

Тезисы молодых ученых, представленные к XVIII Междисциплинарной конференции «Вейновские чтения» (10–12 февраля 2022 г., Москва)

Abstracts of young scientists presented for XVIII Interdisciplinary Conference 'Wein Readings' (February 10–12, 2022, Moscow)

Реабилитация когнитивных нарушений у лиц, перенесших новую коронавирусную инфекцию, с позиции возможностей клиники превентивной медицины

И. В. Авдеева^{1,2}, Е. А. Лысых¹

¹ФГАОУ ВО НИУ «Белгородский государственный университет», Белгород

²ООО МЦ «РИВЬЕРА», Белгород

Актуальность. Не вызывает сомнений актуальность проблемы когнитивных нарушений после перенесенной новой коронавирусной инфекции (COVID-19) [Гусев Е. И., Мартынов М. Ю., Бойко А. Н. и др., 2020]. Патогенетические аспекты развития когнитивных нарушений являются результатом множества причин: прямое повреждение вирусом коры мозга и подкорковых структур, нейровоспаление на фоне гиперцитокинового пула, тяжелая коагулопатия, ИВЛ, седация, побочные эффекты препаратов и пр. [Белоцерковская Ю. Г., Романовских А. Г., Смирнов И. П., Синопальников А. И., 2021; Dos Santos M. F., Devalle E., Aran V. *Et al.*, 2020]. При этом до сих пор ведется поиск оптимальной схемы коррекции когнитивных нарушений у таких пациентов.

Цель исследования. Оценка эффективности комбинированной терапии когнитивных нарушений у пациентов, перенесших COVID-19, с применением интервальной гипоксии-гипероксической терапии (ИГГТ) в комбинации с пептидным препаратом Актовегин.

Материалы и методы. Исследование носило характера проспективного. Включены пациенты ($n = 64$; средний возраст $49 \pm 4,1$ года) с умеренными когнитивными нарушениями, разделенные на основную ($n = 32$) и контрольную ($n = 32$) группы. Критерий включения: подтвержденная COVID-19 в течение 12 месяцев, MMSE 24–27 баллов. Пациенты основной группы получали 15 сеансов ИГГТ (циклы гипоксии/гипероксии 15/40% O_2) и препарат пептидной природы Актовегин («Такеда Австрия ГмбХ», Австрия) в дозе 0,4 г внутривенно однократно в день, курс терапии 15 дней, контрольной – только 15 сеансов ИГГТ. Контроль состояния проведен по MMSE. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программы Statistica 13.3, а также методов параметрического и непараметрического анализа.

Результаты. По прошествии курса результаты пациентов основной группы – MMSE $28,2 \pm 0,2$, контрольной – $27,1 \pm 0,4$ балла, при $p < 0,05$ (на старте терапии – $27,4 \pm 0,3$ и $26,8 \pm 0,1$ соответственно).

Заключение. С учетом отсутствия четких стратегий назначения фармакотерапии когнитивных нарушений у пациентов, перенесших COVID-19, а также полученных результатов в столь короткий срок наблюдения (15 дней), включение пептидных препаратов в схемы коррекции когнитивной дисфункции может быть стартом для создания эффективных схем терапии таких постковидных осложнений, как когнитивные нарушения и пр. в условиях современных клиник превентивной медицины.

25-ОН витамин D при головокружении

А. С. Беденко

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), Москва

Актуальность. Головокружение различного генеза является одной из наиболее частых причин обращения к неврологу, составляя, по разным источникам, 10–20%. Вестибулярное головокружение обусловлено поражением вестибулярного анализатора на центральном или периферическом уровне. Наиболее частая причина вестибулярного головокружения – доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение, другой значимой причиной рецидивирующего вестибулярного головокружения является вестибулярная мигрень.

Цель исследования. Уточнение наличия и характера метаболических расстройств среди пациентов с нарушениями вестибулярной системы на центральном и периферическом уровнях.

Материалы и методы. В исследование вошли 89 пациентов, из них 53 имели доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение, 36 – центральные вестибулярные нарушения. Всем пациентам было проведено нейровестибулярное обследование, включавшее оценку нистагма, координаторных проб, теста с интенсивным встряхиванием головы, пробы Хальмаги, позиционных проб (Дикс – Холлпайка и Маклюра – Пагини). Всем пациентам было выполнено исследование на 25-ОН-витамин D с помощью ИФА. Интенсивность головокружения оцени-

васаль с помощью шкалы оценки тяжести головокружения (ШОГ). Для статистической обработки использовались программы Statistica и Stattech.

