

Список литературы

1. Мачерет Е.Л., Мурашко Н.К., Писарук А.В. «Методы диагностики вегетативной дисфункции» (2000)
2. Бадалян Л.О. (2000) «Невропатология»
3. Вейн А.М. (ред.) (1999) «Заболевания вегетативной нервной системы» Медицина, Москва
4. Вейн А.М. (ред.) «Вегетативные расстройства. Клиника, диагностика, лечение» Медицина, Москва (2001).
5. Заславская Р.М. «Суточные ритмы у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями» Медицина, Москва. (1999), 165 стр
6. Калоев А.Д., Малеванец Е.В., Карпов С.М. Адаптация военнослужащих к военной службе по результатам кардиоинтервалографического исследования. Медицинский вестник Северного Кавказа. 2013. Т. 8. № 4 (32). С. 47-50.
7. Akselrod S., Gordon D., Ubel F.A. (1999) «Power spectrum analysis of heart rate fluctuation» Science 213-228.
8. Jarish R., Ferguon J.J., Shanon R.P. Agerelated disappearance of Mayor-like heartrate waves». 2000.
9. Karpov S.M., Dolgova I.N., Vishlova I.A. The main issues of topical diagnosis of nervous system diseases. Ставрополь, 2015.
10. Hamdard A.A., Mamedova A.E., Shevchenko P.P., Karpov S.M. Hyperthermia-syndrome as the debut of the development of multiple sclerosis. European Journal of Biomedical and Life Sciences. 2015. № 1. С. 10-11.

НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ФОРМИРОВАНИЯ СИНДРОМА ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ТРАВМЫ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Ткаченко М.С. Сулейманова М.А.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия, masha.tka4enko2017@yandex.ru

Введение. Отмечено, что как у нас в стране, так и за рубежом, количество травм самого разнообразного характера значительно увеличилось. Особое место среди всех травматических повреждений в клинической практике имеет гиперфлексионное (гиперэкстензионное) повреждение шейного отдела позвоночника (ПШОП), которое формирует впоследствии различные осложнения, среди которых сосудистые нарушения в бассейне вертебрально-базиллярной системы носят особый характер.

Цель исследования: изучить клинико-структурные и нейрофизиологические показатели синдрома позвоночной артерии в отдаленном периоде травмы шейного отдела позвоночника.

Материалы и методы. Было обследовано 73 пациента в отдаленном периоде экстензионной травмы шейного отдела позвоночника (давность травмы более 12 месяцев – в среднем 16,1±3,4 месяца). Доминирующее количество в исследовании составили больные после ДТП - 57 (78,1%) и уличных происшествий, на что указывают и другие авторы. Криминальные травмы составили 7 (9,6%) случаев. В 9 (12,3%) случаях травма явилась следствием спортивной травмы.

Группа контроля, была представлена 25 пациентами с синдромом позвоночной артерии нетравматического генеза, сопоставимые по возрасту и полу, в целях сравнения результатов клинико-инструментальных исследований.

Проведенное комплексное клиническое обследование включало: клинико-неврологическое обследование, которое предполагало выявление неврологического дефицита. Проводилось исследование биомеханики позвоночника для пальпаторного выявления мышечно-тонических нарушений, мануальное тестирование, а также измерение объема активных и пассивных движений с определением локализации нарушений подвижности в шейном отделе позвоночника.

Регистрацию соматосенсорных вызванных потенциалов (ССВП) с рук и ног проводили при помощи прибора – «Нейромиан» Таганрогского производственного объединения по стандартной методике

(Трошина Е.М., Щекутьев Г.А., 2001). Изменялись латентные периоды и межпиковые интервалы наиболее стабильных компонентов ССВП. Был проведен анализ абсолютных значений полученных результатов и отклонения от нормативных данных. Использовали следующие наборы отведений на 4-х канальном приборе: I ErbI-Fz, II CVII-Fz, III C4-Fz, IV C3-Fz (C4 или C3 контралатеральное, в зависимости от стимулируемой руки). В качестве референта для электрода Эрба используется иногда контралатеральный электрод: ErbI-Erbc. Отведение выбирали с целью выделения стволового и коркового уровня.

Результаты и их обсуждения. Синдром позвоночной артерии характеризуется ослаблением кровотока в левой, правой или одновременно в двух позвоночных артериях, что неизбежно приводит к ухудшению кровоснабжения ствола мозга, мозжечка и центральной нервной системы, впервые описанные врачами Барре и Льеу в первой половине двадцатого века.

Клинико-вертебрально-неврологический осмотр позволил нам разделить больных на 2 основные группы, где первую группу составили пациенты с рефлекторно-ангиоспастическим синдромом (РАСС) позвоночной артерии (ПА) - 24 (32,9%) случая, вторую группу составили пациенты с компрессионно-ирритативным синдромом (КИС) ПА - 49 (67,1%) случаев.

