

Цереброваскулярные нарушения и синдром вегетативной дистонии у детей (подростков) и пациентов молодого возраста. Клинико-диагностические алгоритмы терапии

М. Ф. Абрамова, к.м.н., невролог, специалист ультразвуковой диагностики, врач высшей категории^{1,4}, доцент кафедры²

И. А. Степанова, специалист ультразвуковой диагностики, невролог, сотрудник Московского городского центра по изучению цереброваскулярной патологии у детей и подростков³

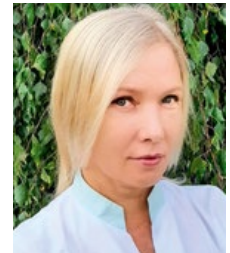
К. В. Абрамов, зав. отделением реабилитации, адаптации, социализации, врач-психиатр, детский психотерапевт^{1,4}

Т. Н. Казыкина, зам. главного врача⁴, педиатр, врач высшей категории

Т. М. Васильева, главный врач⁴, педиатр, врач высшей категории



М. Ф. Абрамова



И. А. Степанова



К. В. Абрамов



Т. Н. Казыкина



Т. М. Васильева

¹ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков имени Г. Е. Сухаревой» Департамента здравоохранения г. Москвы

²Кафедра ультразвуковой диагностики ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва

³ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница» Департамента здравоохранения г. Москвы

⁴ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 125» Департамента здравоохранения г. Москвы

Cerebrovascular disorders and autonomic dystonia syndrome in children (adolescents) and young patients. Clinical diagnostic therapy algorithms

M. F. Abramova, I. A. Stepanova, K. V. Abramov, T. N. Kazykina, T. M. Vasilyeva

Scientific and Practical Center for Mental Health of Children and Adolescents n.a. G. E. Sukhareva, Russian National Research Medical University n.a. N. I. Pirogov, City Children's Polyclinic No. 25, Morozov Children's City Clinical Hospital; Moscow, Russia

Резюме

Выраженные нарушения церебральной гемодинамики (преимущественно венозной) у пациентов подросткового и молодого возраста приводят к нарушениям вегетативной нервной системы (до панических атак), а затем к снижению когнитивных функций, развитию астенических состояний. Нами предложены варианты комплексной терапии в течение 2 месяцев под контролем методов УЗДГ (ультразвуковой транскраниальной доплерографии) с назначением не только вазоактивных препаратов, но и обязательно препаратов с ноотропным действием.

Ключевые слова: ультразвуковая транскраниальная доплерография, церебральная венозная гемодинамика, нарушения вегетативной нервной системы.

Summary

The expressed disturbances of a cerebral hemodynamics (mainly venous) at patients of teenage and young age lead to disturbances of the vegetative nervous system (before the panic attacks), and then to decrease of cognitive functions, and to development of asthenic states. We offered options of complex therapy within 2 months under control of the ultrasonic methods (ultrasonic transcranial dopplerography). Appointment of vasoactive drugs and also drugs with nootropic action is necessary.

Key words: ultrasonic transcranial dopplerography, cerebral venous hemodynamics, disturbances of the autonomic nervous system, the panic attacks.

Основным проявления цереброваскулярной патологии у пациентов детского и молодого возраста относятся головные боли, синкопальные состояния, нарушения мозгового кровообращения (от ТИА до ишемического инсульта), а также нарушения вегетативной нервной системы (ВНС) [1, 2, 3].

Регуляторная функция вегетативной нервной системы (симпатического и парасимпатического отделов) осу-

ществляется как в физиологических, так и при патологических условиях (компенсаторные реакции) [4, 5, 6]. Нарушения церебральной гемодинамики влияют на центральный и вегетативный отделы нервной системы с первоначальными клиническими появлениями симптомов дисфункции ВНС и дальнейшими изменениями в состоянии мозгового кровотока (изменение сосудистого тонуса

и скорости кровотока в артериальных и венозных сосудах). Большое значение (иногда определяющее) имеют нарушения церебрального венозного кровообращения и ликвородинамики. Постоянство церебрального кровотока поддерживает деятельность головного мозга, развитие психовегетативного синдрома связано с дисфункцией надсегментарного отдела вегетативной нервной системы. Этиология вегета-

