

чена округлая или округло-овальная форма полости с расположением в области центрального канала спинного мозга.

Данных за наличие мальформации Киари 1 по данным МРТ исследований у данных пациентов выявлено не было.

За период наблюдения (от 1 года до 4 х лет) не было установлено прогрессирования клинических симптомов заболевания, проявления новых признаков миелопатических расстройств. В большом проценте случаев консервативная терапия боли была эффективной и клинические симптомы периодически уменьшались.

Обсуждение и выводы. В литературе встречаются противоречивые мнения о том как интерпретировать клинические случаи, характеризующиеся незначительным или отсутствующим неврологическим дефицитом и наличием центрально расположенного небольшого по размерам различного по протяженности и локализации сигнала в спинном мозге по данным МРТ-исследования [1]. По данным Thomas Herrick Milhorat et al. (2000) гидромелей следует считать расширение центрального канала, сообщающееся с четвертым желудочком, наряду с этим существует мнение [5], что несирингомиелической следует считать полостеобразование, не выходящее за пределы центрального канала и не вовлекающее в процесс паренхиму спинного мозга, а, следовательно, выстланную слоем эпителиальных клеток. По мнению Florian Roser et al. (2009) постановка диагноза гидромиелии основывается на общих характерных особенностях МР-сигнала: преимущественно центральное расположение сигнала, диаметр полости до 4 мм, отсутствие явных причин спинального и краниального генеза, которые могли быть причиной развития полости в спинном мозге, отсутствии неврологического дефицита и данных о прогрессировании как клинической, так и МР-томографической [4].

Ряд авторов считают, что гидромиелия в отличие от сирингомиелии не является заболеванием, а есть состояние, требующего динамического контроля и наблюдения. Однако, в ряде случаев, если у пациентов имеются какие-либо предикторы, такие как травма например [2], то гидромиелия может быть фактором предрасполагающим к развитию сирингомиелии в дальнейшем [3].

Проведенный нами анализ 50 пациентов с признаками гидромиелии не выявил ни одного случая развития гидромиелии, сообщающейся с полостью четвертого желудочка и аномалиями КВП. При этом расширение центрального канала носило преимущественно ограниченный характер, а клиническая и МР-томографическая картина не отмечала прогрессирования.

Имеющаяся клиническая картина была минимальной и примерно в половине случаев характеризовалась наличием локальных болей, которые преимущественно носили мышечно-скелетный характер. Оценка клинических проявлений и нейро-визуальных показателей гидромиелии в динамике является одним из важных прогностических факторов и требует дальнейшего изучения для определения необходимости хирургического лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Менделевич Е.Г., Михайлов М.К., Богданов Э.И. Сирингомиелия и мальформация Арнольда-Киари. Казань: Медицина, 2002. 236 с.
2. Bogdanov E.I. Spinal injury International Neurology: A Clinical Approach. Edited by Robert P. Lisak, Daniel D. Truong, William Carroll, and Roongroj Bhidayasiri. 2009. P. 652–654.
3. Greitz D. Unraveling the riddle of syringomyelia // Neurosurgery Rev. 2006. Vol. 29. P. 251–264.
4. Florian Roser, Florian H. Ebner, Carolin Sixt et al. Defining the line between hydromyelia and syringomyelia. A differentiation is possible based on electrophysiological and magnetic resonance imaging studies // Acta Neurochir. 2010. Vol. 152. P. 213–219.
5. Thomas H. Milhorat. Classification of syringomyelia // Journal of Neurosurgery. Neurosurgical Focus. 2000. Vol. 8(3). P. 1–6.

Поступила 04.05.17.

НАРУШЕНИЯ СНА У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЕ НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Шебашева Е.В.

Республиканский клинический госпиталь ветеранов войн, г. Йошкар-Ола, Марий Эл, e-mail: elena_shebasheva@mail.ru

