

GEORGIAN MEDICAL NEWS

ISSN 1512-0112

№ 6 (279) Июнь 2018

ТБИЛИСИ - NEW YORK



ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ

Медицинские новости Грузии
საქართველოს სამედიცინო სიახლენი

GEORGIAN MEDICAL NEWS

No 6 (279) 2018

Published in cooperation with and under the patronage
of the Tbilisi State Medical University

Издается в сотрудничестве и под патронажем
Тбилисского государственного медицинского университета

გამოიცემა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტთან
თანამშრომლობითა და მისი პატრონაჟით

**ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ
ТБИЛИСИ - НЬЮ-ЙОРК**

GMN: Georgian Medical News is peer-reviewed, published monthly journal committed to promoting the science and art of medicine and the betterment of public health, published by the GMN Editorial Board and The International Academy of Sciences, Education, Industry and Arts (U.S.A.) since 1994. **GMN** carries original scientific articles on medicine, biology and pharmacy, which are of experimental, theoretical and practical character; publishes original research, reviews, commentaries, editorials, essays, medical news, and correspondence in English and Russian.

GMN is indexed in MEDLINE, SCOPUS, PubMed and VINITI Russian Academy of Sciences. The full text content is available through EBSCO databases.

GMN: Медицинские новости Грузии - ежемесячный рецензируемый научный журнал, издаётся Редакционной коллегией и Международной академией наук, образования, искусств и естествознания (IASEIA) США с 1994 года на русском и английском языках в целях поддержки медицинской науки и улучшения здравоохранения. В журнале публикуются оригинальные научные статьи в области медицины, биологии и фармации, статьи обзорного характера, научные сообщения, новости медицины и здравоохранения.

Журнал индексируется в MEDLINE, отражён в базе данных SCOPUS, PubMed и ВИНТИ РАН. Полнотекстовые статьи журнала доступны через БД EBSCO.

GMN: Georgian Medical News – საქართველოს სამედიცინო სიახლენი – არის ყოველთვიური სამეცნიერო სამედიცინო რეცენზირებადი ჟურნალი, გამოიცემა 1994 წლიდან, წარმოადგენს სარედაქციო კოლეგიისა და აშშ-ის მეცნიერების, განათლების, ინდუსტრიის, ხელოვნებისა და ბუნებისმეტყველების საერთაშორისო აკადემიის ერთობლივ გამოცემას. GMN-ში რუსულ და ინგლისურ ენებზე ქვეყნდება ექსპერიმენტული, თეორიული და პრაქტიკული ხასიათის ორიგინალური სამეცნიერო სტატიები მედიცინის, ბიოლოგიისა და ფარმაციის სფეროში, მიმოხილვითი ხასიათის სტატიები.

ჟურნალი ინდექსირებულია MEDLINE-ის საერთაშორისო სისტემაში, ასახულია SCOPUS-ის, PubMed-ის და ВИНТИ РАН-ის მონაცემთა ბაზებში. სტატიების სრული ტექსტი ხელმისაწვდომია EBSCO-ს მონაცემთა ბაზებშიდან.

МЕДИЦИНСКИЕ НОВОСТИ ГРУЗИИ

Ежемесячный совместный грузино-американский научный электронно-печатный журнал
Агентства медицинской информации Ассоциации деловой прессы Грузии,
Академии медицинских наук Грузии, Международной академии наук, индустрии,
образования и искусств США.
Издается с 1994 г., распространяется в СНГ, ЕС и США

НАУЧНЫЙ РЕДАКТОР

Лаури Манагадзе

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Нино Микаберидзе

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Николай Пирцхалаишвили

НАУЧНО-РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Зураб Вадачкориа - председатель Научно-редакционного совета

Михаил Бахмутский (США), Александр Геннинг (Германия), Амиран Гамкрелидзе (Грузия),
Константин Кипиани (Грузия), Георгий Камкамидзе (Грузия),
Паата Куртанидзе (Грузия), Вахтанг Масхулия (Грузия), Тамара Микаберидзе (Грузия),
Тенгиз Ризнис (США), Реваз Сепиашвили (Грузия), Дэвид Элуа (США)

НАУЧНО-РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Лаури Манагадзе - председатель Научно-редакционной коллегии

Архимандрит Адам - Вахтанг Ахаладзе, Амиран Антадзе, Нелли Антелава, Тенгиз Асатиани,
Гия Берадзе, Рима Бериашвили, Лео Бокерия, Отар Герзмава, Лиана Гогиашвили, Нодар Гогебашвили,
Николай Гонгадзе, Лия Дваладзе, Манана Жвания, Ирина Квачадзе,
Нана Квирквелия, Зураб Кеванишвили, Гурам Кикнадзе, Палико Кинтраиа, Теймураз Лежава,
Джанлуиджи Мелотти, Караман Пагава, Мамука Пирцхалаишвили, Анна Рехвиашвили,
Кеннет Уолкер, Рамаз Хецуриани, Рудольф Хохенфеллинер, Кахабер Челидзе,
Тинатин Чиковани, Арчил Чхотуа, Рамаз Шенгелия

Website:

www.geomednews.org

The International Academy of Sciences, Education, Industry & Arts. P.O.Box 390177,
Mountain View, CA, 94039-0177, USA. Tel/Fax: (650) 967-4733

Версия: печатная. **Цена:** свободная.

Условия подписки: подписка принимается на 6 и 12 месяцев.

По вопросам подписки обращаться по тел.: 293 66 78.

Контактный адрес: Грузия, 0177, Тбилиси, ул. Асатиани 7, III этаж, комната 313

тел.: 995(32) 254 24 91, 995(32) 222 54 18, 995(32) 253 70 58

Fax: +995(32) 253 70 58, e-mail: ninomikaber@hotmail.com; nikopir@dgmholding.com

По вопросам размещения рекламы обращаться по тел.: 5(99) 97 95 93

© 2001. Ассоциация деловой прессы Грузии

© 2001. The International Academy of Sciences,
Education, Industry & Arts (USA)

GEORGIAN MEDICAL NEWS

Monthly Georgia-US joint scientific journal published both in electronic and paper formats of the Agency of Medical Information of the Georgian Association of Business Press; Georgian Academy of Medical Sciences; International Academy of Sciences, Education, Industry and Arts (USA).

Published since 1994. Distributed in NIS, EU and USA.

SCIENTIFIC EDITOR

Lauri Managadze

EDITOR IN CHIEF

Nino Mikaberidze

DEPUTY CHIEF EDITOR

Nicholas Pirtskhalaishvili

SCIENTIFIC EDITORIAL COUNCIL

Zurab Vadachkoria - Head of Editorial council

Michael Bakhmutsky (USA), Alexander Gënning (Germany),
Amiran Gamkrelidze (Georgia), David Elua (USA), Konstantin Kipiani (Georgia),
Giorgi Kamkamidze (Georgia), Paata Kurtanidze (Georgia),
Vakhtang Maskhulia (Georgia), Tamara Mikaberidze (Georgia), Tengiz Riznis (USA),
Revaz Sepiashvili (Georgia)

SCIENTIFIC EDITORIAL BOARD

Lauri Managadze - Head of Editorial board

Archimandrite Adam - Vakhtang Akhaladze, Amiran Antadze, Nelly Antelava,
Tengiz Asatiani, Gia Beradze, Rima Beriashvili, Leo Bokeria, Kakhaber Chelidze,
Tinatin Chikovani, Archil Chkhotua, Lia Dvaladze, Otar Gerzmava, Liana Gogiashvili,
Nodar Gogebashvili, Nicholas Gongadze, Rudolf Hohenfellner, Zurab Kevanishvili,
Ramaz Khetsuriani, Guram Kiknadze, Paliko Kintraia, Irina Kvachadze, Nana Kvirkvelia,
Teymuraz Lezhava, Gianluigi Melotti, Kharaman Pagava, Mamuka Pirtskhalaishvili,
Anna Rekhviashvili, Ramaz Shengelia, Kenneth Walker, Manana Zhvania

CONTACT ADDRESS IN TBILISI

GMN Editorial Board
7 Asatiani Street, 3th Floor
Tbilisi, Georgia 0177

Phone: 995 (32) 254-24-91
995 (32) 222-54-18
995 (32) 253-70-58
Fax: 995 (32) 253-70-58

CONTACT ADDRESS IN NEW YORK

NINITEX INTERNATIONAL, INC.
3 PINE DRIVE SOUTH
ROSLYN, NY 11576 U.S.A.

