

При миастеническом синдроме Ламберта-Итона проводится плазмаферез, внутривенное введение иммуноглобулинов, терапия 3,4-диаминопиридином, удлиняющим период активации кальциевых каналов.

Для лечения СЗМ осуществляются лучевая, химио-, гормонотерапия, удаление образований гамма-ножевой хирургией.

Выводы:

1. Таким образом, симптомы поражения нервной системы могут наблюдаться как до начала онкологического процесса, так и в процессе лечения, и требуют своевременной диагностики, начала специфического лечения.

2. Симптомокомплекс поражения лимбической системы, атипичный миастенический синдром, развитие ретинопатии, синдрома опсоклонус-миоклонус атаксии в сочетании с поведенческими и апатическими нарушениями, а также подострая мозжечковая симптоматика могут являться первыми симптомами проявлениями онкологического процесса и потому должны рассматриваться как «красные флаги» онкологии.

3. При обнаружении «красных флагов» следует провести исследование на наличие антинейрональных антител, однако следует учитывать, что одно только отсутствие антител не исключает наличия паранеопластических синдромов, в связи с чем лечение следует начинать на основании клинических проявлений.

Список используемой литературы:

1. Степанян С.А. Метастаз лейомиосаркомы в основание черепа, проявившийся синдромом затылочного мышцелка. Описание случая / С.А. Степанян, В.А. Черкаев // Опухоли головы и шеи. – 2013. – №1. – С. 56–59

2. Fanous I. Paraneoplastic neurological complications of breast cancer / I. Fanous, D. Patrick // Hematol Oncol. – 2016. – №5. – С. 148–153

3. Graus F. Neurol Neurosurg / F. Graus, J.Y. Delattre, J.C. Antoine // Psychiatry. – 2004. – №8. – С. 890-894

4. Gordon L. Paraneoplastic Syndromes in Neuro-ophthalmology / L. Gordon // CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology. – 2019. – №5. – С. 1401–1421

5. Titulaer M.J. Screening for tumours in paraneoplastic syndromes: report of an EFNS task force / M.J. Titulaer // Eur J Neurol. – 2011. – №18. – С. 19

УДК 616-009.7

Горева Я. А., Гончаров М. Ю.

**ИНВАЗИВНОЕ КУПИРОВАНИЕ ОБОСТРЕНИЯ РАДИКУЛЯРНОГО
СИНДРОМА ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ
ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА**

Кафедра нервных болезней, нейрохирургии и медицинской генетики

Уральский государственный медицинский университет

Екатеринбург, Российская Федерация

Goreva Ya. A., Goncharov M. Yu.

INVASIVE RELIEF OF EXACERBATION OF THE RADICULAR SYNDROME IN DEGENERATIVE-DYSTROPHIC DISEASES OF THE LUMBAR SPINE

Department of neurology, neurosurgery and medical genetics
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: goreva_96@list.ru

Аннотация. В данной статье представлен пример эффективного применения комбинированной (эпидуральная + перирадикулярная) блокады при обострении радикулярного синдрома у пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями поясничного отдела позвоночника.

Annotation. This article presents an example of the effective use of combined (epidural + nerve root block) blocks in the exacerbation of the radicular syndrome in patients with degenerative spine conditions of the lumbar spine.

Ключевые слова: интервенционное лечение боли, блокады, боль в спине, дегенеративные изменения позвоночника, корешковая блокада, эпидуральная блокада, паравертебральная блокада, комбинированная блокада.

Key words: interventional pain therapies, blocks, back pain, degenerative spine conditions, nerve root block, epidural block, paravertebral block, combined blocks.

Введение

По литературным данным, боль в поясничном отделе позвоночника является поводом для обращения к врачу у каждого третьего пациента [3-5]. В 10-15% случаев боль сочетается с компрессионным синдромом [2-4, 8]. Основная масса обращений – трудоспособное население, средний возраст которых составляет 40-60 лет [1, 6-7].

Одной из основных причин боли в спине являются дегенеративно-дистрофические изменения в позвоночнике [1-3, 5-7]. Боль при данной патологии носит смешанный характер. Сочетание ноцицептивной и нейропатической боли требует особого подхода в лечении. Современные данные свидетельствуют о том, что в 20% случаев острая боль переходит в хроническую [3-5]. Своевременное лечение болевого синдрома повышает вероятность благоприятного исхода и позволяет избежать его хронизации во времени.