Проблема расстройств сна в остром периоде мозгового кровообращения относится к числу важных научных задач [1-5]. **Цель работы:** изучение частоты, причин и последствий нарушений ночного сна у пациентов, перенесших острые нарушения мозгового кровообращения, а также их влияния на качество жизни пациентов. **Материал и методы:** В исследовании проанализированы результаты опроса 40 пациентов, перенесших инсульт более года назад, не имевших когнитивных нарушений (оценка когнитивных функций по шкале MMSE [2] не менее 25 баллов). Пациентам было предложено заполнить анкету, разработанную Социологическим центром Научно-исследовательского медицинского комплекса «Ваше здоровье», которая состоит из общих вопросов, а также вопросов о наличии нарушений сна, их характеристике, возможных причинах, способах применяемой коррекции, последствиях расстройств сна. Проанализированы заполненные пациентами анкеты балльной оценки субъективных характеристик сна [1], качества сна, шкалы дневной сонливости [3]. Уровень тревоги и депрессии оценивался с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии [5]. Оценка качества жизни проводилась с использованием опросника SF-36 [4]. Статистический анализ полученных данных проведен методами описательной статистики и сравнительного анализа. Различия средних величин считали достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты: Соотношение мужчин и женщин среди исследуемых лиц составляло 1:1, преобладающий возраст обследуемых составлял 51-60 лет. 75% пациентов, перенесших острые нарушения мозгового кровообращения, имели нарушения сна различной степени выраженности, чаще оцениваемые пациентами как незначительные или умеренные (35 и 30% соответственно). Оценка качества сна по соответствующей анкете выявила невыраженные нарушения качества сна у 60% опрошенных, выраженные нарушения – у 15% опрошенных. Анкеты балльной оценки субъективных характеристик сна показали, что у 25% респондентов имелись выраженные нарушения сна. При распределении респондентов по индивидуальным особенностям хронотипа было выявлено преобладание лиц с утренним типом («жаворонки», 45%), меньшие доли составляли лица с ночным и дневным типами («совы» и «голуби», 35 и 20% соответственно). Средняя продолжительность ночного сна у большинства лиц, перенесших острые нарушения мозгового кровообращения, составляла 5-6 часов (60%), длительность засыпания у 75% опрошенных составляла не более 30 мин. Гендерных различий по данным показателям выявлено не было.

Основными причинами нарушений ночного сна являлись частые ночные пробуждения (53,3%), в 1,5 раза чаще встречающиеся среди мужчин; трудности засыпания (20%); жалобы на чувство утренней усталости, отсутствие утренней бодрости предъявляли (33,3%, с равной частотой мужчины и женщины). Повышенную дневную сонливость испытывали 35% опрошенных (мужчины в 1,5 раза чаще), при ответах на вопросы анкеты наличие храпа отметили 30% респондентов (в 2 раза чаще – мужчины). Оценка качества сна по 10-балльной шкале (1 – прекрасный освежающий сон, 10 – отсутствие сна), колебалась от 1 до 10 баллов (средний балл 3,4±1,5; среди женщин 3,1±1,1, среди мужчин 3,6±1,8 балла).

ОСОБЕННОСТИ МИОФАСЦИЛЬНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ПАНИЧЕСКИМИ АТАКАМИ

Якупов Э.З., Шиков А.С.

Казанский государственный медицинский университет, кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики, e-mail: muhaslon141@mail.ru

Лица, страдающие нарушениями ночного сна после перенесенного инсульта, отмечали развитие утомляемости (100%), раздражительности (46,7%) и ухудшения памяти (26,7% респондентов).

Анализ ответов на вопросы госпитальной шкалы тревоги и депрессии показал достоверно более высокий уровень тревоги у лиц, страдающих нарушениями сна после перенесенных острых нарушений мозгового кровообращения, по сравнению с лицами данной группы без нарушений ночного сна ($8,73 \pm 4,03$ и $7,4 \pm 1,2$ балла соответственно, $p < 0,05$); уровень депрессии в группе пациентов, страдающих нарушениями сна, также был повышен ($9,0 \pm 3,0$ и $6,4 \pm 2,58$ балла соответственно). У 95% пациентов с нарушениями сна после инсульта было зарегистрировано повышение уровня диастолического артериального давления.

Наиболее низкие значения у лиц, перенесших инсульт и страдающих нарушениями сна, были зарегистрированы по шкалам, определяющим ограничение жизнедеятельности в связи с нарушениями социальной активности (RE) и физическими проблемами (RP). Достоверные различия ($p < 0,05$) между пациентами, перенесшими острые нарушения мозгового кровообращения, с нарушениями сна и без них были зарегистрированы по шкалам физического функционирования (возможность человека выполнять физическую нагрузку в течение своего обычного дня, PF) и жизнеспособности (субъективная оценка настроения, энергичности, жизненных сил, VT). Также достоверные различия были выявлены и по интегральному показателю физического здоровья (достоверно ниже в группе пациентов, перенесших инсульт, имеющих трудности засыпания и поддержания ночного сна).

