-building measures. Recovery occurred in 12,9% of cases, improvement – in 35%, increased remission – in 16,1%, malignancy was observed in 6,5% of cases. Long-term results were assessed visually.

CHRONIC PROSTATITIS IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS: CURRENT STATE OF SENSITIVITY AND RESISTANCE TO ANTIBIOTICS MICROFLORA. CHOICE OF ANTIBIOTIC THERAPY

Kh-M.N. Dzhililov, T.V. Carueva¹, M.S. Saidov, A.N. Dzhililova, D.N. Dzhililova, B.M. Saidova, Z.M. Saidova, M.T. Yusupova, Sh.A. Dalgatova

Medical University Dagestan State Medical Academy, Geriatric Center Makhachkala

¹ *Carueva Tamara, Republic of Dagestan. Tel.: 8-928-567-24-23.*

The etiological structure of chronic bacterial prostatitis in 110 patients of elderly and senile age was studied. It was found that in most cases the causative agents of nosology are opportunistic pathogens of the family Enterobacteriaceae. Given the clinical and microbiological efficacy, safety and tolerability of the antibiotic drug of choice is a fluoroquinolone antibiotic therapy the new generation – levofloxacin, meets the requirements of the WHO.

ОГЛАВЛЕНИЕ—CONTENTS

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

ВЛИЯНИЕ ИМПЛАНТАЦИИ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРА НА КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ В ОТДАЛЕННОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ
Е.К. Кузнецова, А.С. Котов, М.А. Мартаков 3

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ФОКАЛЬНОЙ ЭПИЛЕПСИИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ
Ю.А. Белова, И.Г. Рудакова, А.С. Котов, С.В. Котов 6

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
М.А. Ливиненко, А.С. Котов 9

ЭФФЕКТИВНОСТЬ БОТУЛИНОТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ДИСТОНИЕЙ
К.А. Остапчук, В.К. Мисиков, О.П. Сидорова, С.В. Котов 12

НАРУШЕНИЯ ПАРАМЕТРОВ ОСНОВНОГО ОБМЕНА ПРИ НАЧАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЯХ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА
Р.Р. Богданов, А.Р. Богданов, С.В. Котов 16

МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СЕТЧАТКИ И ДИСКА ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА У ПАЦИЕНТОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП
А.А. Рябцева, О.М. Андриухина, С.В. Котов, Т.И. Якушина, Н.В. Кучина 21

КЛИНИЧЕСКАЯ И ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КАРОТИДНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ И ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ
Е.В. Поршнягина, С.Э. Шаристепанова, А.Ф. Поршнягин 25

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

СПИННАЯ СУХОТКА
Ю.В. Елисеев, С.В. Котов, А.С. Котов 32

СРОЧНО В НОМЕР

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ОРГАНИЗМА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ПРОЯВЛЕНИЯМИ БОЛЕВОЙ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА
В.В. Бабич, А.К. Иорданишвили, Г.А. Рыжак 35

АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ БАЗАЛЬНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ МЕТОДОМ БФР-ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 50 ЛЕТ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ
Т.В. Казанцева, Е.Г. Люлякина, Ю.В. Чижов, Н.А. Комиссарова 38

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ЭРОЗИВНОЙ ФОРМОЙ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ ПОЛОСТИ РТА
Е.Г. Люлякина, Т.В. Казанцева, Ю.В. Чижов 41

ХРОНИЧЕСКИЙ ПРОСТАТИТ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ И РЕЗИСТЕНТНОСТИ МИКРОФЛОРЫ К АНТИБИОТИКАМ. ВЫБОР АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ
Х.-М.Н. Джаллилов, Т.В. Царуева, М.С. Саидов, А.Н. Джаллилова, Д.Н. Джаллилова, Б.М. Саидова, З.М. Саидова, М.Т. Юсупова, Ш.А. Далгатова 46

SUMMARY 50

ORIGINAL ARTICLES

EFFECT OF PACEMAKER IMPLANTATION ON COGNITIVE FUNCTION IN THE LATE POSTOPERATIVE PERIOD
E.K. Kazakova, A.S. Kotov, M.A. Martakov 3

EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF FOCAL EPILEPSY IN PATIENTS WITH STROKE
Y.A. Belova, I.G. Rudakov, A.S. Kotov, S.V. Kotov 6

COGNITIVE IMPAIRMENT IN ELDERLY PATIENTS WITH CEREBROVASCULAR DISEASE
M.A. Livinienko, A.S. Kotov 9

EFFECTIVENESS OF PATIENTS WITH BOTULINOTHERAPY CERVICAL DYSTONIA
K.A. Ostapchuk, V.K. Misikov, O.P. Sidorova, S.V. Kotov 12

VIOLATIONS OF THE BASIC PARAMETERS OF THE EXCHANGE AT THE INITIAL MANIFESTATIONS OF PARKINSON'S DISEASE
R.R. Bogdanov, A.R. Bogdanov, S.V. Kotov 16

MORPHOMETRIC CHARACTERISTICS OF THE RETINA AND OPTIC DISC IN PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS OF DIFFERENT AGE GROUPS
A.A. Ryabtseva, O.M. Andriukhina, S.V. Kotov, T.I. Yakushina, N.V. Kuchina 21

CLINICAL AND COST-EFFECTIVENESS OF CAROTID STENTING AND ENDARTERECTOMY IN DIFFERENT AGE GROUPS
E.V. Portnyagina, S.E. Sharistepanova, A.F. Portnyagin 25

CLINICAL OBSERVATION

SYPHILITIC MYELOPATHY
Y.V. Eliseev, S.V. Kotov, A.S. Kotov 32

URGENT ISSUE

REHABILITATION POTENTIAL OF THE ORGANISM IN ELDERLY AND SENILE MANIFESTATIONS PAIN DYSFUNCTION OF THE TEMPOROMANDIBULAR JOINT
V.V. Babich, A.K. Jordanshvili, G.A. Ryzhak 35

ANALYSIS OF THE TREATMENT OF BASAL CELL SKIN CANCER BY BFR-THERAPY IN PATIENTS OLDER THAN 50 YEARS IN THE KRASNOYARSK TERRITORY
T.V. Kazantseva, E.G. Lyulyakina, Y.V. Chizhkov, N.A. Komissarova 38

REHABILITATION OF ELDERLY PATIENTS WITH EROSIIVE LICHEN PLANUS ORAL
E.G. Lyulyakina, T.V. Kazantseva, Y.V. Chizov 41

CHRONIC PROSTATITIS IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS: CURRENT STATE OF SENSITIVITY AND RESISTANCE TO ANTIBIOTICS MICROFLORA. CHOICE OF ANTIBIOTIC THERAPY
Kh.-M.N. Dzhaliylov, T.V. Carueva, M.S. Saidov, A.N. Dzhaliylova, D.N. Dzhaliylova, B.M. Saidova, Z.M. Saidova, M.T. Yusupova, Sh.A. Dalgatova 46

SUMMARY 50



XIX Международная научно-практическая конференция «ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ»

6–7 октября 2014 года

Холидей Инн Сокольники, Москва

Web-сайт: conf.newdiamed.ru

E-mail: gerontology@newdiamed.ru. Тел/ф (499) 782 31 09

Уважаемые коллеги!

Постоянно действующий Организационный комитет конференции
«ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ»
сообщает о проведении 6–7 октября 2014 года
XIX Международной научно-практической конференции.

ОСНОВНЫЕ НАУЧНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ КОНФЕРЕНЦИИ:

- Организация медицинской и социальной помощи пожилым. Современные геронотехнологии. Сестринский процесс. Деятельность благотворительных организаций.
- Геронтологические аспекты терапии (кардиология, ревматология, гематология, гастроэнтерология и т. д.), хирургии, офтальмологии, стоматологии, неврологии и психиатрии.
- Теоретические основы геронтологии, старение, геропротекторы.
- Стандартизация, медицина, основанная на доказательствах, и клинико-экономический анализ в гериатрии.
- Геронтофармакология.