Phone: +1 (917) 327-7732

WEBSITE

www.geomednews.org

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ!

При направлении статьи в редакцию необходимо соблюдать следующие правила:

1. Статья должна быть представлена в двух экземплярах, на русском или английском языках, напечатанная через **полтора интервала на одной стороне стандартного листа с шириной левого поля в три сантиметра**. Используемый компьютерный шрифт для текста на русском и английском языках - **Times New Roman (Кириллица)**, для текста на грузинском языке следует использовать **AcadNusx**. Размер шрифта - **12**. К рукописи, напечатанной на компьютере, должен быть приложен CD со статьей.

2. Размер статьи должен быть не менее десяти и не более двадцати страниц машинописи, включая указатель литературы и резюме на английском, русском и грузинском языках.

3. В статье должны быть освещены актуальность данного материала, методы и результаты исследования и их обсуждение.

При представлении в печать научных экспериментальных работ авторы должны указывать вид и количество экспериментальных животных, применявшиеся методы обезболивания и усыпления (в ходе острых опытов).

4. К статье должны быть приложены краткое (на полстраницы) резюме на английском, русском и грузинском языках (включающее следующие разделы: цель исследования, материал и методы, результаты и заключение) и список ключевых слов (key words).

5. Таблицы необходимо представлять в печатной форме. Фотокопии не принимаются. **Все цифровые, итоговые и процентные данные в таблицах должны соответствовать таковым в тексте статьи**. Таблицы и графики должны быть озаглавлены.

6. Фотографии должны быть контрастными, фотокопии с рентгенограмм - в позитивном изображении. Рисунки, чертежи и диаграммы следует озаглавить, пронумеровать и вставить в соответствующее место текста **в tiff формате**.

В подписях к микрофотографиям следует указывать степень увеличения через окуляр или объектив и метод окраски или импрегнации срезов.

7. Фамилии отечественных авторов приводятся в оригинальной транскрипции.

8. При оформлении и направлении статей в журнал МНГ просим авторов соблюдать правила, изложенные в «Единых требованиях к рукописям, представляемым в биомедицинские журналы», принятых Международным комитетом редакторов медицинских журналов - <http://www.spinesurgery.ru/files/publish.pdf> и http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

В конце каждой оригинальной статьи приводится библиографический список. В список литературы включаются все материалы, на которые имеются ссылки в тексте. Список составляется в алфавитном порядке и нумеруется. Литературный источник приводится на языке оригинала. В списке литературы сначала приводятся работы, написанные знаками грузинского алфавита, затем кириллицей и латиницей. Ссылки на цитируемые работы в тексте статьи даются в квадратных скобках в виде номера, соответствующего номеру данной работы в списке литературы. Большинство цитированных источников должны быть за последние 5-7 лет.

9. Для получения права на публикацию статья должна иметь от руководителя работы или учреждения визу и сопроводительное отношение, написанные или напечатанные на бланке и заверенные подписью и печатью.

10. В конце статьи должны быть подписи всех авторов, полностью приведены их фамилии, имена и отчества, указаны служебный и домашний номера телефонов и адреса или иные координаты. Количество авторов (соавторов) не должно превышать пяти человек.

11. Редакция оставляет за собой право сокращать и исправлять статьи. Корректур авторам не высылаются, вся работа и сверка проводится по авторскому оригиналу.

12. Недопустимо направление в редакцию работ, представленных к печати в иных издательствах или опубликованных в других изданиях.

При нарушении указанных правил статьи не рассматриваются.

REQUIREMENTS

Please note, materials submitted to the Editorial Office Staff are supposed to meet the following requirements:

1. Articles must be provided with a double copy, in English or Russian languages and typed or computer-printed on a single side of standard typing paper, with the left margin of **3** centimeters width, and **1.5** spacing between the lines, typeface - **Times New Roman (Cyrillic)**, print size - **12** (referring to Georgian and Russian materials). With computer-printed texts please enclose a CD carrying the same file titled with Latin symbols.

2. Size of the article, including index and resume in English, Russian and Georgian languages must be at least 10 pages and not exceed the limit of 20 pages of typed or computer-printed text.

3. Submitted material must include a coverage of a topical subject, research methods, results, and review.

Authors of the scientific-research works must indicate the number of experimental biological species drawn in, list the employed methods of anesthetization and soporific means used during acute tests.

4. Articles must have a short (half page) abstract in English, Russian and Georgian (including the following sections: aim of study, material and methods, results and conclusions) and a list of key words.

5. Tables must be presented in an original typed or computer-printed form, instead of a photocopied version. **Numbers, totals, percentile data on the tables must coincide with those in the texts of the articles.** Tables and graphs must be headed.

6. Photographs are required to be contrasted and must be submitted with doubles. Please number each photograph with a pencil on its back, indicate author's name, title of the article (short version), and mark out its top and bottom parts. Drawings must be accurate, drafts and diagrams drawn in Indian ink (or black ink). Photocopies of the X-ray photographs must be presented in a positive image in **tiff format**.

Accurately numbered subtitles for each illustration must be listed on a separate sheet of paper. In the subtitles for the microphotographs please indicate the ocular and objective lens magnification power, method of coloring or impregnation of the microscopic sections (preparations).

7. Please indicate last names, first and middle initials of the native authors, present names and initials of the foreign authors in the transcription of the original language, enclose in parenthesis corresponding number under which the author is listed in the reference materials.

8. Please follow guidance offered to authors by The International Committee of Medical Journal Editors guidance in its Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals publication available online at: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html
http://www.icmje.org/urm_full.pdf

In GMN style for each work cited in the text, a bibliographic reference is given, and this is located at the end of the article under the title "References". All references cited in the text must be listed. The list of references should be arranged alphabetically and then numbered. References are numbered in the text [numbers in square brackets] and in the reference list and numbers are repeated throughout the text as needed. The bibliographic description is given in the language of publication (citations in Georgian script are followed by Cyrillic and Latin).

9. To obtain the rights of publication articles must be accompanied by a visa from the project instructor or the establishment, where the work has been performed, and a reference letter, both written or typed on a special signed form, certified by a stamp or a seal.

10. Articles must be signed by all of the authors at the end, and they must be provided with a list of full names, office and home phone numbers and addresses or other non-office locations where the authors could be reached. The number of the authors (co-authors) must not exceed the limit of 5 people.

11. Editorial Staff reserves the rights to cut down in size and correct the articles. Proof-sheets are not sent out to the authors. The entire editorial and collation work is performed according to the author's original text.

12. Sending in the works that have already been assigned to the press by other Editorial Staffs or have been printed by other publishers is not permissible.

**Articles that Fail to Meet the Aforementioned
Requirements are not Assigned to be Reviewed.**

ავტორთა საქურაღებოლ!

რედაქციაში სტატიის წარმოდგენისას საჭიროა დაიცვათ შემდეგი წესები:

1. სტატია უნდა წარმოადგინოთ 2 ცალად, რუსულ ან ინგლისურ ენებზე დაბეჭდილი სტანდარტული ფურცლის 1 გვერდზე, 3 სმ სიგანის მარცხენა ველისა და სტრიქონებს შორის 1,5 ინტერვალის დაცვით. გამოყენებული კომპიუტერული შრიფტი რუსულ და ინგლისურენოვან ტექსტებში - **Times New Roman (Кириллица)**, ხოლო ქართულენოვან ტექსტში საჭიროა გამოვიყენოთ **AcadNusx**. შრიფტის ზომა – 12. სტატიას თან უნდა ახლდეს CD სტატიით.