тивной дисфункции: неблагоприятное течение беременности и родов (нарушение созревания клеточных структур надсегментарного аппарата), натальные травмы ЦНС и шейного отдела позвоночника, повреждения центральной нервной системы (травмы черепа, опухоли), гормональный дисбаланс (пре- и пубертатный период, врожденные и приобретенные заболевания желез внутренней секреции, ранняя менопауза, аборт), избыточная масса тела, а также длительная статическая нагрузка при занятиях с компьютерами, телефонами и другими устройствами. При этом провоцирующими могут быть психогенные и физиологические факторы (психоэмоциональные особенности личности: повышенная тревожность, депрессивные нарушения, психоэмоциональное напряжение, конфликтные ситуации, умственное и физическое переутомление [занятия в специализированных школах, спортивных секциях], перенесенные инфекции, оперативные вмешательства, наркоз при операциях, отравления, длительное воздействие высоких температур, пребывание в различных климатически неблагоприятных условиях и т.д.) [7, 8].

В клинической картине у пациентов наиболее ярко нарушения вегетативной нервной системы проявляются пароксизмальными вегетативными кризами до панических атак, сопровождающихся выраженными ангиодистоническими реакциями симпатического и парасимпатического отделов нервной системы. Клинические признаки характеризуются синдромами: кардиальным, кардиоваскулярным, астеновегетативным, цереброваскулярным, периферических сосудистых нарушений. Нарушения вегетативной нервной системы у 60% детей проявляются вегето-висцеральной дисфункцией, с 11–12 лет также отмечаются расстройства сна, сонливость, вспышки возбудимости, вазомоторные пароксизмальные состояния до панических атак (у 82%) как с повышением АД, интенсивными головными болями и кардиалгиями, так и со снижением АД, колебаниями ЧСС (частоты сердечных сокращений), затруднением дыхания, гипергидрозом. Синдром вегетативной дистонии (СВД) — наиболее распространенный диагноз у подростков [9, 10].

Разнообразие клинических проявлений СВД у пациентов молодого возраста приводит их к врачам разных специальностей. Головные боли, головокружения, обмороки, панические атаки, как правило, часто приписываются астено-невротическим, депрессивным состояниям, и пациенты годами посещают психотерапевтов, психиатров, неврологов. Но длительная хроническая гипоксия, а затем, возможно и ишемия, вызванная нарушениями венозного или артериального кровотока, могут повлиять на развивающийся мозг ребенка. Также и у пациентов молодого возраста на фоне хронического нарушения гемо- и ликвородинамики происходят снижение когнитивных функций (снижение памяти, настроения), астенические состояния.

При выборе терапии исследования брахиоцефальных сосудов проводят у небольшого количества пациентов, при этом независимо от результатов, которые не анализируются должным образом и не учитываются, пациентам проводится стандартное лечение: антидепрессанты или нейролептики, с назначением различных препаратов сосудистого и ноотропного действия. Терапия церебральных сосудистых нарушений у детей и подростков, к сожалению, как и диагностика, являются предметом постоянных дискуссий не только из-за недостаточной информированности, но и из-за отсутствия медикаментозных средств, назначаемых детям. У всех необходимых в этих случаях препаратов есть противопоказания в детском и подростковом возрасте до 12 (18) лет в связи с недостаточностью данных.

Поиск новых препаратов, участвующих в метаболизме центральной нервной системы, имеет большое значение в практической медицине (детской и взрослой неврологии и психиатрии). В норме передача нервных импульсов осуществляется за счет активирования ацетиламиноянтарной кислоты в ЦНС. Катализатором процесса передачи импульсов в нервных клетках является калия ацетиламиносукцинат, который содержится в препарате Когитум. По литературным данным, основой для запуска различных биохимических реакций

в митохондриях определенных областей ЦНС является специфический метаболит N-ацетиласпартат (NAA), синтезируемый из аспартата и ацетил-кофермента А. Диагностическое значение NAA-маркера дисфункции нейрона показано многочисленными исследованиями — магнитно-резонансной спектроскопией (MRS). Отмечено, что Когитум не отличается по химическим и терапевтическим свойствам от NAA. Препарат может восстанавливать нарушения вегетативной нервной системы, участвует в синтезе РНК и ДНК, что обуславливает его ноотропное (когнитивные функции, сон, концентрация внимания, память) вегетостабилизирующее (антиастеническое), адаптогенное, общетонизирующее действия.