Результаты. Среди пациентов в группе с ДППГ Уровень 25-ОН витамина D варьировал от 5,2 до 42,0 нг/мл, средний уровень составил $19,5 \pm 9,07$, медиана – 17, верхний и нижний квартили составляют 24,8 и 13,0 соответственно. Пациенты с ДППГ были разделены на две группы в зависимости от рецидивирования. При сопоставлении показателя «25-ОН витамин D», в зависимости от показателя рецидивирования, были установлены статистически значимые различия ($p = 0,008$), медианное значение в группе с рецидивированием – 15, без рецидивирования – 22 нг/мл. Использован критерий U-критерий Манна – Уитни. При ROC-анализе выявлено пороговое значение 25-ОН витамина D 22,3 нг/мл (рецидивирование планируется при значении ниже этого параметра). В группе с центральными вестибулярными нарушениями медиана уровня 25-ОН-витамина D – 24 нг/мл (Q1–16; Q2–36), что соответствует недостаточности. Следует отметить, что у 38,9% значения 25-ОН-витамина D были менее 20 нг/мл, что соответствует дефициту, у 25,0% соответствовали недостаточности. Нормальные уровни 25-ОН витамина D (свыше 30 нг/мл) отмечались лишь у 13 пациентов, что составило 36,1%. Из группы пациентов с ДППГ мы выбрали 30 пациентов, сопоставимых по полу и возрасту с группой пациентов с центральными вестибулярными нарушениями. Сравнительный анализ не продемонстрировал отличий по показателю 25-ОН-витамина D.

Заключение. Недостаток витамина D является предиктором рецидивирования ДППГ. Отсутствие различий между группами с центральными и периферическими вестибулярными нарушениями обусловлено, вероятнее всего, повышенной распространенностью недостатка витамина D среди пациентов с центральными вестибулярными синдромами, что требует дальнейших исследований.

Способ повышения эффективности патогенетической терапии синдрома ригидного человека

В. А. Михайлова^{1,2}, Д. А. Дегтерев^{1,2}

¹ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр имени А. С. Логинова Департамента здравоохранения Москвы»

²ФГАУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), Москва

Актуальность. Синдром ригидного человека (СРЧ) – редкое заболевание с прогрессирующей мышечной ригидностью и болезненными мышечными спазмами. Предполагается аутоиммунный патогенез, ассоциированный с антителами к глутаматдекарбоксилазе (анти-GAD), поражающими ГАМКергические нейроны, что снижает ингибирующие процессы в центральной нервной системе. В редких случаях это проявление паранеопластического синдрома. Патогенетическая терапия первой линии – применение внутривенного человеческого иммуноглобулина (ВВИГ). Также используются методы экстракорпоральной

гемокоррекции (ЭГ), направленные на удаление антител. Каскадная плазмофильтрация (КПФ) – современный селективный метод ЭГ, который обладает преимуществами в скорости достижения и полноте клинического эффекта.

Цель исследования. Сравнить эффективность двух методов патогенетической терапии СРЧ – монотерапии КПФ и комбинированной терапии КПФ + ВВИГ в экспериментальном рандомизированном плацебо-неконтролируемом исследовании.

Материалы и методы. С 2020 по 2021 год на базе ГБУЗ «МКНЦ имени А. С. Логинова ДЗМ» выявлено 4 пациента (женщины, от 35 до 57 лет) с СРЧ. У всех пациентов исключалось проявление паранеопластического синдрома. Пациенты разделены на две группы: 1-я группа – монотерапия КПФ (3–5 сеансов через день); 2-я группа – комбинированная терапия КПФ + ВВИГ (суммарная доза 2 г/кг). Эффективность оценивалась при помощи количественной оценки мышечной силы в подвздошно-поясничных мышцах (Medical Research Council Weakness Scale, MRC), спастичности в четырехглавых мышцах (Modified Ashworth Scale, MAS), болевого синдрома (100 мм визуально-аналоговой шкалы, ВАШ) и степени самообслуживания (Barthel Index, BI) до и после курса терапии. В 1-ю группу вошло 2 пациента: 1-й пациент прошел пять сеансов КПФ, 2-й пациент прошел шесть курсов КПФ. Во 2-ю группу вошло 2 пациента: 1-й пациент – курс КПФ и ВВИГ, 2-й – шесть курсов КПФ и ВВИГ.

Результаты. В 1-й группе после курса КПФ отмечалось увеличение силы и снижение спастичности на 1 балл по MRC и MAS, увеличение степени самообслуживания по BI на 5 баллов. Во 2-й группе на фоне курса ВВИГ + КПФ – увеличение силы и снижение спастичности на 2 балла по MRC и MAS, увеличение степени самообслуживания по BI на 10 баллов. В двух группах было снижение болевого синдрома более 50%.

Заключение. КПФ – эффективный метод патогенетической терапии у пациентов СРЧ. Однако комбинированная терапия (КПФ + ВВИГ) показала преимущество за счет лучшего клинического исхода заболевания и большего снижения степени инвалидизации пациентов. Требуются дальнейшие исследования для определения оптимальных режимов лечения синдрома ригидного человека.