2. სტატიის მოცულობა არ უნდა შეადგენდეს 10 გვერდზე ნაკლებს და 20 გვერდზე მეტს ლიტერატურის სიის და რეზიუმეების (ინგლისურ, რუსულ და ქართულ ენებზე) ჩათვლით.

3. სტატიაში საჭიროა გაშუქდეს: საკითხის აქტუალობა; კვლევის მიზანი; საკვლევი მასალა და გამოყენებული მეთოდები; მიღებული შედეგები და მათი განსჯა. ექსპერიმენტული ხასიათის სტატიების წარმოდგენისას ავტორებმა უნდა მიუთითონ საექსპერიმენტო ცხოველების სახეობა და რაოდენობა; გაუტკივარებისა და დაძინების მეთოდები (მწვავე ცდების პირობებში).

4. სტატიას თან უნდა ახლდეს რეზიუმე ინგლისურ, რუსულ და ქართულ ენებზე არანაკლებ ნახევარი გვერდის მოცულობისა (სათაურის, ავტორების, დაწესებულების მითითებით და უნდა შეიცავდეს შემდეგ განყოფილებებს: მიზანი, მასალა და მეთოდები, შედეგები და დასკვნები; ტექსტუალური ნაწილი არ უნდა იყოს 15 სტრიქონზე ნაკლები) და საკვანძო სიტყვების ჩამონათვალი (key words).

5. ცხრილები საჭიროა წარმოადგინოთ ნაბეჭდი სახით. ყველა ციფრული, შემაჯამებელი და პროცენტული მონაცემები უნდა შეესაბამებოდეს ტექსტში მოყვანილს.

6. ფოტოსურათები უნდა იყოს კონტრასტული; სურათები, ნახაზები, დიაგრამები - დასათაურებული, დანომრილი და სათანადო ადგილას ჩასმული. რენტგენოგრაფიების ფოტოასლები წარმოადგინეთ პოზიტიური გამოსახულებით **tiff** ფორმატში. მიკროფოტოსურათების წარწერებში საჭიროა მიუთითოთ ოკულარის ან ობიექტივის საშუალებით გადიდების ხარისხი, ანათალებების შედეგების ან იმპრეგნაციის მეთოდი და აღნიშნოთ სურათის ზედა და ქვედა ნაწილები.

7. სამამულო ავტორების გვარები სტატიაში აღინიშნება ინიციალების თანდართვით, უცხოურისა – უცხოური ტრანსკრიპციით.

8. სტატიას თან უნდა ახლდეს ავტორის მიერ გამოყენებული სამამულო და უცხოური შრომების ბიბლიოგრაფიული სია (ბოლო 5-8 წლის სიღრმით). ანბანური წყობით წარმოდგენილ ბიბლიოგრაფიულ სიაში მიუთითეთ ჯერ სამამულო, შემდეგ უცხოელი ავტორები (გვარი, ინიციალები, სტატიის სათაური, ჟურნალის დასახელება, გამოცემის ადგილი, წელი, ჟურნალის №, პირველი და ბოლო გვერდები). მონოგრაფიის შემთხვევაში მიუთითეთ გამოცემის წელი, ადგილი და გვერდების საერთო რაოდენობა. ტექსტში კვადრატულ ფხიხლებში უნდა მიუთითოთ ავტორის შესაბამისი N ლიტერატურის სიის მიხედვით. მიზანშეწონილია, რომ ციტირებული წყაროების უმეტესი ნაწილი იყოს 5-6 წლის სიღრმის.

9. სტატიას თან უნდა ახლდეს: ა) დაწესებულების ან სამეცნიერო ხელმძღვანელის წარდგინება, დამოწმებული ხელმოწერითა და ბეჭდით; ბ) დარგის სპეციალისტის დამოწმებული რეცენზია, რომელშიც მითითებული იქნება საკითხის აქტუალობა, მასალის საკმაობა, მეთოდის სანდოობა, შედეგების სამეცნიერო-პრაქტიკული მნიშვნელობა.

10. სტატიის ბოლოს საჭიროა ყველა ავტორის ხელმოწერა, რომელთა რაოდენობა არ უნდა აღემატებოდეს 5-ს.

11. რედაქცია იტოვებს უფლებას შეასწოროს სტატია. ტექსტზე მუშაობა და შეჯერება ხდება საავტორო ორიგინალის მიხედვით.

12. დაუშვებელია რედაქციაში ისეთი სტატიის წარდგენა, რომელიც დასაბეჭდად წარდგენილი იყო სხვა რედაქციაში ან გამოქვეყნებული იყო სხვა გამოცემებში.

აღნიშნული წესების დარღვევის შემთხვევაში სტატიები არ განიხილება.

Содержание:

Шулутко А.М., Османов Э.Г., Гогохия Т.Р., Натрошвили А.Г., Мачарадзе А.Д. ВОЗДУШНО-ПЛАЗМЕННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ.....	7
Kozlovska I., Kornaga S., Kykhtyn M., Horiuk Y., Karatieieva S. FORMATION OF BIOFILMS BY BACTERIA EXCRETED FROM CHRONIC ANAL FISSURE AND THE INFLUENCE OF THE DIRECT CURRENT ELECTRIC FIELD ON THEM	12
Дабрундашвили З.Г., Бахтуридзе Д.Г., Мардаленишвили К.М. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАСШИРЕННО-КОМБИНИРОВАННЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ЗОНАХ ПРЕ- И ПАРАТРАХЕАЛЬНОГО МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ ПРИ РАКЕ ПОДСКЛАДОЧНОГО ОТДЕЛА ГОРТАНИ.....	18
Vashakidze N., Mebonia N., Kereselidze M., Gvamichava R., Zhizhilashvili S. EFFECT OF SELECTED PROGNOSTIC AND RISK FACTORS ON SURVIVAL OF WOMEN WITH BREAST CANCER IN GEORGIA	23
Meiramova A., Smagulova A., Akhetova N., Ukybasova T., Ainabekova B. PLACENTAL GROWTH FACTOR AND MATERNAL CHARACTERISTICS IN THE FIRST TRIMESTER AMONG PREGNANT WOMEN OF KAZAKH NATIONALITY	29
Ониськова О.В., Ющенко Л.А., Тихолаз В.А., Олейник В.С., Моисеенко А.А. АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (ОБЗОР)	33
Солопова А. Г., Солопова А.Е., Макацария А.Д., Москвичева В.С., Капанадзе Д.Л. СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЭТИОПАТОГЕНЕЗ И НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ МИОМ МАТКИ (ОБЗОР).....	42
Татарчук Т.Ф., Захаренко Н.Ф., Бачинская И.В., Косей Н.В. ФОРМИРОВАНИЕ АУТОИММУННОГО ПОРАЖЕНИЯ ЯИЧНИКОВ В ПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ	49
Tskimanauri N., Khachapuridze N., Imnadze P., Chanadiri T., Bakhtadze S. CORRELATION BETWEEN PERINATAL RISK FACTORS AND NEURODEVELOPMENTAL OUTCOMES IN CHILDREN AT 24 MONTHS OF AGE	56
Jincharadze N., Kazakhashvili N., Sakvarelidze I., Gerzmava O. HEALTH OF CHILDREN UNDER 12 MONTHS OF AGE IN GEORGIA	62
Kherkheulidze M., Chkhaidze I., Kavlashvili N., Kandelaki E., Adamia N., Abelashvili D., Tabatadze T. EVALUATION OF DEVELOPMENTAL OUTCOMES WITH BAYLEY III TEST IN PRETERM INFANTS ^[1] WITH RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME	67
Брынза М.С., Бильченко А.В., Махаринская Е.С., Шевчук М.И., Яблчанский Н.И. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВООБРАЩЕНИЯ В ПЕРВЫЕ 3 МЕСЯЦА ПОСЛЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ И ТРЕПЕТАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ.....	73
Petyunina O., Kopytsya M., Kuznetsov I., Vyshnevskaya I. PROGNOSTICATION OF CLINICAL OUTCOMES AFTER STEMI: THE ROLE OF VASCULAR ENDOTHELIAL GROWTH FACTOR-A	79
Пинчук В.А., Кривчун А.М., Суббота Л.Ю., Силенко Г.Я., Пинчук В.В. ВЕРОЯТНЫЙ ПРОГРЕССИРУЮЩИЙ СУПРАНУКЛЕАРНЫЙ ПАРАЛИЧ (СИНДРОМ СТИЛА-РИЧАРДСОНА- ОЛЬШЕВСКОГО): КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ	87
Delva M., Lytvynenko N., Delva I. FACTORS ASSOCIATED WITH THE TIME-BASED PHENOMENOLOGY OF POST-STROKE FATIGUE OVER THE FIRST YEAR AFTER STROKE OCCURRENCE	92
Daschuk A., Dobrzhanskaya Ye., Pustovaya N. THE ROLE OF THE STRESS IN THE DEVELOPMENT OF SEVERE FORMS OF PSORIASIS (CASE REPORT).....	97
Kanashvili B., Saganelidze K., Ratiani L. THE ROLE OF PROCALCITONIN AND BLOOD LACTIC ACID VALUES IN PROGNOSIS OF SEPSIS AND SEPTIC SHOCK IN POLYTRAUMA PATIENTS	102

