

Всероссийское общество неврологов

**Х ВСЕРОССИЙСКИЙ
СЪЕЗД НЕВРОЛОГОВ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ**

МАТЕРИАЛЫ СЪЕЗДА

Нижний Новгород, 2012

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР Е.И. Гусев

ЧЛЕНЫ РЕДКОЛЛЕГИИ:

Г.Н. Авакян, Т.Т. Батышева, А.Н. Белова, Э.И. Богданов,
А.Н. Бойко, Л.И. Волкова, А.Б. Гехт, В.Л. Голубев, В.Н. Григорьева,
А.В. Густов, Н.Н. Заваденко, В.П. Зыков, Г.А. Иваничев, Г.Е. Иванова,
С.Н. Иллариошкин, В.А. Карлов, О.С. Левин, Я.И. Левин, М.Ю. Мартынов,
М.М. Одинак, А.С. Петрухин, М.А. Пирадов, С.А. Румянцева, В.И. Скворцова,
А.А. Скоромец, Н.Н. Спирин, Л.В. Стаховская, И.Д. Стулин, З.А. Суслина, В.Д. Трошин,
А.И. Федин, Б.Е. Шахов, В.В. Шкарин, В.М. Шкловский, В.В. Шпрах, Н.Н. Яхно

лет выявлен 2 класс функционального состояния с преобладанием симпатикотонии и с высокими показателями депрессии (18 ± 5 баллов по шкале Бека и 12 ± 4 по ГШ).

Заключение. У 87% пациентов после перенесенной ЧМТ выявлены вегетативно-эмоциональные нарушения, что требует избирательной терапии у данных пациентов.

КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИЕ И КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКИЕ (КТ) КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ ОБЪЕМНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ОЧАГА

*В.М. Шарапов, В.А. Сидорова,
А.В. Сурман, Е.Н. Архипова*

ЮЖНО-УРАЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ,
ЧЕЛЯБИНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ИНСТИТУТ ЛАЗЕРНОЙ
ХИРУРГИИ,
ЧЕЛЯБИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ
МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ,
УРАЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ, ЧЕЛЯБИНСК

Введение. Выявление клинических, иммуно-биохимических, томографических признаков отека головного мозга, является актуальной проблемой неврологии, нейрохирургии, лучевой диагностики и представляет особый интерес при черепно-мозговой травме (ЧМТ).

Материал и методы. Клинико-иммуно-биохимический и КТ анализ проведен у 225 пациентов с ЧМТ средней и тяжелой степени (очаги ушибов правополушарной локализации-85, левополушарной-67). Количественное измерение уровня IL-1 β и IL-6 в сыворотке крови, ликворе и слюне осуществлялось методикой твердофазного хемолюминесцентного иммуноанализа. Изопропанолрастворимые продукты перекисного окисления липидов (ИЗРП ПОЛ первичные, вторичные и конечные) в биологических средах определялись по методу Е.И. Львовской.

Результаты. Во всех обследованных группах пациентов независимо от право- или левополушарной локализации травматического поражения головного мозга первые признаки перифокального отека головного мозга обнаруживались уже через 24-48 часов после ЧМТ (у 225 человек) и достигали максимальной выраженности к 4-8 суткам (159 человек). При денситометрии во время проведения КТ у таких пациентов выявлялись очаги неоднородно повышенной (65-75 Н) плотности – плотности свежих свертков крови и пониженной (от 18 до 28 Н) плотности – плотности отечной и/или размозженной ткани мозга (127 пациентов с левополушарными ушибами и 98 – с правополушарными). Четко прослеживалась прямая коррелятивная зависимость между увеличением выраженности отека головного мозга с качественным и количественным нарастанием степени выраженности КТ «маркеров» объемного воздействия и ростом ИЗРП ПОЛ в крови, ликворе и слюне. При отеке головного мозга с явлениями дислокации отмечалась высокая степень коррелятивной зависимости между выраженностью данных изменений и степенью повышения содержания IL-1 β и IL-6 в сыворотке крови и, наиболее выражено, в ликворе.

Заключение. Целесообразно продолжить исследование иммуно-биохимических маркеров для диагностики и прогнозирования течения поражений головного мозга объемного характера, сопровождающихся отеком.

РАННЯЯ НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ЛЁГКОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ ПРИ ХЛЫСТОВОЙ ТРАВМЕ ШЕИ

*Е.Г. Эйдлин, Ф.А. Хабиров,
Е.В. Гранатов, Т.И. Хайбуллин,
Н.В. Садыкова*

КАЗАНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ
МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ, КАЗАНЬ

Введение. Многообразие клинической симптоматики хлыстовой травмы шеи (ХТШ) и высокая частота развития хронического постхлыстового синдрома (ХПС) не объясняется только преморбидными особенностями больного и, по всей видимости, отражает последствия сопутствующей лёгкой черепно-мозговой травмы (ЧМТ). Клинически важно своевременно выявить и прокурировать ЧМТ лёгкой степени, полученную в результате ХТШ, что позволяет предотвратить развитие ХПС.

Материалы и методы. Проведено сравнительное клинико-инструментальное исследование 110 больных с ХТШ в острой стадии I или II степени тяжести по Квебекской классификации, сочетавшейся с закрытой лёгкой ЧМТ или без таковой. Диагностика ХТШ проводилась в соответствии с критериями Раданова 1995 года. Диагностика и определение тяжести ЧМТ проводилась с учётом классификации клинических форм повреждения черепа и головного мозга Института нейрохирургии РАМН им. Н.Н. Бурденко. Исследуемая выборка была разделена на две группы: I – с изолированной ХТШ I-II степени ($n=48$, из них 8 больных с ХТШ I степени, 40 – с ХТШ II степени), II – с сочетанием ХТШ I-II степени и лёгкой ЧМТ ($n=62$, из них 60 больных с сотрясением головного мозга, 2 больных с ушибом головного мозга лёгкой степени; распределение по тяжести ХТШ – 4 больных с I степенью, 58 больных со II степенью). Нейрофизиологическое обследование включало электроэнцефалографию (ЭЭГ) и исследование соматосенсорных вызванных потенциалов (ССВП). Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием программного обеспечения «StatSoft 7,0» и Excel из пакета MS Office 2003.

Результаты. У больных, перенесших ХТШ в сочетании с лёгкой ЧМТ, зарегистрированы негрубые изменения ЭЭГ в форме увеличения спектральной мощности медленно-волновых компонентов, и ССВП в виде уменьшения амплитуды кортикальных компонентов. В тоже время указанные изменения у больных с изолированной ХТШ без признаков ЧМТ не зарегистрированы. Отмеченные нейрофизиологические отклонения в группе с лёгкой ЧМТ статистически значимо коррелировали с повышенной частотой развития ХПС с более выраженными клиническими проявлениями.

Заключение. Для своевременной диагностики лёгкой ЧМТ при ХТШ, часто субклинической, целесообразно применение нейрофизиологических методов (ЭЭГ и ССВП), позволяющих на ранних этапах объективно выявить дисфункцию головного мозга.