Цель исследования: изучение возможных вариантов нарушений гемодинамики у пациентов с синдромом вегетативных нарушений. Выбор дифференцированного, патогенетически обоснованного лечения.

Материалы и методы

В амбулаторных условиях (125-я детская поликлиника СВАО, Институт психического здоровья и аддиктологии) обследованы 40 пациентов детского возраста 12–15 лет (18 мальчиков и 22 девочки), а также 39 пациентов 25–40 лет (19 мужчин и 20 женщин) с жалобами на головные боли, выраженные вегетативные нарушения, быструю утомляемость, раздражительность, панические атаки, трудности в обучении, снижение памяти, невнимательность, нарушения сна.

Исследование сосудов головного мозга (транскраниальная ультразвуковая доплерография (ТКДГ), дуплексное сканирование (ТКДС) проводились доплеровскими анализаторами «Ангиодин» («БИОСС», Россия) по стандартной методике с использованием импульсного режима и транскраниального зонда с частотой излучения 2 МГц [11], секторным мультимодальным датчиком 2,5–5,0 МГц на медицинском ультразвуковом сканере Arlio MX (Toshiba, Япония). Лоцировались интракраниальные сосуды: средние, передние, задние мозговые артерии, внутренние сонные, глазные, позво-

ночные артерии, а также кавернозные синусы, глазные вены и вены позвоночных сплетений. Исследование глубоких вен мозга прямого синуса и большой вены мозга (вены Галена) проводилось через трансокципитальный доступ в области наружной затылочной бугристости на глубине 56 и 65 мм соответственно [12, 13] в состоянии функционального покоя и до функциональных проб. Пробы Вальсальвы, ортостатические (орто- и антиорто-) проведены в классическом виде, а также модифицированном для детского возраста [14].

Количественная оценка показателей артериального мозгового кровотока включала измерение максимальной систолической скорости кровотока ЛСК (V_s), максимальной конечной диастолической скорости кровотока ЛСК (V_d), индексов цереброваскулярного сопротивления: индекса пульсации Гослинга $PI = (V_s - V_d) / V_m$, индекса сопротивления Пурсело $RI = (V_s - V_d) / V_s$. При количественной оценке показателей венозного кровотока анализировали максимальную скорость кровотока ЛСК (V_{max}), соответствующую фазе диастолы. При исследовании церебрального венозного кровотока определялась максимальная скорость кровотока (V_{max}) по вене Галена и прямому венозному синусу в состоянии покоя, при пробе Вальсальвы, ортостатических пробах. Обследования проводились во всех группах до и через 2 месяца после начала терапии. Результаты исследования оценивались с помощью программы статистического анализа Microsoft Excel XP и Statistica 6.0. Количественные данные представлены в виде $M \pm \sigma$, где M (mean) — среднее значение в группе, σ — стандартное отклонение данных в выборке. Для оценки болевого синдрома применялись шкала ВАШ.

Клинические проявления	I		II		III		IV	
	I	IA	II	IIA	III	IIIA	IV	IVA
Головные боли, %	100	76	100	62	100	87	100	49
Головокружения, %	85	70	85	60	78	60	100	61
Панические атаки, %	91	77	87	30	88	71	92	28
Нарушение сна, %	97	68	85	42	80	54	88	34
Метеочувствительность, %	96	80	97	55	90	72	92	31

Таблица 2
Динамика интенсивности головной боли по шкале ВАШ

Группы	Средний показатель в баллах	До лечения	После лечения
I		7,1	5,7
II		7,7	4,3
III		7,3	6,1
IV		7,0	4,1

Для объективизации когнитивных нарушений применялись тест на произвольное внимание по методике фигурных таблиц (НИИ физиологии детей и подростков), исследование объема внимания точками (15 с на запоминание расположения семи точек на карточках), исследование вербальной памяти (тест на запоминание 10 слов по А. Р. Лурия).