Шнайдер К.В., Моренко М.А., Ковзель Е.Ф., Гагауова М.Р., Усенова О.П. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОЙ КОМБИНИРОВАННОЙ ИММУННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.....	107
Fedota O., Roschenyuk L., Tyzhnenko T., Merenkova I., Vorontsov V. PHARMACOGENETIC EFFECTS OF METHOTREXATE IN UKRAINIAN PATIENTS DEPENDING ON THE MTHFR GENOTYPES (CLINICAL CASES)	111
Пилипко И.В., Галицкая-Хархалис А.Я., Геник Т.Р., Флекей Н.В., Панчишин Н.Я. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ВНУТРЕННЕЙ СТРУКТУРЫ ОРГАНОВ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ КРЫС ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	117
Mostovoy Y., Demchuk A., Konstantynovych T., Chichirelo-Konstantynovych K., Demchuk A. FROM THE PERSISTENT EPSTEIN-BARR VIRUS INFECTION TO ANGIOIMMUNOBlastic T-CELL LYMPHOMA - DRAMATIC CONVERGENCE. ANALYSIS OF THE CLINICAL CASE	122
Avilova O., Shyian D., Marakushin D., Erokhina V., Gargin V. ULTRASTRUCTURAL CHANGES IN THE ORGANS OF THE IMMUNE SYSTEM UNDER THE INFLUENCE OF XENOBIOTICS	132
Абхазова М.В., Квачадзе И.Д., Цагарели М.Г., Мжаванадзе Д.Ш., Чичинадзе Г.Н. КОРРЕЛЯЦИЯ СТЕПЕНИ МЕХАНИЧЕСКОЙ БОЛЕВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ С КОНЦЕНТРАЦИЕЙ БЕЛКА μ -ОПИОИДНОГО РЕЦЕПТОРА В РАЗЛИЧНЫХ ФАЗАХ ОВАРИАЛЬНО-МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА	137
Iatsyna O., Vernygorodskiy S., Kostyev F. MORPHOLOGICAL ASSESSMENT OF NO-SYNTHASE DISTRIBUTION IN OVERACTIVE BLADDER AND STRESS URINE INCONTINENCE IN ANIMAL MODELS ADMINISTERED WITH EXPERIMENTAL PHARMACOCORRECTION REGIMENS	143
Voloshchuk N., Melnik A., Danchenko O., Nechiporuk V., Kosechenko N. THE STATE OF THE CYSTATHIONINE GAMMA-LYASE / H ₂ S SYSTEM IN THE LIVER AND SKELETAL MUSCLES OF RATS WITH HYPERCHOLESTEROLEMIA UNDER SIMVASTATIN ADMINISTRATION	150
Karsanidze A., Antelava N., Gorgasledze N., Ghonghadze M., Okudzhava M., Pachkoria K. STATIN-ASSOCIATED INTOLERANCE AND ITS PREVENTION.....	155
Iermolenko T., Krivoshapka A, Shapoval O. DYNAMICS OF INDICATORS OF ANTIOXIDANT PROTECTION IN RESPONSE TO THE APPLICATION OF SODIUM POLY-(2.5- DIHYDROXYPHENILEN)-4- THIOSULFATE ACID IN EXPERIMENTAL ACUTE KIDNEY INJURY	161
Ларина С.Н., Сахарова Т.В., Чебышев Н.В., Беречкидзе И.А., Деркачева Н.И. ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЗМА ПАРАЗИТИЧЕСКИХ ПРОСТЕЙШИХ И ВОЗМОЖНОСТИ РАЗРАБОТКИ АНТИПРОТОЗОЙНЫХ ПРЕПАРАТОВ (ОБЗОР)	171
Kuzminska E, Omelchuk S., Karlova E., Grinzovsky A. DRUG-FREE MODALITIES OF IRON DEFICIENCY CONDITIONS IN UKRAINE	175
Vagmut I., Kolisnyk I., Titkova A., Babiy L., Filipchenko S. NITRIC OXIDE SYNTHESIS INTENSITY ASSESSMENT BY THE CONTENT OF ITS TERMINAL STABLE METABOLITES IN THE BLOOD OF RATS UNDER FLUORIDE INTOXICATION	180
Манатова А.М., Семенова Ю.М., Пивина Л.М., Белихина Т.И., Булегенов Т.А. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОТОМКОВ ЛИЦ, ПОДВЕРГШИХСЯ ОБЛУЧЕНИЮ В РЕЗУЛЬТАТЕ ИСПЫТАНИЙ ЯДЕРНОГО ОРУЖИЯ В КАЗАХСТАНЕ	184
Korotkyi O., Vovk A., Kuryk O., Dvorshchenko K., Falalyeyeva T., Ostapchenko L. CO-ADMINISTRATION OF LIVE PROBIOTICS WITH CHONDROPROTECTOR IN MANAGEMENT OF EXPERIMENTAL KNEE OSTEOARTHRITIS	191
Krynyska I., Marushchak M., Svan O., Akimova V., Mazur L., Habor H. THE INDICES OF ENDOGENOUS INTOXICATION IN RATS WITH CARRAGEENAN SOLUTION CONSUMPTION.....	196

ВЕРОЯТНЫЙ ПРОГРЕССИРУЮЩИЙ СУПРАНУКЛЕАРНЫЙ ПАРАЛИЧ (СИНДРОМ СТИЛА-РИЧАРДСОНА-ОЛЬШЕВСКОГО): КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Пинчук В.А., Кривчун А.М., Суббота Л.Ю., Силенко Г.Я., Пинчук В.В.

