

Выводы: Применение карнитина у больных синдромом нейроциркуляторной астении оказывает положительное влияние на патогенетический механизм заболевания, улучшая метаболические процессы. В группе пациентов с симптомами нейроциркуляторной астении отмечается значительный рост показателей МПК и ПАНО, увеличение толерантности к физической нагрузке, нормализация реакции АД на нагрузку более чем у 40% пациентов. В группе спортсменов, применение карнитина также отмечается улучшение эргометрических показателей.

КОНВЕРСИОННЫЕ ДВИГАТЕЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА НЕВРОЛОГА

Мустафаев Ш.И.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Губарев Ю.Д.

Белгородский государственный национальный исследовательский университет, кафедра нервных болезней и восстановительной медицины

Актуальность проблемы. В практике врача невролога иногда встречаются сложности в дифференциальной диагностике двигательных нарушений, возникающих в рамках органической патологии или конверсионных расстройств.

Цель работы. Выявить алгоритмы и методы диагностики двигательных нарушений у больных, страдающих конверсионными расстройствами, позволяющие в дальнейшем выработать тактику высокоэффективной терапии.

Материалы и методы. Конверсионное расстройство, ранее именовавшееся истерией – это изменение либо утрата сенсорной или моторной функции, указывающее на физическое (органическое) нарушение, которое, однако, не обнаруживается. Такие симптомы являются выражением психологического конфликта или психологической потребности (например, «уйти» от психосоциального стресса). Термин «конверсия» (букв. «превращение», «преобразование») относится к причине расстройства, которое, будучи чисто психологической, выражает себя не на психологическом уровне (скажем, тревогой), а соматическими (телесными) симптомами. Конверсионные симптомы часто имитируют парезы и параличи, проявляющиеся в неспособности двигать конечностями, потере голоса, неспособности ходить или стоять. Параличи и сенсорные нарушения обычно сосуществуют, например, очень характерна одновременная утрата способности двигать руками или ногами и чувствительности в них. Конверсионные расстройства часто обнаруживаются при других психологических состояниях, таких, как синдром Брике (соматизированное расстройство, характеризуется наличием постоянных, самых разнообразных соматических жалоб и ярко выраженной потребностью в психологической помощи и поддержке) и асоциальные личностные нарушения. Изолированное

конверсионное расстройство встречается редко. Обычно оно развивается внезапно в ситуации экстремального психологического стресса, например травмы, смерти любимого или какой-либо ужасной ситуации.

Конверсионные симптомы могут сохраняться годами и трансформироваться в реальные органические нарушения. Например, у человека с «истерическим» параличом руки или ноги может, в конце концов, возникнуть тяжелая атрофия неиспользуемых мышц или контрактура тех мышц, которые удерживают конечность в одном и том же положении. Однако большинство конверсионных симптомов проходит значительно быстрее.

Клинически при конверсионных симптомах нужно исключить неврологические или иные органические расстройства, которые они имитируют. Следует отметить, что симптомы конверсионного расстройства не являются сознательным мошенничеством или притворством, они абсолютно реальны для пациента.

В плане дифференциальной диагностики данной категории больных следует обращать внимание на наличие травмирующего психогенного фактора, характерные жалобы (детализация своих ощущений, пессимизм, негативизм по отношению к персоналу), наличие ипохондрического синдрома, отсутствие органического синдрома при нейровизуализационных методах исследования (МРТ, СКТ), отсутствие патологических изменений при выполнении электронейромиографии и отсутствие клинических проявлений, подтверждающих органическую природу двигательных нарушений.

Нами проанализированы случаи конверсионных нарушений с двигательными расстройствами у больных на базе неврологического отделения городской больницы №2.

Результаты. Ярким примером функциональных парезов является история болезни больной Б., 38-ми лет, находившейся на лечении в неврологическом отделении с остро развившемся нижним выраженным парапарезом, которая была доставлена бригадой скорой помощи с диагнозом Гийена-Барре. При поступлении больная жаловалась на слабость в нижних конечностях, из-за которой не могла свободно передвигаться. В анамнезе стрессовая ситуация. В неврологическом статусе со стороны центральной и периферической нервной системы органической патологии выявлено не было. В отделении проводились необходимые клинико-лабораторные обследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, RW, сахар крови, холестерин, МРТ и СКТ головного и спинного мозга. В результате клинических и параклинических методов обследований - отклонений от нормы выявлено не было. При нейровизуализационных методах обследования (МРТ, СКТ головного и спинного мозга) и электронейромиографии так же патологии обнаружено не было. Проводилось соответствующее лечение с назначением психотропных средств. Выписана из стационара со значительным улучшением.

Выводы. В случае дифференциальной диагностики конверсионных расстройств и органических заболеваний, вызвавших двигательные нарушения необходимо:

- 1) Тщательный сбор анамнеза и психогенных факторов.
- 2) Отсутствие клинических данных свидетельствующих о повреждении двигательной сферы, как центрального, так и периферического характера.
- 3) Электронейромиографический метод исследования.
- 4) Нейровизуализационные методы исследования (МРТ, СКТ).
- 5) Консультация психотерапевта или психиатра при согласии больного.

СЛОЖНОСТИ В ДИАГНОСТИКЕ ГЕНЕЗА АНИЗОКОРИИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА НЕВРОЛОГА

Пензев С.А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Губарев Ю.Д.
Белгородский государственный национальный исследовательский университет, кафедра нервных болезней и восстановительной медицины

Актуальность проблемы. В практике врача невролога часто встречается симптом анизокории (разная величина зрачков), который наблюдается как при поражении белого вещества головного мозга (кортиконуклеарный путь), так и при повреждении ядра Якубовича в среднем мозге (система ядер глазодвигательного нерва) и парасимпатических волокон, иннервирующих мышцу, суживающую зрачок.

Цель работы. Выявить алгоритмы и методы целенаправленной дифференциальной диагностики заболеваний с симптомом анизокории.

Материалы и методы. Неврологу при обследовании больных следует учитывать, какой из зрачков находится в патологическом состоянии, поскольку не исключена недостаточность воздействия симпатической вегетативной нервной системы (центральной и периферической части). Если меньший из двух зрачков не реагирует на снижение яркости света (не расширяется в сумраке), это может свидетельствовать о недостаточности симпатической иннервации, как, например, при синдроме Горнера. Если же патологическим оказывается зрачок большего диаметра, то есть он не реагирует на увеличение яркости света, нужно думать о недостаточности парасимпатической иннервации, например при патологии глазодвигательного нерва. Симптом Гунна (Marcus Gunn), при котором наблюдается усиление содружественной реакции на свет на больном глазу (при поражении афферентных нервных путей), не вызывает анизокорию. Анизокория может проявляться при:

- употреблении наркотиков