Терапевтический эффект нормализации уровня витамина D у женщин с хронической головной болью напряжения

А. А. Колоскова^{1,2}

¹ФГАУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), Москва

²ГБУЗ НО «Городская больница № 24 Автозаводского района г. Нижнего Новгорода», Нижний Новгород

Актуальность. Современные исследования указывают на терапевтический эффект витамина D (VD) при хронической боли. При этом нет данных о применении VD при лечении хронической головной боли напряжения (ХГБН).

Цель исследования. Сравнительная оценка эффективности различных вариантов профилактического лечения ХГБН: использование колекальциферола, стандартной терапии заболевания и комбинации этих методов.

Материал и методы. В исследовании было пролечено 125 женщин с ХГБН и гиповитаминозом D. Оценивались частота головной боли (ЧГБ), индекс НИТ, частота приема анальгетиков. Уровень VD измерялся по содержанию 25-гидроксивитамина D [25(OH)D]. Пациентки получали дифференцированную профилактическую терапию в течение 16 недель: группа 1 – колекальциферол, группа 2 – амитриптилин, группа 3 – комбинацию этих препаратов. Эффективность терапии оценивалась по снижению ЧГБ от исходной.

Результаты. Уровень 25(OH)D на фоне лечения в группах 1 и 3 повысился до нормы VD (оба $p < 0,001$), в группе 2 – не изменился ($p = 0,131$). В группе 1 ЧГБ уменьшилась с 26,0 до 19,0 дн/мес, индекс НИТ – с 56,0 до 54,0 балла, частота приема анальгетиков – с 12,0 до 10,0 дн/мес (все $p \leq 0,001$). В группе 2 значения этих параметров ХГБН снизились более выражено, чем в группе 1 (все $p < 0,017$), а в группе 3 более существенно, чем в группе 2 (все $p < 0,017$). В группе 1 у женщин с начальным дефицитом VD против недостаточности эффективности терапии была больше: снижение ЧГБ на 36 % против 13 % соответственно ($p = 0,006$). При дефиците VD эффективность терапии в группе 1 оказалась ниже, чем в группе 2 (36 % против 55 % соответственно; $p = 0,012$), а в группе 3 выше, чем в группе 2 (74 % против 55 % соответственно; $p < 0,001$). При недостаточности VD эффективность терапии в группах 2 и 3 не отличалась и была выше, чем в группе 1: 54, 54 и 13 % соответственно ($p_{2-3} = 0,152$; $p_{1-2} < 0,001$; $p_{1-3} < 0,001$).

Заключение. У женщин с ХГБН компенсация гиповитаминоза D сопровождается снижением ЧГБ, частоты приема анальгетиков и повышением качества жизни. Данное лечение менее эффективно, чем стандартное, и не рекомендуется в виде монотерапии ХГБН. Однако при дефиците VD нормализация уровня 25(OH)D способствует росту эффективности стандартной терапии ХГБН и может использоваться как адъювантный метод лечения заболевания.

Нефармакологическая терапия синдрома хронической тазовой боли

М. С. Леонтьева, А. Н. Баринев, В. А. Парфенов

ФАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), Москва

Актуальность. Синдром хронической тазовой боли (СХТБ) является актуальной междисциплинарной проблемой. Для пациентов с СХТБ характерно наличие эмоциональных расстройств (тревожность, депрессия и катастрофизация). Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) и кинезиотерапия применяются в лечении СХТБ. Однако в литературе отсутствуют достоверные данные о положительном эффекте этих методов.

Цель исследования. Оценить роли кинезиотерапии и когнитивно-поведенческой терапии в лечении СХТБ.

Материалы и методы. Было осмотрено 16 пациентов с установленными диагнозами: миофасциальный синдром мышц тазового дна, кокцигодия, вульводиния, невропатия срамного нерва, интерстициальный цистит, синдром подвздошно-поясничной мышцы. Проводились сбор анамнеза, неврологическое, нейроортопедическое, психометрическое обследования. Использовались шкалы оценки тазовой боли UPOINT, индекс сексуальной женской дисфункции (FSFI), женский урологический индекс тазовой боли, индекса симптомов и качества жизни больных интерстициальным циститом (Interstitial Cystitis Symptom and Problem Indexes, ICSI, ICPI), шкалы симптомов тазовой боли, безотлагательности и частоты мочеиспусканий (the Pelvic Pain Urgency and Frequency Questionnaire, PUF), Питсбургский опросник на определение индекса качества сна (PSQI), шкала сонливости EPWORTH (ШСЭ), анкета оценки качества жизни. Пациенты были разделены на две группы по восемь человек. Первая группа получала фармакотерапию. Со второй проводились кинезиотерапия и КПТ. Эффективность лечения оценивалась по динамике показателей визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) до начала курса лечения и после его завершения.