Высшее государственное учебное заведение Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия»; Полтавская областная клиническая больница им. М.В. Склифосовского, Украина

Прогрессирующий супрануклеарный паралич (ПСП) (синдром Стила-Ричардсона-Ольшевского) является нейродегенеративным заболеванием, патоморфологически относится к группе таупатий и ошибочно диагностируется на ранних стадиях развития как болезнь Паркинсона [7,8]. ПСП характеризуется преимущественным поражением подкорковых и стволовых структур, проявляется сочетанием быстро прогрессирующего акинетико-ригидного синдрома с постуральной неустойчивостью, глазодвигательными расстройствами, псевдобульбарным синдромом и деменцией подкоркового типа [4,6]. Заболевание быстро прогрессирует и 3-5 лет спустя пациенты оказываются прикованными к постели. Продолжительность жизни составляет после постановки диагноза от 5 до 15 лет. Пациенты погибают от интеркуррентных инфекций, аспирационной пневмонии или апноэ во сне.

Для своевременной диагностики атипичного паркинсонизма важно знать не только позитивные, но и негативные критерии диагностики болезни Паркинсона, чтобы суметь своевременно распознать или, наоборот, исключить ее. Какие же клинические признаки могут заставить сразу сомневаться в диагнозе болезни Паркинсона? Согласно рекомендациям Американской академии неврологии, к таким симптомам относятся: ранние падения, плохой ответ на леводопу, симметричные моторные проявления, отсутствие тремора, ранние признаки периферической вегетативной недостаточности, быстрое прогрессирование [1,5]. При прогрессирующем надъядерном параличе тремор встречается значительно реже, чем при болезни Паркинсона, и, как правило, он менее выражен [20]. Для больных прогрессирующим надъядерным параличом характерна разгибательная поза, а голова слегка наклонена назад, что отличает это заболевание от болезни Паркинсона, для которой характерна сгибательная поза [11,21].

В настоящее время выделяют несколько вариантов прогрессирующего надъядерного паралича, различающихся клинической симптоматикой и патоморфологическими изменениями: классический синдром Ричардсона, ПСП-паркинсонизм, ПСП-неосложненная акинезия с застываниями при ходьбе, ПСП-кортикобазальный синдром, ПСП-афазия [12,22], что еще более усложняет диагностику этого заболевания.

По мнению Эндрю Ларнера, известный писатель Чарльз Диккенс в своей новелле «Ленивое путешествие двух гуляющих подмастерьев» в 1857 году впервые описал пациента, клинически схожего с синдро-

мом Стила-Ричардсона-Ольшевского: «Холодный, медленный, навязчивый человек. Бледный, как труп со сдержанной речью. Старик, который, кажется, не способен моргать, будто его веки прибиты гвоздями ко лбу. Человек, глаза которого, два огненных пятна, полностью неподвижны, как будто их прикрутили шурупами к затылку ... Он зашел, закрыл за собой дверь и сел. Однако, садясь, этот субъект не сгивался вперед, как другие люди, а будто падал в кресло» [18]. Известно также, что как отдельная клинико-патоморфологическая единица ПСП впервые описан американским врачом Д. Клиффордом Ричардсоном в 1963 г. С тех пор заболевание носит его имя вместе с фамилиями резидента Джона Стила и профессора-патолога Ежи Ольшевского [3].

Общая распространенность ПСП составляет примерно 6,5 случаев, а частота колеблется в диапазоне 0,3-1,1 случая на 100 000 населения в год. Если принять во внимание клиническую гетерогенность патологии, ввиду чего много случаев диагностируются с опозданием, в среднем, на 4,7 лет, вышеприведенные цифры, по всей вероятности, занижены [3]. Дебют заболевания отмечается в возрасте 55-70 лет. По некоторым данным, среди пациентов преобладают мужчины [11,12], но Burn D. и Lees A. [10] в аналитическом обзоре считают, что оба пола поражаются одинаково.

Диагностика ПСП базируется на клинических диагностических критериях NINDS-SPSP (Национальный институт неврологических расстройств США и Общество по изучению ПСП) [9], которые демонстрируют высокую чувствительность и специфичность, включая наличие падений в течение первого года болезни и надъядерного расстройства вертикальных движений глаз, необходимого для постановки «вероятного» диагноза.

Патоморфологическое подтверждение остается золотым стандартом и единственным методом постановки «точного диагноза» согласно вышеуказанным критериям. Особые надежды в будущем возлагают на МРТ-спектроскопию и диффузно-взвешенные протонные методы в дифференциальной диагностике ПСП от других нейродегенераций [13,14,16]. Функциональные исследования демонстрируют гипометаболизм в лобных долях мозга больных ПСП, а также пресинаптическую дофаминергическую дегенерацию и ее прогрессирование, хотя эти результаты не являются специфическими и не могут дифференцировать ПСП от других клинических форм патологии [15,17-19].

Клиническая картина характеризуется мультифокальным поражением головного мозга. Наиболее часто в процесс вовлекаются черная субстанция, бледный шар, субталамическое ядро, дорсальные отделы среднего мозга, менее страдают стриатум, ядра моста, мозжечок, лобная кора [2].

Первыми проявлениями ПСП, как правило, оказываются неспецифические симптомы: повышенная утомляемость, снижение настроения, головная боль, головокружение, нарушение сна. Постепенно присоединяются и выходят на первый план основные симптомы: постуральная неустойчивость с частыми падениями, глазодвигательные расстройства (ограничение вертикального и иногда даже горизонтального взгляда, двоение или затуманивание в глазах, связанные с резким снижением частоты моргания и офтальмопарезом, апраксия открывания век, которая способствует функциональной слепоте больного), дизартрия, замедленность движений, псевдобульбарный синдром, когнитивные и поведенческие проблемы [3]. Albert L.M. et al. [9], описывая комплекс когнитивных расстройств при ПСП как «субкортикальную деменцию», указывают на изменения личности в виде апатии и умеренной депрессии. Темп прогрессирования и формирования клинической картины обычно является высоким - в течение 1-3 лет развивается достаточно полный набор симптомов, которые в дальнейшем углубляются по тяжести [3].

Типичный пациент с этим заболеванием имеет характерный вид - с безэмоциональным лицом, резко сниженной частотой моргания глаз, напряжением мышц лба. Однако часто такие больные попадают к врачам на ранних стадиях без развернутого набора симптомов или с нетипичными признаками. ПСП не всегда очевиден при первом клиническом визите и, поэтому, при неясной ситуации пациента лучше наблюдать в динамике, прежде чем ставить диагноз.

Целью данного исследования является привлечь внимание к сложной проблеме дифференциальной диагностики нейродегенеративных заболеваний.

В качестве примера, приводим собственное клиническое наблюдение вероятного ПСП. Пациент Б., 57 лет, находился на обследовании и лечении в неврологическом отделении Полтавской областной клинической больницы им. М.В.Склифосовского 17.01.17 - по 26.01.18 гг. На догоспитальном этапе выставлен диагноз дисциркуляторная энцефалопатия III ст. смешанного генеза (атеросклеротически - гипертоническая).

При госпитализации пациент жаловался на головную боль, эпизоды внезапного падения, иногда головокружение, ухудшение памяти, внимания, изменение почерка, замедление речи.

Из анамнеза известно, что летом 2016 года пациент сломал ребра при падении. Лечился у травматолога по месту жительства. С тех пор постепенно начал отмечать периодическую головную боль, головокружение, ухудшение памяти, на что не обращал внимания.

С лета 2017 г. присоединились такие симптомы как внезапные падения, резко начала ухудшаться память, изменилась речь. Данные терапевтических и хирургических причин падения отсутствуют. Обратился к невропатологу по месту жительства. Осенью 2017 года проходил лечение с диагнозом дисциркуляторная энцефалопатия III ст. В результате проведенного лечения клинического улучшения не отмечалось. Госпитализирован в неврологическое отделение для уточнения диагноза и тактики дальнейшего лечения.