Основой терапии люмбоишалгии является медикаментозное и физиотерапевтическое лечение. Однако, в ситуациях, когда консервативные методы лечения не эффективны или имеется их непереносимость, а риски нейрохирургического лечения превышают пользу, возникает необходимость применения малоинвазивных интервенционных методов лечения болевого синдрома.

Интервенционные методики лечения болевого синдрома подразумевают введение местного анестетика и глюкокортикостероидного препарата в

структуры позвоночно-двигательного сегмента, являющегося причиной боли. Введение лекарственных препаратов непосредственно в источник болевого синдрома является неоспоримым преимуществом данного способа лечения. Ведущими примерами данных методик являются паравертебральная блокада, блокада фасеточных суставов и медиальной ветви, эпидуральная и селективная корешковая блокада [2, 5]. У каждой из этих методик имеются как достоинства, так и недостатки. Поэтому существует необходимость разработки новых способов локальной инъекционной терапии, которые должны быть эффективными и безопасными.

Правильный выбор и своевременное применение интервенционного вмешательства способствует эффективному купированию болевого синдрома и снижению частоты хирургических вмешательств у пациентов с люмбоишалгией.

Цель исследования - улучшение результатов и сокращение сроков лечения вертеброгенного компрессионного радикулярного синдрома в условиях амбулаторно-поликлинической практики.

Материал и методы исследования

Исследование по дизайну открытое, по типу групп-контроль.

За 2019-2020 г. на прием невролога и нейрохирурга амбулаторно-поликлинической службы ГАУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница №1» по поводу острой, впервые возникшей или обострения хронической люмбоишалгии обратились 78 пациентов.

Большинство пациентов (64%) было мужского пола, средний возраст составили - $48,6 \pm 5,4$ года. Средняя продолжительность обострения вертеброгенной компрессионной люмбоишалгии составила $25,3 \pm 3,4$ суток.

Пациенты на прием специалистов - невролога или нейрохирурга приходили после предварительного лечения у терапевта или фельдшера ЛПУ по месту первичного обращения.

Избыточную массу тела имели 48% пациентов. С учетом фармакорезистентности радикулярного синдрома, для купирования обострения в случаях отсутствия показаний для хирургического лечения, всем пациентам предложены и выполнены различные блокады:

1-я группа пациентов 38 человек — выполнены паравертебральные блокады на уровне болевых триггерных точек,

2-я группа — 40 человек — комбинированные (эпидуральная + перирадикулярная) блокады.

В плане диагностики для уточнения причины радикулярных болей и исключения травматической и онкологической патологии, всем пациентам было выполнено магниторезонансная томография поясничного отдела позвоночника.

Для оценки нормальности распределения количественных признаков использовался тест Шапиро-Уилка. При ненормальном распределении применялись методы непараметрической статистики (критерий Манна-Уитни). Количественные признаки приведены в виде медианы и границ межквартильного интервала. Для оценки относительных показателей

применялся точный критерий Фишера. Статистическую обработку данных проводили с использованием программы MS Excel (2010), STATISTICA 10.

Результаты исследования и их обсуждение

По данным МРТ причинами вертеброгенного радикулярного синдрома были протрузии и экструзии межпозвоночных дисков на уровне поясничного отдела позвоночника. В группу исследования вошли пациенты при величинах дискордикулярного конфликта 1-2 степени, не имевшие показаний для хирургического лечения.

У пациентов оценивали уровень остаточной вертеброгенной и радикулярной боли по ВАШ после выполнения блокады, через 3 суток, 14 дней и 1 мес.

Пациенты 1-й группы после выполнения блокады оценивали уровень боли по ВАШ $3,5 \pm 0,8$, через 3 суток - $5,6 \pm 1,1$, через 14 суток - $4,8 \pm 1,2$, через 30 суток - $3,2 \pm 0,7$.

Пациенты 2-й группы после выполнения комбинированной блокады: сразу после блокады - 0, через 3 суток - $1,8 \pm 0,2$, 14 суток - $2,1 \pm 0,9$, через 30 суток - $1,7 \pm 0,5$.