Результаты. В первой группе болевой синдром уменьшился, однако сексуальная функция, настроение и качество жизни остались на прежнем уровне. Во второй группе у пациентов терапия привела к уменьшению боли, диспареунии, беспокойства, улучшению сексуальной функции и качества жизни, настроения, сна, физической активности, а также социальной и эмоциональной функции.

Заключение. Эмоциональные расстройства широко распространены среди пациентов с СХТБ и связаны с усилением боли и снижением качества жизни. Таким пациентам лучше всего подходит комплексный мультимодальный подход к лечению, который включает как немедикаментозные, так и фармакологические методы лечения.

Клинические особенности течения цефалгий при новой коронавирусной инфекции COVID-19

О. А. Лисина

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, Волгоград

Актуальность. Коронавирусная инфекция COVID-19 сопровождается неврологическими нарушениями, которые проявляются со стороны центральной нервной системы (головная боль [ГБ], головокружение, судороги, нарушение сознания), периферической нервной системы (агевзия, аносмия). По данным исследований, от 28,9 до 40,0 % пациентов с установленной коронавирусной инфекцией COVID-19 предъявляют жалобы на ГБ. В связи с этим необходимо выяснить особенности ГБ для оптимизации терапевтических подходов.

Цель исследования. Изучить особенности фенотипических характеристик цефалгий, возникающих при COVID-19.

Материалы и методы. Обследовано 140 пациентов в возрасте от 37 до 60 лет, находящихся на стационарном лечении по поводу коронавирусной инфекции COVID-19.

Результаты и обсуждение. В исследованиях была обнаружена прямая линейная зависимость между уровнем IL-6 и оценкой головной боли по визуальной аналоговой шкале. В среднем головная боль оценивалась пациентами в 6–7 баллов – от умеренной постоянной до сильной. По локализации наблюдается преимущественно двусторонняя головная боль, чаще в лобной или височной области. По характеру описывается как давящая, реже пульсирующая, колющая. ГБ могут сопутствовать фонофобия и светобоязнь. Только 5% обследуемых имели первичную головную боль в виде мигрени. ГБ при COVID-19 имеет вторичный характер, и в ходе исследования определены следующие фенотипы цефалгий: фенотип мигрени, фенотип головной боли напряжения и фенотип кашлевой головной боли.

Выводы. Цефалгия является частым симптомом, возникающим при COVID-19. Чаще всего ГБ при коронавирусной инфекции COVID-19 соответствовала следующим критериям: интенсивность по ВАШ более 7, длительность более 9 часов, уровень IL-6 выше 43 пг/мл. Цефалгии не являются прогностическим критерием развития коронавирусной инфекции COVID-19, но могут быть осложнением данного заболевания и проявляться при постковидном синдроме, что существенно снижает качество жизни пациентов.

Мигрень и микробиом ротоглотки

И. Л. Найденова^{1,2}, А. В. Симонова², Ал. Б. Данилов¹

¹ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), Москва

²ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт имени М. Ф. Владимирского», Москва

Актуальность. Мигрень является большой медицинской и социально-экономической проблемой, применяемые традиционные методы лечения не всегда достаточно эффективны, поэтому актуален поиск новых этиопатогенетических подходов к решению данной проблемы. Профилактика и лечение коморбидных нарушений могут быть залогом успешной терапии.

Цель исследования. Определение роли изменений микробиома ротоглотки в развитии и клинических проявлениях мигрени.

Задачи. 1) Анализ микробиома ротоглотки у пациентов с мигренью и сравнение с нормой. 2) Выявление у пациентов с мигренью коморбидных заболеваний, соответствующих найденным отклонениям микробиоты ротоглотки от нормы. 3) Исследование взаимосвязи между клиническими проявлениями мигрени и наличием выявленных коморбидных заболеваний. 4) Оценка целесообразности применения метода хромато-масс-спектрометрии микробных маркеров (МСММ) к больным с мигренью.

Материалы и методы. 70 пациентов с мигренью (10 мужчин, 60 женщин) от 21 до 56 лет (средний возраст – 39 лет), среднее количество дней мигрени – 8 в месяц; не включались пациенты с другими видами головных болей, острыми заболеваниями и обострением хронической патологии органов дыхания и пищеварения, а также тяжелой соматической патологией. 15 здоровых испытуемых (5 мужчин и 10 женщин) от 18 до 55 лет (средний возраст 34 года), не страдающих мигренью, заболеваниями органов дыхания и пищеварения и другой тяжелой соматической патологией. Всем пациентам проводились стандартный неврологический осмотр, оценка дневника головной боли, оценка по шкале нарушений повседневной активности пациента в связи с мигренозными приступами (MIDAS) и микробиологическое исследование мазка со слизистой задней стенки ротоглотки с последующей оценкой по методу МСММ (определялся уровень 57 микроорганизмов, включая вирусы и грибы).