Неврологический статус при обращении: сознание ясное. В пространстве, времени, собственной личности ориентирован. Глазные щели $S < D$, зрачки $D = S$. Реакция зрачков на свет живая. Нистагма нет. Парез взора вверх, вниз, парез конвергенции обоих глаз. Точки выхода V пары безболезненны. Лицо симметричное, язык отклонен вправо. Рефлекс с задней стенки глотки сохранен. Рефлекс с мягкого неба сохранен. Глотание не нарушено, голос звучный. Речь замедлена, артикуляция языка сохранена. Мышечный тонус повышен по пластическому типу, больше в правых конечностях. Проба Барре отрицательная с 2 сторон. Рефлексы с рук $D < S$, средней живости, брюшные рефлексы $S > D$, средней живости, коленные рефлексы $S > D$, средней живости, ахилловы рефлексы $D = S$, средней живости. Субкортикальные знаки (+++). Патологические кистевые знаки отсутствуют. Патологические стопные знаки отсутствуют. Чувствительность сохранена. Мышечная сила в конечностях равна 5 баллам. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. В позе Ромберга пошатывание. Менингеальных знаков нет. Апраксия речи, письма, ходьбы. Умеренная постуральная неустойчивость.

Проведено комплексное параклиническое обследование: общий анализ и глюкоза крови, биохимический анализ крови и общий анализ мочи - без патологии; липидограмма: гиперхолестеринемия, особенно за счет липопротеидов низкой плотности; электрокардиограмма: ритм синусовый, нормальное положение ЭОС, ЧСС 93 в мин., малая амплитуда зубцов R в aVL. Нарушение процессов реполяризации верхушечно-боковой стенки левого желудочка; ультразвуковое исследование экстракраниальных сосудов: нестенозирующее атеросклеротическое поражение брахиоцефальных артерий. Признаки S-образной извитости правой позвоночной артерии с наличием остроугольной деформации в C1-2, C3-4, плавной извитости левой позвоночной артерии, экстравазальной компрессии обеих позвоночных артерий; МРТ головного мозга (от 18.07.2017 г.): боковые желудочки мозга умеренно расширены, резко расширены силвиевы щели, лакунарные щели, глубокие конвекситальные борозды, борозды мозжечка. Ширина арахноидального пространства 7-9-10 мм. Мозолистое тело истончено.

Осмотрен офтальмологом, психиатром. Психический статус оценен с помощью шкал MMSE, тест

рисования часов, МОСА. Выявлены признаки легкой деменции.

Таким образом, согласно критериям диагностики ПСП, у данного пациента выявлены: дебют в возрасте 55-60 лет, офтальмоплегия зрения по вертикали, положительный окулоцефалический рефлекс, ригидность мышц туловища и шеи, частые падения, интеллектуально-мнестические нарушения (легкая деменция, эмоционально-волевая неустойчивость), общеклинические лабораторные исследования крови и мочи не информативны, что позволяет дифференцировать ПСП от дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ); в нейровизуализационной картине ПСП и ДЭ имеются существенные различия. Если для ДЭ характерны мелкие постинфарктные кисты в белом веществе полушарий, подкорковых узлах, мозжечке и лейкоареоз, то при ПСП наблюдаются: атрофия среднего мозга, расширение четверохолмной цистерны; расширение четвертого желудочка; атрофия лобной и височной долей, мозолистого тела. Пациенту выставлен окончательный диагноз вероятный прогрессирующий надъядерный паралич с умеренным акинетико-ригидным синдромом, умеренной постуральной неустойчивостью, параличом вертикального зрения, апраксией речи, письма, ходьбы, легкой деменцией с эмоционально-волевой неустойчивостью. В стационаре больной получил сосудистую и метаболическую терапию. Пациенту рекомендован амбулаторный прием препаратов группы мемантина по схеме и ипидакринов.

Второй клинический случай. Пациент О., 54 года, находился на обследовании и лечении в неврологическом отделении Полтавской областной клинической больницы им. М.В. Склифосовского с 06.02.2018 г. по 16.02.2018 г. На догоспитальном этапе пациенту выставлен диагноз дисциркуляторная энцефалопатия III ст. подкорковый синдром.

При госпитализации пациент предъявлял жалобы на нарушение глотания, речи, двоение в глазах при взгляде вверх, вниз, в стороны, общую скованность, эпизоды внезапного падения, периодическое головокружение, ухудшение памяти, снижение темпа мышления, изменение почерка.

Из анамнеза заболевания известно, что считает себя больным примерно 5 лет. Работал машинистом паровоза, около 10 лет не работает. Заболевание началось с изменения почерка, неустойчивости при ходьбе. В 2014 г. проходил стационарное лечение с диагнозом дисциркуляторная энцефалопатия II ст. От проведенного лечения клинического эффекта не отмечает. Полгода назад появилось нарушение глотания, периодическое двоение в глазах, падение, изменение речи, резко начали ухудшаться память и внимание. Терапевтических и хирургических причин падений не выявлено. С 2014 г. за медицинской помощью не обращался. Госпитализирован в неврологическое отделение для уточнения диагноза и тактики дальнейшего лечения.

Неврологический статус при обращении: сознание ясное. В пространстве, времени, собственной личности ориентирован. Глазные щели $D < S$, зрачки сужены, $D = S$. Реакция зрачков на свет вялая. Нистагма нет. Тотальная офтальмоплегия. Парез зрения вверх, вниз, в стороны, парез конвергенции обоих глаз. Точки выхода V пары безболезненны с двух сторон. Асимметрия левой носогубной складки, язык отклонен вправо. Рефлекс с задней стенки глотки сохранен. Рефлекс с мягкого неба отсутствует. Дисфония, дисфагия, дизартрия. Хоботковый рефлекс (++++), рефлекс Маринеску-Радовичи (+++) с двух сторон. Мышечный тонус повышен по пластическому типу, больше в правых конечностях. Умеренная постуральная неустойчивость. Проба Баре отрицательная с 2 сторон. Рефлексы с рук $D=S$, средней живости, брюшные рефлексы $D=S$, средней живости, коленные рефлексы $S > D$, торпидные, ахилловы рефлексы резко снижены, без четкой разницы сторон. Патологические кистевые знаки отсутствуют. (+) симптом Бабинского справа. Чувствительность сохранена. Мышечная сила в конечностях равна 5 баллам. Координаторные пробы выполняет с интенцией и дисметрией слева. В позе Ромберга выраженная шаткость. Менингеальных знаков нет. Апраксия речи, письма, ходьбы. Умеренная постуральная неустойчивость. Голова слегка наклонена назад. Микрография.

Проведено комплексное параклиническое обследование: общий анализ и глюкоза крови, биохимический анализ крови и общий анализ мочи - без патологии; липидограмма: повышение показателей общего холестерина, особенно за счет липопротеидов низкой плотности; электрокардиография: ритм синусовый, вертикальное положение ЭОС, ЧСС 90 в мин., признаки гипертрофии левого желудочка; МРТ головного мозга (от 14.09.2017 г.): боковые желудочки мозга умеренно расширены, резко расширены силвиевы щели, лакунарные щели, глубокие конвекситальные борозды, борозды мозжечка. Ширина арахноидального пространства 9-10 мм.

Осмотрен офтальмологом, психиатром. Психический статус оценен с помощью шкал MMSE, тест рисования часов, МОСА. Выявлены признаки деменции выраженной степени.

ПСП от болезни Паркинсона в данном случае отличается ранними падениями, симметричными моторными проявлениями, отсутствием тремора, разгибательной позы, отсутствием явных вегетативных и тазовых нарушений, быстрым прогрессированием.

На основании критериев NINDS-SPSP поставлен диагноз вероятный прогрессирующий супрануклеарный паралич с выраженными глазодвигательными нарушениями (тотальная офтальмоплегия), бульбарно-псевдобульбарным синдромом, умеренным акинетико-ригидным синдромом, выраженной постуральной неустойчивостью, деменцией выраженной степени. В стационаре больной получил сосудистую и метаболиче-

скую терапию. Пациенту рекомендован амбулаторный прием препаратов группы мемантина по схеме, ипидарина, холина альфосцерата, амантадинов.

