

ниями посттравматического энцефалита ПВТ переносил удовлетворительно, госпитализаций в ГУЗ «СКИБ» и неврологические отделения не было, психоневрологические препараты дополнительно не назначались.

Симптомы со стороны кожи (сыпи, зуд, сухость) и ее придатков (выпадение волос и др.) в 1-й группе наблюдались у 43 % больных, во 2-й — у 51 % ( $Q = 0,2$ ). Сыпи были связаны с приемом рибавирина и носили дозозависимый характер, их появление зарегистрировано в 1-й группе — у 21 % пациентов, во 2-й — у 29 % ( $Q = 0,3$ ); изолированный кожный зуд (без сыпи) отмечен в 1-й группе — у 5 %, во 2-й — у 6 % ( $Q = 0,1$ ). Следует отметить, что у 1 пациента с выраженными симптомами токсикодермии на фоне ПВТ был выявлен аскаридоз. В 1 случае у пациента 2-й группы наблюдалась гнездная алопеция, рост волос восстановился через 6 месяцев после окончания ПВТ.

Обострение хронических очагов инфекции (появление кашля, дизурии, фурункулеза) в 1-й группе отмечены у 30 % больных, во 2-й — у 32 % ( $Q = 0,1$ ). У 1 пациента лечение фурункулеза проводилось в отделении челюстно-лицевой хирургии. Жалобы на сердцебиение, перебои, боли за грудиной в 1-й группе наблюдались у 11 % больных, во 2-й — у 13 % ( $Q = 0,2$ ). Только 1 пациент был обследован на гормоны щитовидной железы, у него выявлено появление АТ к ТПО, по заключению эндокринолога ПВТ была отменена.

Также у 1 больного было обнаружено появление маркеров аутоиммунного гепатита АМА М2 — 33,5 Ед/мл (норма — до 20), ПВТ продолжена, на фоне терапии маркеры вернулись в пределы нормы. Известно, что одним из побочных явлений терапии рибавирином является поражение почек. По нашим наблюдениям, у 3 % пациентов отмечались боли в пояснице и отеки.

Обращает внимание, что нежелательные проявления с одинаковой частотой регистрировались в группах пациентов с сопутствующими заболеваниями и без них. Важно также, что в план обследования больных не входило исследование глюкозы крови, при этом хронический панкреатит наблюдался у 40 %, нарушение толерантности к глюкозе — у 3 %, сахарный диабет — у 1 % пациентов, 3 % пациентов активно обращали внимание на жажду на фоне ПВТ.

#### **Выводы**

Применение пегинтрона чаще сопровождается нежелательными явлениями в виде диспепсии ( $Q = 0,5$ ) и выраженного снижения массы тела ( $Q = 0,7$ ), что определяет необходимость мониторинга назначаемой дозы препаратов. Другие нежелательные явления чаще ( $Q \leq 0,4$ ) регистрируются в группе больных, получающих пегинтрон, однако, убедительных данных об их связи с применяемым пегинтерфероном получено не было. Мы считаем, что в план ежемесячного обследования пациентов, получающих ПВТ, следует включить определение глюкозы, креатинина и мочевины крови; для пациентов с нарушениями сердечного ритма — АТ ТПО для исключения аутоиммунного тиреоидита.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Вирусные гепатиты: стратегия и тактика терапии, организации медицинской помощи: пособие для врачей / М. Г. Авдеева [и др.]. — Краснодар: Качество, 2009. — 262 с.

**УДК 616.89-008.464-071.2**

### **ОСОБЕННОСТИ СОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА У ЛИЦ ТРАНЗИТОРНОЙ ГЛОБАЛЬНОЙ АМНЕЗИЕЙ**

**Лыщенко О. В.**

**Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. В. Галиновская**

**Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

Транзиторная глобальная амнезия (ТГА) — синдром преходящего расстройства кратковременной памяти, ориентации в пространстве и времени, чаще всего, возникающий у

лиц среднего возраста, полностью купирующийся в течение 24 часов. В МКБ-10 ТГА относят к транзиторным ишемическим атакам и родственным синдромам, рубрике G 45 [1]. Этиология и патогенез ТГА до настоящего времени оставляет ряд вопросов. В его реализации предполагается участие ишемии гиппокампадно-форникальной системы, нарушения венозного оттока, проявлений эпилептической или мигренозной природы [2].

ТГА, чаще всего, связывают с развивающимися в результате вазоспазма или микроэмболии цереброваскулярными нарушениями в различных сосудистых бассейнах (чаще вертебро-базиллярной системы). Исходя из сосудистой теории развития, изучались факторы риска возникновения переходящих мнестических нарушений, при этом обнаружилась связь между развитием эпизодов ТГА и повышением АД, дислипидемией, гиперкоагуляцией, эритроцитозом [3].

ТГА описана также в дебюте субарахноидальных кровоизлияний и после операций удаления аневризма сосудов мозга, что связывают с артериальным вазоспазмом, приводящим к дисциркуляторным нарушениям.

Имеются данные о возникновении мнестических нарушений при опухолях различной локализации, нейросифилисе, острой соматической патологии (нарушения атрио-вентрикулярной проводимости, остановка сердечной деятельности, тяжелые формы сахарного диабета, склеродермия и др.) [2, 5].

Также нельзя не отметить связь транзиторных мнестических нарушений с мигренью. Мнестические расстройства могут предшествовать развитию головных болей, появляться на высоте болевого пароксизма, хотя возможно появление пароксизмов амнезии вне связи с приступами мигрени [2].