Результаты. 1) В ротоглотке пациентов с мигренью выявлено: а) достоверное повышение содержания маркеров резидентных (условно патогенных) микроорганизмов, свойственных для хронических заболеваний носоглотки (*Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus spp.*, *Streptococcus mutans*); б) увеличение содержания микробных маркеров, анаэробных микроорганизмов, нехарактерных для нормальной микробиоты верхних дыхательных путей (*Peptostreptococcus anaerobius* 18623, *Fusobacterium spp.*, *Haemophilus spp.*); в) появление маркеров транзитных микроорганизмов, в норме отсутствующих, характерных для кишечной микрофлоры (клостридии, грамотрицательные микроорганизмы – *Porphyromonas spp.*, *Kingella spp.*); г) появление вирусных маркеров группы герпеса; д) достоверное снижение содержания бифидобактерий. 2) У 100 % пациентов с мигренью в анамнезе или при осмотре обнаружены хронические заболевания верхних дыхательных путей (ВДП) и желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). 3) У пациентов с более тяжелым течением мигрени в микробиоте ротоглотки достоверно увеличен уровень вирусных маркеров (вирусы группы герпеса) и снижено содержание бифидобактерий.

Выводы. У всех пациентов с мигренью выявляется нарушение микробиома ротоглотки (определяемое методом МСММ), характерные изменения микробиоты включают достоверное снижение содержания бифидобактерий и повышение содержания ряда патогенных и условно патогенных микроорганизмов, свойственных для хронических заболеваний ВДП и ЖКТ. Наряду с данными изменениями микробиома у всех пациентов с мигренью обнаружены заболевания ВДП, ЖКТ и герпетическая инфекция, что может свидетельствовать о роли этих коморбидных состояний в патогенезе мигрени. На данную патогенетическую взаимосвязь указывает корреляция клинических проявлений мигрени (тяжести приступов) с высоким уровнем вирусных маркеров группы герпеса и пониженным содержанием бифидобактерий. Для определения микробиоты ротоглотки у пациентов с мигренью может быть рекомендован метод МСММ.

Вариабельность сердечного ритма при паническом расстройстве в пробе с физической нагрузкой

В. В. Рябинин

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), Москва

Актуальность. У пациентов с паническим расстройством отмечается более высокая заболеваемость и смертность от сердечно-сосудистой патологии. Возможная причина – относительное преобладание симпатoadренальных влияний на сердечно-сосудистую систему у пациентов данной группы.

Цель исследования. Уточнение показателей ВСР (вариабельность сердечного ритма) у пациентов с паническим расстройством в ходе пробы с динамической физической нагрузкой.

Материалы и методы. Проведено исследование показателей ВСР при велоэргометрии ВЭМ (протокол тестирования по В. М. Михайлову, 2008; ЭКГ-монитор «Варикард» 2.81, велоэргометр Seca Cardiotest 100, расчет показателей в приложении Kubios HRV Premium 3.4, статистическая обработка в приложении IBM SPSS 20.0). Сравнение показателей между основной (с диагнозом «паническое расстройство» по критериям МКБ-10) и контрольной группой пациентов, сопоставимых по возрастному-половым показателям, и объемом выборок по 30 человек.

Результаты. При ВЭМ в основной группе отмечается более выраженное (статически значимое $p < 0,05$) снижение общей мощности спектра (ΔTP [ms^2] 1652 ± 154 против 1424 ± 141 в контрольной группе), причем снижение происходит за счет всех компонентов. В большей степени уменьшаются показатели, характеризующие парасимпатическую активность ($\Delta pNN 50$ [%] $8,3 \pm 0,5$ против $6,5 \pm 0,7$ в контрольной группе; ΔHF [ms^2] 587 ± 14 против 523 ± 18 в контрольной группе) при этом отмечается рост отношения LF/HF ($\Delta LF/HF = 3,1 \pm 0,2$ против $2,4 \pm 0,3$ в контрольной группе). Также в основной группе отмечается рост коэффициента восстановления (ЧСС в конце 6 мин / ЧСС в покое) $1,63 \pm 0,14$ против $1,28 \pm 0,11$ в контрольной группе ($p < 0,05$).

Заключение. Восстановительный период после дозированной физической активности у пациентов с паническим расстройством характеризуется относительным дефицитом парасимпатических влияний (более значимое снижение показателей $pNN 50$, HF , в том числе снижение общей вариабельности сердечного ритма, а также удлинение периода восстановления ЧСС). Уменьшение выраженности парасимпатических влияний формирует дефицит протективных регуляторных и антиаритмических влияний со стороны нервной системы, способствует активации провоспалительных процессов с возникновением органических изменений в иннервируемых тканях и приводит к последующему снижению приспособительной способности организма целом.