К сожалению, эффективной патогенетической терапии ПСП в настоящее время не существует.

Среди известных клинических симптомов атипичного паркинсонизма значимое место занимают разнообразные немоторные проявления, лечение которых, как и при болезни Паркинсона, требует применения традиционного симптоматического лечения. В своей лекции В.Л. Голубев детально рассматривает принципы симптоматического лечения данной патологии [1]. При депрессии назначают трициклические антидепрессанты (при отсутствии противопоказаний) или ингибиторы обратного захвата серотонина. Дизартрию компенсируют клоназепамом и логопедическими приемами. Гиперсаливацию можно преодолеть холинолитиками (эффективность не велика), ботулотоксином, перевязкой слюновыделительного протока, пересечением барабанной струны. Тремор действия, в отличие от паркинсонического тремора покоя, лучше откликается на β -адреноблокаторы, гексамидин и клоназепам. При запорах рекомендуют цизаприд, который стимулирует перистальтику, а также форлак, который не метаболизируется, безопасен и не имеет побочных эффектов. При усилении запоров возможна временная комбинация нескольких средств (например, препараты сены, вазелиновое масло, форлак, размягчающие свечи, обильное питье, увеличение объема принимаемой пищи, клизмы). Коррекция болевого синдрома проводится с использованием дофаминергических препаратов, нестероидных противовоспалительных средств и иногда миорелаксантов. Синдром беспокойных ног, в зависимости от его генеза, купируют препаратами леводопы, агонистами дофаминовых рецепторов или клоназепамом. Профузный гипергидроз может потребовать назначения β -адреноблокаторов, холинолитиков или ботулотоксина. Симптомы периферической вегетативной недостаточности в зависимости от их типа (ортостатическая гипотензия, пузырные нарушения, нарушения сексуальных функций) пытаются уменьшить с помощью традиционных в таких случаях рекомендаций, широко обсуждаемых в литературе. Так, ортостатическая гипотензия может уменьшиться под влиянием мидодрина, фторсодержащих синтетических кортикостероидов; с осторожностью в связи с гиперчувствительностью используют α -адрено-миметики. Показаны β -адреноблокаторы, кофеин, богатая солью диета и другие средства. Расстройства мочеиспускания могут иметь разное или смешанное происхождение (аденома простаты, ятрогенные нарушения мочеиспускания, периферическая вегетативная недостаточность). Адекватная терапия возможна лишь при уточнении их природы.

Необходимо помнить, что методы нелекарственной реабилитации (кинезиотерапия, психотерапия) спо-

собны значительно оптимизировать эффективность медикаментозной терапии и внести весомый вклад в улучшение качества жизни этих пациентов [1].

На современном этапе диагноз ПСП остается преимущественно клиническим, так как результаты параклинических методов оказываются неоднозначными. Чаще всего таким пациентам ошибочно диагностируют болезнь Паркинсона и дисциркуляторную энцефалопатию. Таким образом, во избежание ошибок и назначения своевременной терапии, лечащему врачу следует обратить внимание на ряд клинических синдромов, характерных для ПСП: постуральная неустойчивость с частыми падениями, глазодвигательные расстройства в виде вертикального пареза взора, акинетико-ригидный синдром, когнитивные расстройства, прогрессирующее течение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Голубев В.Л. Атипичный паркинсонизм//Медицинский совет. - 2015. -№10. - С.45-49.
2. Валикова Т.А., Алиферова В.М., Пугаченко Н.В., Цырежапова Р.Б., Бичик А.Б. Клинические особенности надъядерного паралича//Бюллетень сибирской медицины. - 3(2). - 2009. - С.78-82.
3. Матвиенко Ю.О. Прогресуючий над'ядерний паралич / Медицина світу [Електронний ресурс]. - 2009. - т.26 - ч.3. - режим доступу до журн.: www.msvitu.com.
4. Московко С.П. Прогресуючий супрануклеарний паралич (синдром steele-richardson-olszewski): описання популяційної когорти хворих / С. П. Московко // Український вісник психоневрології. - 2005. - Т. 13, вип. 4. - С. 25-28. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2005_13_4_10.
5. Труфанов Е.А., Суховерская О.Н., Головченко Ю.И. Дифференциальный диагноз паркинсонических синдромов (обзорная статья) // East European Journal of Parkinson's Disease and Movement Disorders. - 2015. - Vol. 1, No. 1. -с.20-44.
6. Ульянова О.В., Скороходов А.П., Белинская В.В. и др. Клинический случай прогрессирующего надъядерного паралича /Прикладные информационные аспекты медицины. - 2014. - т.17.- №1.- С. 193-197.
7. Яхно Н. Н., Захаров В. В., Елкин М. Н. Прогрессирующий надъядерный паралич: клинические, нейропсихологические и электрофизиологические характеристики // Неврол. журнал. — 1997. — № 6. — С. 13–17.
8. Adler C. H. Differential diagnosis of Parkinson's disease // Parkinson's disease and parkinsonian syndromes / The medical clinics of North America. — Vol. 83 (2). — Philadelphia: W. B. Saunders Company, 1999. — P. 349–367.
9. Albert L. M., Feldman R. G., Willis A. L. The "subcortical dementia" of progressive supranuclear palsy // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. — 1974. — Vol. 37. — P. 121–130.
10. Burn D., Lees A. J. Progressive supranuclear palsy: where are we now? // The Lancet Neurology. - 2002. - Vol. 1 (6). - P. 359–369.
11. Carrilho P. E. M., Barbosa E. R. Progressive supranuclear palsy in a sample of Brazilian population: Clinical features of 16 patients // Arq. Neuropsiquiatr. — 2002. — Vol. 60. — P. 917–922.
12. Characteristics of two distinct clinical phenotypes in pathologically proven Progressive Supranuclear Palsy: Richardson's syndrome and PSPparkinsonism / D.R. Williams, R. de Silva, D.C. Paviour et al. // Brain. - 2005. - Vol. 128, No. 6. - P. 1247- 1258.

13. Federico F., Simone I. L., Lucivero V. et al. Proton magnetic resonans spectroscopy in Parkinson's disease and progressive supranuclear palsy // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. — 1997. — Vol. 62. — P. 239–242.
14. Golbe L. I. Progressive supranuclear palsy // Movement disorders: Neurologic Principles and Practice / Watts R. L., Koller W. C., eds. — New York: McGraw Hill, 1997. — P. 279–298.
15. Hauw J. J., Daniel S. E., Dickson D. et al. Preliminary NINDS neuropathologic criteria for Steele-Richardson-Olszewski syndrome (progressive supranuclear palsy) // Neurology. — 1994. — Vol. 44. — P. 2015–2019.
16. Hutchinson M., Raff U. The use of MRI in diagnosing Parkinson's disease and differentiating it from progressive supra nuclear palsy // Neurology. — 2001. — Vol. 50 (Suppl. 3). — A272.
17. Jellinger K. A., Blancher C. Neuropathology // Progressive supranuclear palsy: clinical and research approach / Litvan Y., Agid Y., eds. - Oxford: Oxford University Press, 1992. — P. 44–8.
18. Lerner A. J. Did Charles Dickens describe progressive supranuclear palsy in 1857? // Mov. Disord. — 2002. — (online publication March, 29).
19. Litvan I., Agid Y., Calne D. et al. Clinical research criteria for the diagnosis of progressive supranuclear palsy (Steele-Richardson-Olszewski syndrome): Report of the NINDS-SPSP International Workshop // Neurology. — 1996. — Vol. 47. — P. 1–9.
20. Lubarsky M. Progressive Supranuclear Palsy. A current review // M. Lubarsky, J.L. Juncos // The Neurologist. — 2008. — Vol. 14, No. 2. — P. 79–88.
21. Scaravilli T. Progressive Supranuclear Palsy and Corticobasal Degeneration: lumping versus splitting / T. Scaravilli, E. Tolosa, I. Ferrer / Movement Disorders. — 2005. — Vol. 20, Suppl. 2. — P. S21-S28.
22. Williams D.R. Progressive Supranuclear Palsy: clinicopathological concepts and diagnostic challenges / D.R. Williams, A.J. Lees // Lancet Neurology. — 2009. — Vol. 8, No. 3. — P. 270-279.