Результаты

Для лечения церебральных венозных нарушений нами разработаны краткие курсы препаратов с венотоническим действием (эскузан, диакарб) и ницерголина (сермиона) 5 мг у пациентов молодого возраста, а также когитум 5 мл и когитум 10 мл (схемы № IIА, IVА).

Пациенты с выраженными клинико-ультразвуковыми нарушениями венозной церебральной гемодинамики распределены на группы:

- I группа — 20 детей 12–15 лет до лечения и через 2 месяца (группа IA) после стандартного лечения (нейротрофические препараты, витамины и т. д);

- II группа — 20 детей 12–15 лет до лечения и через 2 месяца после терапии (группа IIA) (когитум 5 мл, диакарб 0,25 мг, эскузан);
- III группа — 19 пациентов 25–40 лет до лечения и через 2 месяца (группа IIIA) после стандартного лечения (нейротрофические препараты, витамины и т. д);
- IV группа — 20 пациентов 25–40 лет до лечения и через 2 месяца после лечения (группа IVA) (когитум 10 мл, диакарб 0,25 мг, эскузан, сермион 10 мг).

В табл. 1, 2 и 3 представлена динамика клинических симптомов пациентов всех групп на фоне лечения.

Значительная положительная симптоматика отмечена при назначении комплексной терапии в группах IIА и IVА: когитум (5 мл после еды утром) — 2 месяца; диакарб (0,25 мг утром до еды) — два раза в неделю; эскузан (20 мг) по восемь капель три раза в первые 2 недели в 1-м и 2-м месяцах лечения; ницерголин (сермион) 5 мг два раза в день (у пациентов молодого возраста).

Таблица 3
Результаты терапии. Динамика когнитивных нарушений в группах

Средний показатель	До лечения				После лечения			
Группы	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Тест на произвольное внимание «Фигурные таблицы»*	34	31	37	39	30	22	32	25
Исследование объема внимания точками (7 точек)**	4,4 точки	4,3 точки	5,7 точки	5,9 точки	5,7 точки	6,6 точки	6,0 точки	6,8 точки
Исследование вербальной памяти («10 слов» А. Р. Лурия)***	5,6	5,5	7,7	8,0	7,0	8,5	8,1	9,3

Примечания: * — тест на произвольное внимание по методике фигурных таблиц (НИИ физиологии детей и подростков); ** — исследование объема внимания точками (дается в течение 15 с на запоминание расположения семи точек на карточках); *** — исследование вербальной памяти (запоминание 10 слов по А. Р. Лурия).

Таблица 4
Скоростные характеристики венозного оттока по глубоким венам мозга до и после комплексной терапии

Глубокие вены мозга	Норма	I группа (АСК, см/с)			II группа (АСК, см/с)			III группа (АСК, см/с)			IV группа (АСК, см/с)		
		До лечения	1 курс	2 курс	До лечения	1 курс	2 курс	До лечения	1 курс	2 курс	До лечения	1 курс	2 курс
Прямой синус	26,9 ± 3,0	55,0 ± 6,8	49,0 ± 2,6	37,0 ± 3,3	54,0 ± 8,2	30,0 ± 4,3	23 ± 4,2	54,0 ± 7,8	48,0 ± 2,5	38,0 ± 3,5	59,0 ± 9,1	31,0 ± 5,2	27,0 ± 2,3
Вена Галена	21,9 ± 3,0	52,0 ± 8,7	42,0 ± 6,3	36,0 ± 3,4	48,0 ± 7,2	28,0 ± 2,2	22 ± 3,5	52,0 ± 10,0	41,0 ± 7,3	34,0 ± 3,1	54,0 ± 8,3	30,0 ± 3,7	23,0 ± 3,2

Обследование после окончания лечения показало улучшение общего соматического состояния, уменьшение интенсивности головных болей, головокружений, панических атак уже в течение месяца терапии в группах II и IV, что субъективно улучшало самочувствие пациентов (табл. 2).