Исследование концентрации микробный маркеров в крови у пациентов с рассеянным склерозом

Т. Ш. Садеков

Отдел биологии бифидобактерий ФБУН «Московский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии имени Г. Н. Габричевского» Роспотребнадзора, Москва

Актуальность. Одной из актуальных задач, поставленных перед системой здравоохранения Правительством РФ, является увеличение продолжительности и улучшение качества жизни. Решение этих задач связано со своевременной диагностикой, персонализированным лечением и профилактикой возраст-ассоциированных заболеваний, к которым относится рассеянный склероз (РС). Это сложное системное заболевание центральной нервной системы на ранних стадиях не имеет выраженных клинических проявлений, что затрудняет ее своевременную диагностику. Поэтому актуальным является поиск новых диагностических подходов, основанных на системном исследовании взаимодействия макроорганизм-микробиота.

Цель исследования. Интегральная оценка взаимодействия «макроорганизм – микробиота» при рассеянном склерозе по концентрациям малых молекул микробного происхождения в крови.

Материалы и методы. Исследовали кровь пациентов в возрасте 48 ± 17 лет с РС методом газовой хроматографии-масс-спектрометрии. Определяли концентрации малых молекул микробного происхождения (SMOM), относящихся к жирным кислотам, альдегидам, гидроксикилотам, стиролам с длиной углеродной цепи от 10 до 26 атомов. Полученные химические соединения (66 компонентов) являются микробными маркерами микроорганизмов, которые составляют четыре основных филопита микробиома.

Результаты. При РС отмечается 1,5-кратное увеличение суммарной концентрации SMOM, а также октадецевого альдегида (микробного маркера бактериального плазмалогена) и суммы гидроксикилот, составляющих гидроксильный остаток липида А бактериального эндотоксина. Увеличение концентрации SMOM при РС указывает на повышенную эндотоксемию, что может быть следствием нарушения проницаемости СО ЖКТ и маркером воспалительных процессов. Структура микробиома при РС характеризуется увеличением представленности кокковой, грамположительной микрофлоры, увеличением *Actinobacteria* и снижением *Bacteroides*.

Заключение. SMOM имеют диагностическое значение при РС. Критерии, описывающие степень эндотоксемии, имеют статистически значимые различия в опытной и контрольной группах, что дает основания использовать их в диагностике. Состояние микробиома при РС имеет особенности, заключающиеся в подавлении маркерного филопита *Bacteroides* за счет роста представленности филопита *Actinobacteria*.

Возрастные индикаторы особого подхода к лечению болевого синдрома в посттравматическом периоде

М. В. Санькова

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), Москва

Актуальность. По статистическим данным, более 80% населения страдает от суставных и вертеброгенных болей, возникших после травм опорно-двигательного аппарата. Показано, что одним из основных предрасполагающих к травмам факторов является исходная несостоятельность соединительной ткани, которая отягощает течение болевого синдрома в посттравматическом периоде, способствует его хронизации и требует особого подхода к лечению. Многообразие клинических симптомов дисплазии и их возрастная модификация существенно затрудняет своевременную диагностику.

Цель исследования. Определить возрастные индикаторы дисплазии соединительной ткани для введения принципа их учета, который позволит своевременно корректировать лечение болевого синдрома в посттравматический период, предотвратить его хронизацию и рецидивы травм.

Материалы и методы. На базе Сеченовского университета обследовано 78 лиц в возрасте от 26 до 47 лет с болевым синдромом, возникшим после повторных травм опорно-двигательного аппарата. Идентификация диспластических признаков проводилась согласно специально разработанной анкете. Статистический анализ проводился с применением компьютерной программы Microsoft Excel 2010.

Результаты. Ранжирование наиболее часто встречаемых признаков дисморфогенеза соединительной ткани, в зависимости от их клинической значимости, позволило установить, что в возрасте 26–36 лет особого подхода к лечению болевого синдрома в посттравматическом периоде требуют лица астенического телосложения, имеющие избыточную подвижность суставов, тонкую кожу, мягкие ушные раковины и келоидные рубцы. С возрастом большее диагностическое значение приобретают такие признаки, как кифоз позвоночника, вальгусная деформация стоп, гиперпигментация кожи над остистыми отростками, атрофические стрии, варикозное расширение вен, диастаз мышц живота и рецидивирующие грыжи. К патогномичным индикаторам, имеющим значение в любом возрасте, относятся сколиоз позвоночника, X- и O-образные ноги, готическое небо и хруст в височно-нижнечелюстных суставах при движениях.

