

ми ($6,72 \pm 0,47$; $15,57 \pm 1,8$ и $14,99 \pm 1,12$, соответственно, $p < 0,05$).

Определение содержания тиреоидных гормонов показало, что концентрация Т3 у пациентов с расстройствами адаптации незначительно снижена по сравнению с показателем психически здоровых лиц и лиц с диссоциативными расстройствами ($1,26 \pm 0,02$; $1,34 \pm 0,04$ и $1,71 \pm 0,12$ нмоль/л). У больных диссоциативными расстройствами выявлен статистически значимый повышенный уровень концентрации свободного Т4 как по сравнению с данным показателем в группе психически здоровых лиц, так и значениями у пациентов с расстройствами адаптации ($23,68 \pm 1,07$ пмоль/л, $17,64 \pm 1,43$ и $14,69 \pm 0,53$ пмоль/л, $p < 0,05$). У лиц с расстройствами адаптации выявлен статистически значимый повышенный уровень ТТГ по сравнению со значениями психически здоровых лиц ($2,63 \pm 0,3$ и $1,2 \pm 0,15$ мМЕ/л, $p < 0,05$). В группе пациентов с диссоциативными расстройствами выявлена тенденция к увеличению концентрации ТТГ по сравнению с контролем ($1,8 \pm 0,21$ мМЕ/л), однако различия данных показателей не достигают уровня статистической значимости.

Таким образом, для пациентов с расстройствами адаптации с преобладанием депрессивных реакций характерен высокий уровень концентрации кортизола, снижение содержания ДГЭАС и соотношения ДГЭАС/кортизол на фоне снижения концентрации Т3 и Т4 св. и повышения уровня ТТГ. Пациенты с диссоциативными расстройствами характеризуются повышенной концентрацией трийодтиронина, свободного тироксина и тиреотропного гормона при физиологических концентрациях кортизола, ДГЭАС и соотношения ДГЭАС/кортизол.

На основании полученных результатов нами запатентован способ прогнозирования течения невротических расстройств [3], создана биолого-математическая модель развития невротических расстройств, позволяющая прогнозировать вероятность развития пограничных психических расстройств с преобладанием диссоциативных (конверсионных) или депрессивных расстройств [4], разработана и апробирована новая медицинская технология (разрешение на применение выдано Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития №ФС №2011/265 от 12 сентября 2011 г.). При значениях кортизола выше 500 нмоль/л на фоне снижения концентрации ДГЭАС относительно его уровня у здоровых людей, при соотношении ДГЭАС/кортизол ниже 0,3 и нормального уровня Т3 и Т4 св. мы прогнозируем развитие расстройства адаптации с преобладанием депрессивных реакций, а при повышении концентрации Т4 св. до 20 пмоль/л и выше при физиологических концентрациях кортизола, ДГЭАС и ДГЭАС/кор-

тизол – диссоциативного (конверсионного) расстройства.

Применение разработанной технологии диагностики течения невротических расстройств позволяет снизить риск развития побочных эффектов на основе применения фармакологических средств с учетом гормонального статуса пациента, дает возможность дифференцированно подходить к организации лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, а также направлено на оказание адекватной помощи лицам, склонным к невротическим психическим расстройствам, и дальнейшую социализацию их в обществе.

Работа выполнена при поддержке грантами РГНФ № 06-06-00691а «Разноуровневые системокомплексы психической дезадаптации как фенотипический вариант предрасположенности к стрессовым расстройствам» и РГНФ №08-06-00284а «Разработка гипотезы аллостатической перегрузки при невротических, связанных со стрессом расстройствах».

Список литературы

1. Семке В. Я. Превентивная психиатрия – Томск: Изд-во Том. ун-та, 1999. – 403 с.
2. Клиническая динамика пограничных нервно-психических расстройств / М.М. Аксенов, В.Я. Семке, Т.П. Ветлугина и др. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 3. – С. 13–16.
3. Способ прогнозирования течения невротических расстройств / С.А. Иванова, Е.В. Гуткевич, В.Я. Семке и др. // Патент на изобретение № 2356059, зарегистрировано в Государственном реестре изобретений РФ 20 мая 2009 г.
4. Стероидные и тиреоидные гормоны: возможности применения в прогнозировании течения невротических расстройств / С.А. Иванова, Л.А. Левчук, Е.В. Гуткевич, В.Я. Семке // Психиатрия. – 2010. – Т. 3, № 3. – С. 18–22.

СПАСТИЧНОСТЬ И СПАСТИЧЕСКАЯ ДИСТОНΙΑ: ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Королев А.А.

Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия, Санкт-Петербург, e-mail: koroland.dok@mail.ru

Среди факторов, обуславливающих инвалидизацию постинсультных больных, наибольшее значение имеют двигательные нарушения, основным клиническим проявлением которых является центральный спастический парез. Спастичность выявляется при исследовании пассивных движений в конечности как повышенное сопротивление мышц в ответ на ее быстрое растяжение. Для спастичности характерно на начальном этапе исследования более сильное сопротивление, которое значительно ослабевает при продолжении движения. С другой стороны, понимание спастичности затруднено, поскольку употребляется в клинике для обозначения широкого круга проявлений нарушений моторики. Этот термин использует-

ся при описании повышенных сухожильных рефлексов, ненормальной позы конечностей, чрезмерной коактивации мышц-антагонистов, ассоциированных движений, клонуса, стереотипных синергических движений. Таким образом, термином «спастичность» обозначается многие аномальные состояния, которые часто встречаются у пациентов с патологией центральной нервной системы.

В широком смысле спастичность определяется как любое повышение мышечного тонуса, вызванное поражением головного мозга. В связи с этим, некоторые авторы к ней относят также ригидность. Ригидность – непроизвольное повышение активности мышцы, возникающее в ответ на ее пассивное растяжение и выявляющееся на всем протяжении. Однако превалирующим типом повышения мышечного тонуса при гемипарезе является спастичность, хотя в отдельных мышцах могут отмечаться и признаки ригидности, и тогда речь идет о смешанном типе мышечной гипертонии.

Клинически спастичность выявляется только при растяжении гипертонических мышц, причем чем больше скорость в процессе исследования тонического рефлекса на растяжение, тем четче и надежнее регистрируется этот симптом. Таким образом, при спастичности имеет место сопротивление растяжению и удлинению пораженной мышцы. При этом следует учитывать два важных обстоятельства. Первое – спастичная мышца имеет тенденцию оставаться в укороченном положении продолжительное время, что может приводить к формированию контрактур. Второе – попытки различных движений обычно ограничены по причине не только тонических нарушений, но и пареза. В этой ситуации конечность принимает аномальное положение. Так, при гемиплегии верхние конечности согнуты и прижаты к туловищу, тогда как ноги вытянуты; при параплегии нижние конечности вытянуты и перекрещены или согнуты; при тетраплегии руки и ноги согнуты. Такие спастические изменения тонуса обозначаются термином «спастическая дистония» (гемиплегическая и параплегическая спастическая дистония). Этот термин полезен, когда нужно подчеркнуть хроническое сокращение отдельных мышц. Следует подчеркнуть, что спастическая дистония проявляется не только в покое, но и в процессе ходьбы, причем реализация ее происходит за счет формирования гемипаретического характера походки. Однако используя эту терминологию, следует помнить, что дистониями также обозначают нарушения мышечного тонуса, которые наблюдаются при некоторых экстрапирамидных заболеваниях, но они выявляются лишь в процессе исследования врачом тонического рефлекса на растяжение и сопровождаются другими подкорковыми симптомами.

В связи с тем, что при спастической дистонии гипертония выражена преимущественно в отдельных мышцах, для ее лечения используются локальные технологии, направленные на расслабление конкретной мышцы.

ВАРИАНТЫ РАЗВИТИЯ МЫШЕЧНОЙ СПАСТИЧНОСТИ ПРИ ЦЕНТРАЛЬНЫХ ПАРЕЗАХ

Королев А.А.

*Санкт-Петербургская государственная
педиатрическая медицинская академия,
Санкт-Петербург, e-mail: koroland.dok@mail.ru*

Необходимо отметить, что все пациенты с центральными парезами похожи, поскольку у всех имеют место два главных его признака – парез и спастичность. Вместе с тем отмечается много вариаций, обусловленных локализацией очага, характером повреждающего фактора и особенностями течения основного патологического процесса. В этом плане показательны больные с церебральными и спинальными спастическими парезами, которые характеризуются сходным распределением тонических нарушений в пораженных конечностях, но разным изменением позы и характера походки.

Так, характерна поза больных со спастическим парезом, развившегося в результате инсульта, черепно-мозговой травмы и других заболеваний головного мозга. При этом рука пациента согнута в локтевом суставе и приведена, нога разогнута, стопа в положении подошвенной флексии и супинации. Эта своеобразная поза обусловлена неравномерным распределением мышечной гипертонии по отдельным мышечным группам. Отмечаются также, различного рода отклонения от классического предиллекционного типа распространения спастичности, когда мышечная гипертония превалирует не в перечисленных мышцах, а в их антагонистах. Иногда это отклонение от обычного типа наблюдается в отношении лишь одной мышечной группы (например, имеет место сгибательная, а не разгибательная контрактура ноги), в других случаях – в отношении двух или нескольких мышечных групп (например, абдукторно-экстензорная контрактура руки, вместо более часто встречающейся аддукторно-флексорной и т.д.).

В первое время после появления гемипареза интенсивность спастичности колеблется (она то возникает, то ослабевает, то усиливается). Ослабление мышечной гипертонии отмечается в покое, во время сна, от действия тепла; усиление – при работе, ходьбе, от действия холода, при постукивании по мышце, фарадизации, возбуждении, испуге, гневе. Постепенно спастичность становится более стабильной, фиксированной. Параллельно с развитием спастичности у многих больных появляются