Выводы: Результаты опроса среди пациентов, перенесших острые нарушения мозгового кровообращения показали высокую распространенность нарушений сна, которые характеризуются изменением продолжительности сна, частыми ночными пробуждениями, отсутствием удовлетворенности ночным сном, а также развитием утомляемости, раздражительности, ухудшения памяти вследствие нарушений сна. Хронический дефицит сна и повышенная дневная сонливость приводят к повышенному уровню тревоги, которая коррелирует со степенью повышения диастолического артериального давления, что повышает риск сердечно-сосудистых осложнений у данных пациентов. Кроме того, расстройства сна приводят к нарушению физического и эмоционального функционирования пациентов, неизбежно снижая их качество жизни. В связи с этим необходима ранняя диагностика нарушений сна у пациентов, перенесших инсульт, для своевременной коррекции данных нарушений с целью профилактики ассоциированных соматических заболеваний, снижения риска медико-социальных и экономических последствий и улучшения качества жизни больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Протокол исследования больных с нарушениями сна. <http://www.sleepmed.ru/> / Protocol for patients with sleep disorders. <http://www.sleepmed.ru/> [Russian].
2. Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R. «Mini-mental state». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician // Journal of psychiatric research. 1975. Vol. 12 (3). P. 189–98.
3. Johns M.W. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth Sleepiness Scale // Sleep. 1991. Vol. 14. P. 540–545.
4. Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M., Gandek B. SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide // The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass. 1993.
5. Zigmond A.S., Snaith R.P. The hospital anxiety and depression scale // Acta Psychiatr Scand. 1983. Vol. 67, № 6. P. 361–370.

Поступила 04.05.17.

Известно, что в клинической практике типичным является сочетание миофасциального болевого синдрома и панического расстройства [1-5]. *Цель исследования:* выявить особенности миофасциального болевого синдрома у пациентов с паническими атаками. *Материалы и методы:* В исследование включены 50 пациентов (39 женщин и 11 мужчин) в возрасте от 18 до 54 лет (средний возраст – $30,9 \pm 8,9$). Диагноз устанавливался на основании МКБ 10. Средняя продолжительность заболевания ПА составила $2,8 \pm 2,25$ года (от 6 месяцев до 9 лет), а средняя продолжительность МФБС $2,01 \pm 1,82$ (от 2 месяцев до 7 лет). Для постановки диагноза МФБС использовались следующие критерии: «Большие» (необходимо наличие всех 5): 1) жалобы на региональную боль; 2) пальпируемый «тугой» тяж в мышце; 3) участок повышенной чувствительности в пределах «тугого» тяжа; 4) характерный паттерн отражённой боли или чувствительных расстройств (парестезий); 5) ограничение объёма движений. «Малые» (необходимо наличие 1 из 3): 1) воспроизводимость боли или чувствительных нарушений при стимуляции (пальпации) триггерной зоны (ТЗ); 2) локальное сокращение при пальпации ТЗ заинтересованной мышцы или при инъекции в ТЗ; 3) уменьшение боли при растяжении мышцы или при лечебной блокаде или уколе «сухой» иглой [4]. Обследование проводилось в активный период (обострения) обоих заболеваний.

Всем пациентам проводилось клинично-неврологическое обследование с мануальным тестированием, скрининговая оценка уровня тревоги по Шкале Спилберга (State Trait Anxiety Inventory - STAI) в адаптации Ю.Л. Ханина и депрессии по Шкале депрессии Гамильтона (HRDS) [1]. С целью выявления и оценки гипервентиляционного синдрома (ГВС) использовался Наймигенский опросник (НО) [5] и проводился гипервентиляционный провокационный тест (ГПТ). В специально разработанной карте отмечались болезненные области с указанием локализация активных и латентных триггерных точек (ТТ). Интенсивность болевого синдрома оценивалась с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ).

Результаты: Более чем 80% пациентов связывают возникновение МФБС с ПА. Интересно отметить, что 70% обследованных отмечают повышение интенсивности боли через несколько часов после очередного приступа ПА. Это может объясняться тем, что во время ПА основное внимание направлено на другие симптомы, кажущиеся пациенту более жизнеугрожающими, а после того, как их актуальность снижается, на первый план выходят болевые феномены. Выраженность болевого синдрома по ВАШ в среднем составляла $4,94 \pm 1,36$ баллов (от 3 до 7 баллов).

При оценке уровня депрессии и тревоги, была замечена определённая тенденция их повышения в зависимости от интенсивности боли (рис. 1). Пациенты с 3 баллами по ВАШ имели умеренный уровень тревожности и не имели депрессии.