Таким образом, после выполнения комбинированных блокад, уровень ВАШ был достоверно ниже ($p < 0,05$).

Выводы:

1. Болевой вертеброгенный компрессионный радикулярный синдром остается в настоящее время одной из первых причин нетрудоспособности среди неврологических заболеваний.

2. Применение в комплексном лечении медикаментозных комбинированных блокад при низкой эффективности НПВС и периферических миорелаксантов, сокращает сроки лечения пациентов, число дней нетрудоспособности, улучшает качество жизни пациентов.

Список литературы:

1. Андреев В. В. Вертеброгенная пояснично-крестцовая радикулопатия / В. В. Андреев, Е. Р. Баранцевич, Ю. К. Кодзаев // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. – 2016. - № 3. – С. 64-69

2. Гуца А. О. Методы интервенционного лечения болевого синдрома при дегенеративно-дистрофических изменениях позвоночника / А. О. Гуца, Е. В. Герасимова, А. В. Вершинин // Анналы клинической и экспериментальной неврологии. – 2020. - № 14(1). – С. 78–88

3. Левин О. С. Диагностика и лечение неврологических проявлений остеохондроза позвоночника / О. С. Левин // Consilium Medicum. – 2004. № 6. – С. 547-554

4. Товажнянская Е. Л. Современные подходы к комплексной терапии болевых синдромов в области спины / Е. Л. Товажнянская // Международный неврологический журнал. – 2012. - № 2 (48). – С. 173-177

5. Юсупов Ф.А. Метод реактивации нервных центров в клинической медицине / Ф. А. Юсупов, К. А. Айтбаев, Н. А. Реджапова, В. В. Фомин, И. Т. Муркамилов // The scientific heritage. – 2021. - № 60. С. 47-54
6. Argoff C. Spinal and radicular pain syndromes / C. Argoff, A. Wheeler, M. Backonja. – Philadelphia. WB Saunders: Neurologic Clinics, 1998. 256 p.
7. Lewis P. J. Long-term prospective study of lumbosacral discectomy / P. J. Lewis, B. K. Weir, R. W. Broad, M.G. Grace // J Neurosurg. – 1987. - №67(1). P. 49-53
8. Jensen M. Magnetic resonance imaging of the lumbar spine in people without back pain / M. Jensen, M. Brant-Zawadzki, N. Obuchowski, et al. // N Engl J Med. – 1994. - №331(2). - P. 69-73

УДК 616.8-07

**Диденко М.А., Шиморина Ю. И., Лазарев А.Ю., Гордеева И.В.
ОЦЕНКА УРОВНЯ ИНТЕЛЛЕКТА И НАРУШЕНИЙ КОГНИТИВНЫХ
ФУНКЦИЙ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ У ПОДРОСТКОВ**

Кафедра нервных болезней, нейрохирургии и медицинской генетики
Уральский государственный медицинский университет
ГАУЗ СО Свердловская областная психиатрическая больница
Екатеринбург, Российская Федерация

**Didenko M.A., Shimorina U.I., Lazarev A.U., Gordeeva I.V.
ASSESSMENT OF THE LEVEL OF INTELLIGENCE AND COGNITIVE
IMPAIRMENT IN EPILEPSY IN ADOLESCENTS**

¹Department of Nervous Diseases, Neurosurgery and Medical Genetics of the Faculty
of Medicine and Prevention of the faculty of medicine and prevention
Ural state medical university
SBHI of the SR Sverdlovsk regional psychiatric hospital
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: j.shimorina@gmail.com

Аннотация. В ретроспективное исследование было включено 88 пациентов, получающих медицинскую помощь на базе ГАУЗ СО Свердловская областная психиатрическая больница в детско-подростковом лечебно-диагностическом отделении. Отделение оказывает специализированную психиатрическую лечебно-консультативно-диагностическую помощь детям Свердловской области. По частоте встречаемости среди данной выборки пациентов фокальная форма эпилепсии (61,36%) занимает первое место, реже всех встречается - генерализованная форма (4,55%). У подростков с различными формами эпилепсии наблюдается снижение уровня интеллекта. Наименьший показатель приходится на симптоматическую форму (ОИП=49,5 баллов).