У пациентов молодого возраста IV группы до лечения на ТКДГ отмечались выраженные венозные нарушения, высокие цифры сосудистого тонуса, которые к концу 2-го месяца значительно уменьшились (практически до нормы), также уменьшились выраженность симптомов вегетативной дисфункции, улучшились внимание, память, настроение.

Данные по исследованию церебрального кровотока (ТКДГ) до и после лечения представлены в табл. 4.

По данным ЭЭГ, у пациентов до лечения отмечена заинтересованность мезенцефальных отделов подкорковых структур, височных и затылочных областей. После первого курса лечения восстановление (улучшение) наблюдалось у 59% детей, а также значительное восстановление электрической активности мозга (уменьшение индекса медленных волн) в височных и затылочных областях у 82% детей по сравнению с контрольными группами соответствующего возраста (в I и III группах — 40 и 45% соответственно), что согласуется с данными других авторов [15].

Регресс клинических проявлений в группах I и III через 2 месяца представлен в табл. 1. Выраженный регресс когнитивных и астенических нарушений регистрировался через 2 месяца лечения — выраженное улучшение состояния пациентов на фоне восстановления гемодинамических показателей: практически отсутствие (или редкие) головных болей, носовых кровотечений, головокружения, значительно (до 28%) снизилась частота и интенсивность вегетативных кризов

(панических атак, вплоть до полного их регресса в последующие месяцы наблюдения.

В группах I и III улучшение к концу лечения было незначительным.

Обсуждение

Цереброваскулярные (васкулоцеребральные) нарушения играют большое значение в развитии головных болей, симптомов вегетативной дистонии у пациентов различного возраста. Как правило, у детей 10–12 лет и наиболее часто у пациентов молодого возраста (18–45 лет) эти нарушения представлены клиникой венозной энцефалопатии и являются масками различных неврологических и даже психических состояний.

Необходимо отметить, что у этих пациентов часто отмечаются нарушения внимания, настроения и памяти и другие когнитивные расстройства.

Неоднократно представлено в отечественной и зарубежной литературе значение сосудистого (венозного и артериального) фактора при развитии данной клиники [16–24]. Однако при выборе медикаментозной терапии церебральных нарушений гемодинамики имеются определенные трудности, так как отсутствует патогенетическое обоснование, возможно, с этим связаны неудачи или кратковременность эффекта от терапии «вслепую», игнорирующей диагностические методы. К сожалению, пациентов с вегетативной дисфункцией обычно направляют только к неврологу или психиатру, проводится стандартное лечение: антидепрессанты, нейролептики и случайный выбор из широкого ряда препаратов вазоактивного и ноотропного действия. Учитывая наличие выраженных нарушений церебральной венозной гемодинамики, развитие микроциркуляторных нарушений у пациентов подросткового и молодого возраста, выраженные нарушения вегетативной нервной системы, нами предложены различные варианты ком-

плексной терапии в течение 2 месяцев под контролем методов УЗДГ. При этом необходимо назначение не только вазоактивных препаратов, что используется в стандартных назначениях, но обязательно введение препаратов с ноотропным действием.

Нами отмечена высокая эффективность приема препарата Когитум при отсутствии побочных нежелательных эффектов, так как происходит улучшение энергетического баланса и активация метаболизма нервных клеток, что проявляется восстановлением (улучшением) работы вегетативной нервной системы (вегетостабилизация астенически состояний), когнитивных нарушений, сна, концентрации внимания, памяти (что обусловлено синтезом РНК и ДНК).

Заключение

Комплексное исследование церебрального артериального и венозного кровотока с определением скоростных характеристик необходимо проводить у пациентов подросткового и молодого возраста с проявлениями венозной энцефалопатии с вегетативными кризами по типу панических атак. Основным является нарушение венозного церебрального кровообращения, которое приводит к выраженным когнитивным расстройствам, что снижает трудоспособность и приводит к ухудшению качества жизни.