В качестве провоцирующих факторов обострения у больных как с РАСС, так и с КИС ПА нами были выявлены неблагоприятные факторы следующего характера: динамические нагрузки на шейный отдел позвоночника, которые приводили к усилению субъективных ощущений различного характера преимущественно в дневное и вечернее время, длительное пребывание в статической позе, воздействия на вегетативную нервную систему неблагоприятного характера (смена погоды, холодное время года), психоэмоциональные и стрессовые воздействия.

В группе больных с КИС ПА при рентгенографическом исследовании доминировали патологические нарушения в двигательных сегментах позвоночника: - остеохондроз межпозвоночных дисков составило 46 (93,9%) случаев, - нестабильность ПДС 27 (55,1%) случаев, - унковертебральный артроз 41 (83,7%) случая, дисплазии краниовертебральной области и шейного отдела позвоночника 22 (44,9%) случая. Для пациентов с РАСС ПА было характерно преобладание спондилоартроза, который был выявлен в 10 (41,7%) случаев, а также выпрямление физиологического лордоза - 17 (70,8%) случаев. При КИС ПА подвывихи по Ковачу доминировали в сегментах C3-C4 и C4-C5, а проявления дегенеративно-дистрофического характера в шейном отделе позвоночника преобладали преимущественно в нижне-шейном отделе ПА позвоночника, в то время как при РАСС дегенеративно-дистрофические изменения шейного отдела были более выражены на верхне-шейном уровне позвоночника.

Результаты ССВП у больных в отдаленном периоде ТШОП с наличием СПА позволили выявить, что во всех случаях у пациентов с КИС и в 75% случаях с РАСС нами было отмечено увеличение ЛП N 13, которое составило в первом случае 15,1±0,79 мс., а во втором – 14,9±0,82 мс, что указывает на нарушение проводимости нервного импульса на шейном уровне. ЛП между плечевым сплетением и шейным утолщением спинного мозга было увеличено и составило у больных с КИС - 7,4±0,42 мс, у больных с РАСС - 6,8±0,47 мс (контроль 5,2±0,38 мс). В 43 (87,8%) случаях у пациентов с КИС ПА было найдено достоверное (p<0,05) увеличение ЛП N13 - N20, которое составило - 7,6±0,48 мс, что необходимо расценивать

как нарушении проведения нервного импульса между шейным утолщением и первичной сенсорной корой, у больных с РАСС измененные результаты ЛП были отмечены у 10 (41,7%) больных и составили $7,1 \pm 0,54$ мс (контрольная группа - $6,4 \pm 0,37$ мс).

Сравнение результатов отоневрологического обследования у больных с РАСС ПА было отмечено превалирование периферического типа нарушений над центральным (стволовым) типом нарушений, который доминировал в большинстве (83,7%) случаев у пациентов с КИС ПА.

При офтальмологическом исследовании в группе больных с РАСС ПА у 7 (29,5%) пациентов была выявлена ангиопатия сетчатки, преимущественно по гипертоническому типу, в то время как в группе пациентов с КИС ПА ангиопатия сетчатки по гипертоническому типу была выявлена в 27 (55,1%) случаях, в 14 (28,6%) случаях по атеросклеротическому типу.

Заключение. Таким образом, при анализе клинической картины вертеброгенного посттравматического синдрома позвоночной артерии и данных инструментального исследования можно сделать вывод о преобладании рефлекторных первично-вегетативных механизмов в формировании рефлекторно-ангиоспастического синдрома позвоночной артерии, а также о преобладании дегенеративно-дистрофических нарушений шейного отдела позвоночника в формировании компрессионно-ирритативного синдрома ПА.