Заключение. Лечение болевого синдрома в посттравматическом периоде должно разрабатываться с учетом скрининга диспластических признаков. Выявление установленных возрастных индикаторов соединительнотканной несостоятельности требует своевременного включения мероприятий, направленных на ее укрепление, что будет способствовать профилактике рецидивированию травм и формированию хронического болевого синдрома.

Головные боли при впервые возникшем ишемическом инсульте

А. В. Ушенин^{1,2}, Е. Р. Лебедева^{1,2}

¹ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Екатеринбург

²Международный центр лечения головных болей «Европа-Азия» (ООО «ММЦ Европа-Азия»), Екатеринбург

Актуальность. Ни в одном исследовании ранее не проводилось проспективного изучения головной боли при впервые возникшем ишемическом инсульте.

Цель исследования. Ответить на два важных вопроса: 1) связаны ли головные боли, возникшие в начале инсульта, с этим инсультом, и каковы их типичные клинические характеристики? 2) каковы факторы, ассоциированные с развитием этих головных болей?

Материалы и методы. Исследуемая популяция состояла из 550 пациентов с впервые возникшим ишемическим инсультом (средний возраст – 63,1 года, 54% мужчин) и 192 пациента контрольной группы (средний возраст – 58,7 года, 36% мужчин), поступивших в приемное отделение без какого-либо острого неврологического дефицита или серьезных неврологических и соматических расстройств. Пациенты обеих групп были обследованы в день поступления. Все данные были собраны проспективно с использованием стандартизированной анкеты во время интервью по типу «лицом к лицу», проведенного специально обученными неврологами. Для выявления отличий головных болей во время впервые возникшего инсульта пациенты были проинтервьюированы о головных болях и их характеристиках в течение года до развития инсульта. Эти характеристики сравнивались с головными болями, возникшими в начале развития инсульта. В контрольной группе проведен опрос о головных болях в течение года до поступления в приемное отделение и о головных болях и их характеристиках в день поступления.

Результаты. Головная боль в дебюте впервые возникшего ишемического инсульта присутствовала у 82 (14,9%) из 550 больных. Более половины (56,0%) имели новый тип головной боли (преимущественно мигреноподобной), которая возникла впервые одновременно с началом инсульта, а 36,0% имели головную боль с измененными характеристиками (преимущественно головную боль напряжения). Головная боль нового типа не была выявлена в контрольной группе, а головная боль с измененными характеристиками значительно чаще встречалась при инсульте ($p < 0,009$), чем в контрольной группе. Эти головные боли относятся к головным болям, связанным с ишемическим инсультом. Головные боли, связанные с инсультом, ассоциировались с кардиоэмболией ($p = 0,002$, отношение шансов [ОШ] = 2,4; 95% доверительный интервал [ДИ]: 1,4–4,1), инсультом в вертебрально-базиллярном бассейне ($p = 0,010$; ОШ = 2,0; 95% ДИ: 1,2–3,5), размером инфаркта мозга более 15 мм ($p = 0,030$, ОШ = 1,7; 95% ДИ: 1,1–2,7), инфарктами мозжечка ($p = 0,002$; ОШ = 2,3; 95% ДИ: 1,1–4,8) и низкой встречаемостью атеросклероза крупных мозговых артерий ($p = 0,004$; ОШ = 0,4; 95% ДИ: 0,2–0,8).

Выводы. К головным болям, связанным с развитием впервые возникшего ишемического инсульта, относят-

ся головные боли нового типа и головные боли с измененными характеристиками. Эти головные боли связаны с определенными этиологическими факторами инсульта.

Особенности мигрени в зависимости от гендерных различий

Х. М. Халимова, Н. С. Рашидова, Б. Н. Холмуратова

Кафедра неврологии и медицинской психологии Ташкентской медицинской академии, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Актуальность. Мигрень (М) относится к наиболее частым формам первичной головной боли. ВОЗ включила М в список 19 заболеваний, в наибольшей степени нарушающих социальную адаптацию пациентов. Распространенность М колеблется у женщин от 11 до 25%, у мужчин – от 4 до 10%. Такое отличие в распространенности М доказанно связано с гормональными изменениями в организме во многих научных исследованиях. Исследования по изучению роли гендерной характеристики при мигрени не проводилось в Узбекистане.

Цель исследования. Определить клинико-неврологические особенности мигрени в зависимости от пола и гендерных различий больных в узбекской популяции.

Материалы и методы. Основу данного исследования составили результаты, полученные по итогам клинико-неврологического обследования больных с диагнозом «мигрень»: 15 мужчин и 30 женщин в возрасте от 18 до 50 лет. Обследование больных проводилось на базе кафедры нервных болезней Ташкентской медицинской академии в ГКБ № 7. Диагноз устанавливался на основании жалоб, анамнеза и характерных клинических критериев, соответствующих диагностическим критериям международной классификации головных болей (International Headache Society, 2018). Для изучения гендерных различий воспользовались полоролевым опросником Сандры Бем (1974).