Имеются данные о возможности развития ТГА при передозировке препаратов дигиталиса, на фоне приема антиаритмических препаратов (пропранолол), после операции аортокаронарного шунтирования, а также во время проведения церебральной и коронарной ангиографии, что связывают с вазоспазмом и ишемией отдельных участков мозга [3].

Кратковременный, переходящий характер мнестических нарушений, возможность сочетания их с височными пароксизмами делают обоснованным предположение о возможном эпилептическом генезе эпизодов ТГА [4, 5].

Предполагается, что анатомическим субстратом нарушений памяти при этом синдроме является патология лимбической системы. Имеются сведения о развитии ТГА при поражении: зрительного бугра; гиппокампа (одностороннем или двустороннем); медиальных ядер перегородки паравентрикулярных ядер передних отделов гипоталамуса медиальных связей переднего мозга [6].

Некоторые ученые считают, что пусковым механизмом является психологический фактор, вызывающий недолговременные изменения в метаболизме головного мозга. Чаще всего ТГА встречается среди людей старше 50 лет и, вероятно, вызывается физическим перенапряжением, эмоциональным стрессом, сексуальной жизнью, вождением машины и даже плаванием в холодной воде [1, 3].

ТГА — уникальный синдром, при котором больной внезапно теряет кратковременную память при относительной сохранности памяти на отдаленные события с утратой способности к запоминанию [5]. Сознание пациента и ориентация в собственной личности не нарушены, но имеет место неполная ориентация в пространстве и окружающей обстановке, повторение стереотипных вопросов, растерянность, беспокойство. Продолжается от нескольких часов до суток. Восстановление памяти полное. Неврологического дефицита при этом не бывает. Склонность к повторению небольшая (1 раз в несколько лет), часто — однократный эпизод [1, 7].

ТГА имеет 2 клинических варианта, разделяющихся на основании объема мнестических нарушений:

- транзиторная глобальная амнезия, характеризующаяся внезапным развитием нарушений краткосрочной и долгосрочной памяти во всех ее модальностях при сохранении сознания, поведения и критики к своему состоянию;

• транзиторная парциальная амнезия, ограниченные мнестические расстройства, чаще всего, касающиеся профессиональной деятельности или пространственной ориентировки, при сохранности памяти на текущие и отдаленные события, возможности усваивать новую информацию [7].

#### **Цель**

Изучение сопутствующего соматического фона у пациентов с ЦГК.

#### **Материал и методы**

Исследование проводилось на базе I неврологического отделения У «Гомельский областной клинический госпиталь инвалидов отечественной войны». В работе принимало участие 13 лиц с ТГА (9 женщин и 4 мужчины, средний возраст —  $62,23 \pm 1,92$  года). Все участники работы во время пребывания в стационаре проходили полное клиническое обследование, результаты которого и явились предметом исследования.

#### **Результаты и обсуждение**

Лица с ТГА в 100 % случаев жалоб не предъявляли. Со слов очевидцев, пострадавшие становились дезориентированными, что создавало ощущение неадекватности поведения. Во время осмотра на вторые сутки пребывания в стационаре сами обследуемые жаловались на нарушение памяти за период заболевания.

Из сопутствующей патологии у пациентов с ТГА: артериальная гипертензия I степени встречалась в 7,69 % случаев; II — в 23,08 %; III — в 61,54%. Ишемическая болезнь сердца была зарегистрирована у 53,85 % обследованных, атеросклеротический кардиосклероз — у 61,53 %; недостаточность кровообращения I степени — у 38,46 % человек; II — у 15,38 %. Инфаркт миокарда выявлен у 1 человека.

Атеросклероз церебральных сосудов отмечен у 7,69 % обследованных, дисциркуляторная энцефалопатия II степени — у 15,38%. Из заболеваний желудочно-кишечного тракта были выявлены хронический холецистит у 7,69 % пациентов, гастрит — у 15,38 %.

#### **Заключение**

При проведении исследования было показано, что преобладающей сопутствующей патологией при ТГА является сосудистая: артериальная гипертензия высоких степеней и ишемия миокарда, что указывает на участие этого компонента в патогенезе возникающих церебральных нарушений.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Лихачев, С. А. Транзиторные ишемические атаки: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика / С. А. Лихачев, А. В. Астапенко, Н. Н. Беляковский // Мед. новости. — 2003. — № 10. — С. 31–37.
2. Виберс, Д. Руководство по цереброваскулярным заболеваниям / Д. Виберс, В. Фейгин, Р. Браун; пер. с англ. — М.: БИНОМ, 1999. — 672 с.
3. Скворцова, В. И. Транзиторная глобальная амнезия / В. И. Скворцова, Л. П. Скворцова // Врач. — 2004. — № 6. — С. 60–61.
4. Нейрофизиологическая характеристика синдрома транзиторной глобальной амнезии / И. В. Тихонова [и др.] // Неврол. и психиатр. — 2001. — № 11. — С. 35–39.

**УДК 612.748**

### **ИССЛЕДОВАНИЕ СИГНАЛОВ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА**

**Люзина И. И., Кудрицкий Д. В., Самойлюк Р. Г.**

**Научный руководитель: к. физ.-мат. н., доцент М. В. Гольцев**

**Учреждение образования**

**«Белорусский государственный медицинский университет»**

**г. Минск, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Эффективность процедур низкочастотной (1–1000 Гц) и среднечастотной (1–100 кГц) электротерапии, в значительной степени, определяется формой и параметрами сигнала-