Выводы

Комплексная терапия под контролем методов ультразвуковой диагностики имеет патогенетическое обоснование и дает возможность влиять на различные этапы развития нарушений, определяет более быстрый и стойкий клинический эффект. На основании полученных результатов при клинической картине синдрома вегетативной дистонии у пациентов подросткового и молодого возраста (12–40 лет) необходимо применять препараты ноотропного действия,

восстанавливающие метаболические процессы вегетативной и центральной нервной систем. Прием препарата Когитум должен быть не менее 2 месяцев с повторным приемом через 6 месяцев.

Список литературы

1. Трошин В. М. Ангioneврология детского возраста / В. М. Трошин, Е. М. Бурцев, В. Д. Трошин. Н. Новгород, 1995. — С. 348–384.
2. Бурцев Е. М. Нарушения мозгового кровообращения в молодом возрасте / Е. М. Бурцев // Клинич. медицина 1986. — № 9. — С. 30–36.
3. Гемодинамика головного мозга у подростков с артериальной гипертензией (соавт.: Салихова Е. А., Машин В. В., Белов В. Г.). Клиническая физиология кровообращения. 2010. № 2. С. 48–52.
4. Аббакумов С. А. Нейроциркуляторная дистония // Врач. — 1997. — № 2. С. 6–8.
5. Амосова Е. Н. Нейроциркуляторная дистония / В кн.: Клиническая кардиология. — К.: Здоровье. — 2002. — Т. 2, глава 7. С. 755–787.
6. Исаев Д. Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. — СПб.: Речь, 2005. — 400 с.
7. Беленков Ю. Н., Оганова Р. Г. Вегетативная дисфункция сердца. — М.: Гэотар-Медиа., 2008. С. 158–168.
8. Белозеров Ю. М., Агапитов А. И., Леонтьева И. В. Возможности суточного мониторингирования артериального давления в диагностике и лечении сосудистых дистоний в детском возрасте. // Современные технологии в педиатрии и детской хирургии. — 2002. — С. 63–71.
9. Латфуллин И. А. Нейроциркуляторная дистония: диагноз или синдром? // Кардиология. — 2008. — № 4. С. 59–61.
10. Маколкин В. И. Нейроциркуляторная дистония: миф или реальность? // Кардиология. — 2008. — № 4. С. 62–65.
11. Aaslid R., Markwalder T., Nornes H. Noninvasive transcranial Doppler ultrasound recoding of flow velocities in basal cerebral arteries II J. Neurosurg. 1982. V. 57. P. 769–774.
12. Ralf W. Baumgartner, MD; Arto C. Nirkko, MD; René M. Müri, MD; Friedrich Gönner, MD. Transcranial Power-Based Color-Coded Duplex Sonography of Cerebral Sinuses and Veins. Stroke. 1997; 28: 1319–1323
13. Абрамова М. Ф., Новоселова С. Н., Степанова И. А. Современные принципы ультразвуковой диагностики церебрального кровотока у детей в возрастном аспекте. Нормативные показатели. Учебно-методическое пособие. 2016. С. 84. ISBN: 978-5-7982-0353-6.
14. Абрамова М. Ф., Новоселова С. Н. Патент на изобретение Способ определения скрытой церебральной венозной недостаточности у детей № 2549672 27.04.2015.
15. Исаев Д. Н., Иванов Г. А., Онопричук Е. И. соавт. Электроэнцефалографические особенности при вегетативно-сосудистой дистонии у детей. // Обзоры психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. 1994. — № 3. — С. 133–135.
16. Батурова Е. А. Ультразвуковая доплеровская диагностика венозной дисгемии у детей школьного возраста с диагнозом вегетосудистой дистонии в условиях поликлиники. // Рос. пед. журнал. — 2000. — № 1. С. 26–29.
17. Холоденко М. И. Расстройства венозного кровообращения в мозгу. — М.: Медицина, 1963. — 226 с.
18. Неймарк Е. З. К дифференциальной диагностики венозных инсультов / Е. З. Неймарк // Дифференцированное применение психотропных средств в психиатрии и неврологии. Диагностика, клиника и лечение инсультов. — Львов, 1971. — С. 357–360.
19. Бердичевский М. Я. Венозная дисциркуляторная патология головного мозга. М. Медицина, 1989. — 224 с.
20. Шахнович В. А. Нарушение венозного кровообращения головного мозга по данным транскраниальной доплерографии // Ультразвуковая доплеровская диагностика сосудистых заболеваний / Под. ред. Никитина Ю. М., Труханова А. И. М.: Видар, 1998. С. 355–400.
21. Шумилина М. В. Нарушения венозного церебрального кровообращения у пациентов с сердечно-сосудистой патологией: дисс. д-ра. мед. наук / М. В. Шумилина. — М., 2003. — 233 с.
22. Абрамова М. Ф., Новоселова С. Н., Степанова И. А., Шурупова Н. С. Клинические особенности нарушений церебральной венозной гемодинамики у детей. Возможности терапии под контролем ультразвуковой диагностики. Consilium Medicum Т. 18, № 9, 2016, с. 73–80.
23. Абрамова М. Ф. Церебральный венозный кровоток. Вопросы нормы, патологии, диагностики в детском возрасте. Особенности ведения пациентов в амбулаторных условиях. Клиническая физиология кровообращения / НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН / 2013, № 3, с. 65–71.