Результаты. Для подробного анализа гендерных характеристик пациентов с мигренью мы проанализировали такие качественные показатели, как маскулинность и фемининность. При анализе полоролевых особенностей опросником Сандра Бем среди пациентов с мигренью узбекской национальности выявили: женскую фемининность у 38 (84,4%), женскую маскулинность – у 7 (15,6%), мужскую фемининность – у 13 (86,7%), мужскую маскулинность – у 13 (13,3%). Среди обследованных нами лиц узбекской национальности андрогенные, а также недифференцированные типы не обнаружены, это, скорее всего, связано с восточно-национальными «тонкостями» популяции.

Заключение. Как видно, среди пациентов преобладали женщины и мужчины фемининного типа. Полученные данные указывают на преобладание при мигрени пациентов фемининного типа, независимо от пола больных. Столь высокий процент среди больных женщин, скорее всего, является следствием гормонального фона женского организма. При этом высокий процент фемининного типа среди больных с мигренью наводит на мысль, что не только гормональный фон, но и гендерные различия играют ключевую роль в развитии болезни.

Когнитивные расстройства у пациентов с хронической болезнью почек

С. М. Худаярова, Г. К. Рахматуллаева

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Актуальность. Хроническая болезнь почек (ХБП) – глобальная проблема современной медицины. Возникающие при этом заболевании неврологические осложнения являются неотъемлемой частью этого состояния, так как почки и головной мозг имеют схожее анатомическое строение сосудов и схожее физиологическое строение процессов, происходящих в них. Когнитивные расстройства (КР) – одно из частых осложнений, которое влияет на психологическое и социальное качество жизни пациентов.

Цель исследования. Изучить особенности КР у больных с ХБП в зависимости от стадии заболевания.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находился 101 пациент с диагнозом ХБП. Из них 61 (60,3%) мужчина и 40 (39,6%) женщин. Средний возраст всех больных составил $46,20 \pm 15,01$ года, при этом средний возраст мужчин составил $42,20 \pm 12,00$ года, средний возраст женщин – $39,30 \pm 11,50$ года. Всем больным были проведены стандартный неврологический осмотр и оценка когнитивных функций по шкале SAGE (Self-Administered Gerocognitive Examination).

Результаты. При оценке КР в группе больных, которые не получают гемодиализ ($n = 23$), 18 (64,2%) больных имели легкие КР, 10 (35,7%) больных – умеренные КР, баллы, соответствующие деменции, не получил не один из пациентов. В группе больных, получающих программный гемодиализ ($n = 30$), у 1 больного не было выявлено КР, его баллы соответствовали нормативным данным, 9 (30,0%) больных имели легкие КР, 18 (60,0%) – умеренные КР и 2 (6,6%) больных имели признаки деменции. В группе больных после пересадки почек ($n = 43$) показатели шкалы были лучше: 3 (7,0%) не было выявлено когнитивных расстройств, 33 (76,6%) имели легкие КР, 7 (16,2%) имели умеренные КР. Полученные данные свидетельствуют что когнитивные нарушения наблюдаются у всех пациентов с ХБП независимо от стадии заболевания, но более низкие баллы по когнитивной шкале наблюдаются у больных, которые находятся на гемодиализе.

Выводы. 1) Полученные данные свидетельствуют что КР наблюдаются у всех пациентов с ХБП независимо от стадии заболевания, но более низкие баллы наблюдаются у больных, которые находятся на гемодиализе – 18 (60,0%). 2) Также у 64,2% больных на додиализной стадии ХБП имеются КР легкой степени, которые возможно определить на ранней стадии и предотвратить дальнейшее прогрессирование когнитивной дисфункции. 3) Трансплантация почек частично восстанавливает функции почек и облегчает многие уремические симптомы, в том числе когнитивные функции: легкие КР – у 33 (76,7%), умеренные КР – у 7 (16,2%).

Статья поступила / Received 25.01.22
Получена после рецензирования / Revised 26.01.22
Принята к публикации / Accepted 28.01.22

Для цитирования: Тезисы молодых ученых, представленные к XVIII Междисциплинарной конференции «Вейновские чтения» (10–12 февраля 2022 г., г. Москва), Медицинский алфавит. 2022; (1): 71–77. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2022-1-71-77>

For citation: Abstracts of young scientists presented for the XVIII Interdisciplinary Conference 'Wein Readings' (February 10–12, 2022, Moscow). Medical alphabet. 2022; (1): 71–77. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2022-1-71-77>