Список литературы

1. Вышлова И.А., Карпов С.М., Шевченко П.П. Эффективность применения йоги при хроническом болевом синдроме в нижней части спины (обзорная статья). Современные проблемы науки и образования. 2014. № 6. С. 1106.
2. Бабанина Л.П., Зиновьева Г.А., Пузин М.Н., Метелкина Л.П., Агакина М.А. Тактика консервативного лечения вертеброгенного синдрома позвоночной артерии и оценка результатов лечения больных. Клиническая неврология. 2006. №2. С. 28-30.
3. Сулейманова М.А., Карпов С.М., Шевченко П.П., Вышлова И.А., Карпова Е.Н., Калоев А.Д. Формирование синдрома позвоночной артерии в отдаленном периоде травмы шейного отдела позвоночника. Современные проблемы науки и образования. 2015. № 5. С. 331.
4. Сулейманова М.А., Карпов С.М., Апагуни А.Э., Карпова Е.Н., Вышлова И.А. Клинико-неврологические проявления у больных с синдромом позвоночной артерии в отдаленном периоде травмы шейного отдела позвоночника. Клиническая неврология. 2015. № 3. С. 17-20.
5. Христофорандо Д. Ю., Карпов С. М., Батурич В. А., Гандылян К. С. Особенности течения сочетанной челюстно-лицевой травмы. Институт стоматологии. 2013. № 2 (59). С. 59-61.
6. Ульяченко М.И., Ходжаев А.Б., Апагуни А.Э., Карпов С.М., Назарова Е.О., Шишманиди А.К., Сергеев И.И., Власов А.Ю. Анализ дорожно-транспортного травматизма у жителей г. Ставрополя. Фундаментальные исследования. 2013. №5(2). С. 427-430.
7. Karpov S.M., Ulyanchenko M., Hodzhayan A., Apaguni A., Vishlova I., Dolgova I., Shevchenko P., Karpova E. Structure of road traffic injuries at residents of the industrial city. European science review. 2015. № 3-4. С. 23-24.
8. Omelchenko E.I., Karpov S.M., Shevchenko P.P., Belyaeva P.Y. The vertebral artery syndrome: anatomy, clinical presentation & the principles of treatment. В сборнике: Science and Practice: new Discoveries Proceedings of materials the international scientific conference. Czech Republic, Karlovy Vary - Russia, Moscow, 24-25 October 2015. Editors I.M. Shvec, L.A. Ismagilova, V.A.Gurjeva, E.A.Telegina, V.I.Sedenko. Киров, 2015. С. 754-759.
9. Karpov S.M., Dolgova I.N., Vishlova I.A. The main issues of topical diagnosis of nervous system diseases. Ставрополь, 2015.

ОПОЯСЫВАЮЩИЙ ЛИШАЙ. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ

Чаплыгин Р.А., Шевченко П.П.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия, rochip17@yandex.ru

Актуальность. Актуальность изучения опоясывающего герпеса в настоящее время обусловлена широкой распространенностью заболевания, повсеместно имеющей тенденцию к увеличению. Это может быть связано с демографическими изменениями и с увеличением числа лиц с пониженным иммунитетом. Заболевание свойственны вариабельность клинической картины острого периода, как с поражением отдель-

ных структур, так и вовлечением в патологический процесс большинства органов и систем, а также высокая частота осложнений и недостаточная эффективность известных методов терапии.

Цель. Провести анализ современных методов лечения опоясывающего лишая по литературным данным.

Результаты. Поражения нервной системы при опоясывающем герпесе занимают первое место среди проявлений этого заболевания. Ведущим в клинике данной патологии является болевой синдром, интенсивность которого зависит от степени вовлеченности периферических нервов в патологический процесс.

Через 2-7 дней на коже начинают появляться типичные для опоясывающего лишая высыпания, характерны эфемерная эритема, отек, множественные папулы, быстро трансформирующиеся в везикулы. [2]

По данным ряда авторов, при исследовании цереброспинальной жидкости при опоясывающем лишае определяется лимфоцитарный плеоцитоз [4].

Важно, что при опоясывающем герпесе распространение патологического процесса соответствует определенному дерматому на одной стороне тела (левой или правой) и не пересекает анатомической средней линии туловища, за исключением зон смешанной иннервации [4].

При объективном осмотре могут быть выявлены расстройства чувствительности в виде гиперестезии, гипестезии или анестезии, включая *anesthesia dolorosa*, и других.

При ганглионите гассерова узла наблюдаются мучительные боли, нарушения чувствительности и высыпания в зоне иннервации одной (I, II или III), двух или (редко) всех ветвей тройничного нерва. Возможно поражение III, IV, VI черепных нервов, что проявляется глазодвигательными расстройствами и птозом. Инфекция, вызываемая VZV и HSV – является наиболее частой причиной паралича Белла. Нередко герпетическое поражение VII черепного нерва проявляется не только периферическим прозопарезом, но также, при поражении коленчатого узла, – гиперакузией и гипогевзией (синдром Ханта).

Поражение VIII черепного нерва обычно дебютирует шумом в ушах. Гипо- и акузия может возникать не только при поражении слухового нерва, но также при вовлечении аппарата среднего уха. Вестибулярные расстройства обычно развиваются медленно и варьируют от легкого головокружения до грубой вестибулярной атаксии.

При локализации высыпаний в области иннервации IX черепного нерва наблюдаются боль и нарушение чувствительности в области мягкого неба, небной дужки, языка, задней стенки глотки.

Вследствие развития герпетических радикулитов и невритов иногда наблюдаются двигательные расстройства, соответствующие обычно зоне сенсорных нарушений [1].

Диагностика Herpes zoster является преимущественно клинической, возможно лабораторное подтверждение диагноза. Если заболевание протекает с нетипичной клинической картиной или необходимо дифференцировать опоясывающий герпес от других заболеваний, установить правильный диагноз возможно при обнаружении *Varicella zoster virus* непосредственно в очагах поражения. Для этого можно использовать любой из методов амплификации нуклеиновых кислот (ПЦР) или выделение вируса в культуре клеток [2].

При лечении herpes zoster различной локализации и степени тяжести необходимо раннее назначение противовирусных препаратов. Больным опоясываю-