Помимо традиционных форматов заседаний в рамках конференции планируется проведение тематических мультидисциплинарных блоков по актуальным проблемам лечения пожилых больных, основой которых является дискуссия различных специалистов, предваренная вводной лекцией. Во время конференции будет проходить выставка ведущих фирм, производящих лекарственные препараты, лечебное и реабилитационное медицинское оборудование, предметы ухода для пожилых.

ВАЖНЫЕ ДАТЫ

Предоставление тезисов до 15 июля 2014 г.

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ТЕЗИСОВ

Тезисы объемом не более 1,5 страниц (формата А4, шрифт Times New Roman 12, интервал 1,5) можно разместить ON LINE на сайте conf.newdiamed.ru, заполнив соответствующую форму. Можно переслать электронной почтой во вложении по адресу gerontology@newdiamed.ru, указав в письме контактную информацию одного из авторов. В титуле присланных тезисов в определенной последовательности должны быть указаны: название, авторы (ФИО представляющего автора должно быть внесено первым), организация, город. В тексте тезисов — цели и задачи исследования, описание методов и полученных результатов с приведением цифровых данных (без таблиц), заключение. Воспроизведение с авторского оригинала без редактирования — ответственность за все ошибки лежит на авторе тезисов.

ЗАРЕГИСТРИРОВАТЬСЯ

и оставить заявку на бронирование номера в гостинице вы сможете ONLINE, заполнив соответствующую форму на сайте или направив в адрес Оргкомитета заявку на участие электронной почтой или по факсу. Регистрационный взнос с учетом действующих налогов составляет 3500 руб. и обеспечивает аккредитацию участника конференции, публикацию тезисов, получение опубликованных тезисов, папки с материалами конференции, ежедневный обед. Для членов Научного медицинского общества геронтологов и гериатров — оплата в размере 50%. Вопрос о возможности аккредитованных участников выступить с устным сообщением решается Организационным комитетом на основании заявки и тезисов.

Регистрационный взнос следует перечислять на расчетный счет ООО «МТП Ньюдиамед» с указанием фамилии участника конференции. К/с 301 018 100 000 000 005 05 Р/с 407 028 105 000 000 004 85 в АКБ "СТРАТЕГИЯ" (ОАО) БИК 044 579 505 Код по ОКОНХ: 91514 Код по ОКПО: 189 440 19 ИНН 770 224 522 0 КПП 770201001

ИНФОРМАЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА

Журналы «Клиническая геронтология», «Проблемы стандартизации в здравоохранении», «Клиническая фармакология», газеты: «Вестник московского городского научного общества терапевтов «Московский доктор», «Вестник Геронтологического общества РАН». Сайты: www.newdiamed.ru, www.mgnot.ru, www.rspor.ru

Место проведения: Гостиница «Холидей Инн» Сокольники, г. Москва, Русаковская ул., дом 24

Адрес Оргкомитета: Москва, 115446, Коломенский проезд д.4, ГКБ N 7, Кафедра гематологии и гериатрии ПМГМУ им. И.М. Сеченова. Оргкомитет Конференции: «ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ». Телефон/факс: (499)782-31-09, E-mail: gerontology@newdiamed.ru, Web-сайт: conf.newdiamed.ru.

Председатель оргкомитета
профессор Воробьев Павел Андреевич

Ответственный секретарь
Некрасова Наталья Игоревна

Секретариат
Мельникова Екатерина Леонидовна,
Голованова Наталья (по вопросам размещения)

ЗАЯВКА НА УЧАСТИЕ

в Оргкомитет Конференции «ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ»

ФИО _____

Место работы и должность: _____

Индекс _____ Почтовый адрес _____

Телефон/факс (с указанием кода города) _____

E-mail: _____

Форма участия (отметить \checkmark):

Устное сообщение Стендовый доклад Публикация тезисов Слушатель

Гостиница: Не нуждаюсь Нуждаюсь

Название доклада (указать соавторов) _____