Для цитирования. Абрамова М. Ф., Степанова И. А., Абрамов К. В., Казыкина Т. Н., Васильева Т. М. Цереброваскулярные нарушения и синдром вегетативной дистонии у детей (подростков) и пациентов молодого возраста. Клинико-диагностические алгоритмы терапии // Медицинский алфавит. Серия «Неврология и психиатрия». — 2019. — Т. 3. — 24 (399). — С. 23–27.



Научно-практическая конференция

Пожилой пациент в психиатрии и неврологии

4 октября 2019, Сочи

Председатель:

Гаврилова Светлана Ивановна — д. м. н., профессор, заведующая отделом гериатрической психиатрии ФГБНУ Научный центр психического здоровья.

В программе конференции:

- Методы персонализированной терапии в геронтопсихиатрии
- Иммунофенотипы мягкого когнитивного снижения
- Додементные когнитивные нарушения: инновации в диагностике и терапии
- Роль нейротрофинов в функционировании мозга в норме и при развитии болезни Альцгеймера
- Роль параметров системной гемодинамики в метаболизме амилоидного белка при деменциях
- Система гемостаза у больных с болезнью Альцгеймера и синдромом мягкого когнитивного снижения
- Роль мультимодальной МР-нейровизуализации для диагностики синдрома мягкого когнитивного снижения
- Психопатология пожилого и старческого возраста в свете биопсихосоциальной концепции: феноменология и факторы, определяющие результативность лечения
- Когнитивные нарушения при цереброваскулярных заболеваниях
- Ранние маркеры патологического старения ЦНС
- Клиника памяти — новая форма лечебно-реабилитационной помощи пожилым пациентам с когнитивными расстройствами
- Холинергическая терапия болезни Альцгеймера: новые возможности
- Прогрессирования когнитивного дефицита у родственников I степени родства пациентов с болезнью Альцгеймера
- Оптимизация антидепрессивной терапии у пожилых больных
- Современные подходы к терапии лобно-височных деменций
- Алгоритм антидементной терапии при болезни Альцгеймера
- Патологические реакции горя у больных пожилого возраста: клиника и лечение
- Нейротрофические подходы в оптимизации антидепрессивной терапии в позднем возрасте
- Современные гериатрические стратегии в лечении коморбидных пациентов
- Лечение когнитивных нарушений цереброваскулярного генеза

Место проведения: г. Сочи, Олимпийский проспект, д. 40, Образовательный центр Сириус

Регистрация и начало работы выставки в 09.00. Начало научной программы конференции в 10.00

Документация по данному учебному мероприятию представлена в Комиссию по оценке учебных мероприятий и материалов для НМО (www.sovetnmo.ru)

Предварительная регистрация и подробная информация:

на сайте www.eecmedical.ru, по телефонам +7 (495) 592-06-59, +7 (916) 567-35-29