SUMMARY

PROBABLE PROGRESSIVE SUPRANUCLEAR PALSY (STEELE-RICHARDSON-OLSZEWSKI SYNDROME): CLINICAL OBSERVATION

Pinchuk V., Kryvchun A., Subbota L., Sylenko H., Pinchuk V.

*Higher State Educational Institution of Ukraine «Ukrainian Medical Dental Academy»;
Poltava Regional Clinical Hospital. MV Sklifosovsky, Ukraine*

The article presents our own clinical observation of two cases of probable supranuclear palsy (Steele-Richardson-Olszewski syndrome), which refers to neurodegenerative diseases. Clinical and diagnostic criteria of this pathology are discussed. Knowledge of this form will help neurolo-

gists not only correctly formulate a diagnosis, but predict its course.

Keywords: supranuclear palsy, neurodegenerative diseases.

РЕЗЮМЕ

ВЕРОЯТНЫЙ ПРОГРЕССИРУЮЩИЙ СУПРАНУКЛЕАРНЫЙ ПАРАЛИЧ (СИНДРОМ СТИЛА-РИЧАРДСОНА-ОЛЬШЕВСКОГО): КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Пинчук В.А., Кривчун А.М., Суббота Л.Ю., Силенко Г.Я., Пинчук В.В.

Высшее государственное учебное заведение Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия»; Полтавская областная клиническая больница им. М.В. Склифосовского, Украина

В статье приводится собственное клиническое наблюдение двух случаев вероятного супрануклеарного паралича (синдром Стила-Ричардсона-Ольшевского), который относится к нейродегенеративным заболева-

ниям. Обсуждаются клинические и диагностические критерии данной патологии. Знания об этой форме помогут неврологам не только правильно сформулировать диагноз, но и прогнозировать его течение.

რეზიუმე

შესაძლებელი პროგრესირებადი სუპრანუკლეარული პარალიჩი (სტილ-რიჩარდსონ-ოლშევსკის სინდრომი): კლინიკური შემთხვევა

ვ. პინჩუკი, ა. კრивჩუნი, ლ. სუბოტა, გ. სილენკო, ვ. პინჩუკი

უკრაინის სახელმწიფო უმაღლესი განათლების დაწესებულება “უკრაინის სამედიცინო სტომატოლოგიური აკადემია”; პოლტავის მ. სკლიფოსოვსკის სახ. სამხარეო კლინიკური საავადმყოფო, უკრაინა

სტატიაში მოყვანილია საკუთარი კლინიკური დაკვირვება შესაძლებელი სუპრანუკ-

ლეარული პარალიჩის 2 შემთხვევა (სტილ-რიჩარდსონ-ოლშევსკის სინდრომი), რომელიც

განეკუთვნება ნეირო-დეგენერაციულ დაავადებათა რიცხვს. გაანალიზებულია მოცემული პათოლოგიის კლინიკური და დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები. ჩატარებული კვლევის შედე-

გად მიღებული მონაცემები დაეხმარება ნევროლოგებს არა მხოლოდ სწორი დიაგნოზის დასმაში, არამედ მისი მიმდინარეობის პროგნოზირების საკითხშიც.

FACTORS ASSOCIATED WITH THE TIME-BASED PHENOMENOLOGY OF POST-STROKE FATIGUE OVER THE FIRST YEAR AFTER STROKE OCCURRENCE

Delva M., Lytvynenko N., Delva I.

Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava, Ukraine

During the last decades, due to significant technologization and urbanization of post-industrial society there is a continuous growth of cardiovascular diseases rates, including stroke [28]. As known, stroke can be complicated with various functional, cognitive, emotional abnormalities, so on.

Post-stroke fatigue (PSF) is a common phenomenon in stroke survivors which has multifactorial etiology [2-5]. It contributes to lower quality of life and a higher risk of death [9, 25]. How to manage and prevent PSF is ranked by stroke survivors and health professionals among the top 10 research priorities relating to life after stroke [18].

According to the concept of time-based phenomenology of PSF there are 3 patterns of PSF (persistent PSF, recovered PSF, and late onset PSF) which could be viewed as part of an evolving process [26]. It is highly plausible that different factors contribute to PSF experienced at different times [26]. So, given the time-based concepts of PSF, for proper management of this pathological phenomenon, it is highly important to clarify factors that might exert significant influence on PSF development at certain time points after stroke occurrence.

The objectives of the study were to analyze factors associated with certain time-based types of post-stroke fatigue over the first year after stroke occurrence.

Material and methods. Patients were included in the study if they had an acute stroke (ischemic or hemorrhagic), agreed to participate in the study and were able to provide informed consent. Exclusion criteria were major medical illness that could cause secondary fatigue (oncological, hematological diseases, cardiac, liver, kidney and respiratory insufficiency, progressive angina pectoris, acute myocardial infarction), alcohol abuse, consciousness impairments, insufficient cognitive ability (Mini-Mental State Examination scores less than 24) [7], depressive and anxious disorders (Hospital Anxiety and Depression Scale scores more than 10 for both pathologies) [27], impaired speech function to participate (severe dysphasia or dysarthria), impaired language or written ability to complete the study questionnaires, severe functional disabilities (modified Rankin scale scores ≥ 4).

Patients' characteristics were evaluated in definite time points: at hospital stay (234 cases), at 1 month (203), at 3 months (176), at 6 months (156), at 9 months (139) and at

12 months (128) after stroke. Data were collected in the face-to-face interviews using structured questionnaires and patient's medical records.

PSF was measured by two self-report questionnaires: fatigue assessment scale (FAS) and multidimensional fatigue inventory-20 (MFI-20). FAS consists of 5 questions about mental components and 5 questions about the physical part of fatigue. The score ≥ 22 indicates fatigue presence [13]. MFI-20 is a 20-item multidimensional questionnaire which covers global, physical, mental, motivational and activity-related fatigue domains. A cut-off of 12 out of 20 for every sub-scale has been suggested for use with people with stroke [21].

On the ground of the time-based PSF characteristics and according to evolutionary concept of PSF, we conditionally divided all PSF cases as early PSF (presented only within the first month after stroke and resolved at three months observation), persistent PSF (presented within the first post-stroke month and later) and late PSF (appeared only at three months observation or later).

Socio-demographic factors such as age, gender, marital status (married/single), formal education level (higher/non-higher), pre-stroke employment status (employed/unemployed) were recorded. Pre-stroke fatigue was diagnosed retrospectively if patients reported fatigue lasting longer than 3 months before the stroke [12]. Patients' tobacco smoking status was classified as "non-smoker" (who didn't smoke at least 1 year before the stroke) or "current smoker" (who smoked regularly for the last 1 year before stroke). Subjects were grouped by the level of alcohol consumption (number of drinks per week): none or moderate (≤ 7 for women and ≤ 14 for men) and heavy (> 7 for women and > 14 for men) [16]. Signs of anxiety and depression were assessed by the Hospital Anxiety and Depression Scale (anxiety and depression sub-scales using a cut-off of 4, which has been recommended for persons who have had a stroke) [19]. Apathy symptoms were assessed by the Starkstein apathy scale (a cut-off point 14 or more from the total score of the scale was used to dichotomize the patients into apathetic and non-apathetic) [23]. Cognitive impairments were evaluated by the Montreal cognitive assessment (cut-off scores less than 26) [15]. Sleepiness was measured using Epworth scale (scores 10 or more indicate excessive daytime sleepiness)