

Българска Неврология

Bulgarian Neurology

Издание на Българското дружество по неврология
Official Journal of The Bulgarian Society of Neurology



ТОМ 3 / БРОЙ 3
СЕПТЕМВРИ, 2003

VOLUME 3 / NUMBER 3
SEPTEMBER, 2003

IX НАЦИОНАЛНА
КОНФЕРЕНЦИЯ
ПО НЕВРОЛОГИЯ
С МЕЖДУНАРОДНО
УЧАСТИЕ

СОФИЯ
25-27 СЕПТЕМВРИ 2003
НАЦИОНАЛЕН ДВОРЕЦ
НА КУЛТУРАТА

Програма	150
Резюмета на пленарните доклади	159
Резюмета от постерните сесии	166

9TH NATIONAL
CONFERENCE
OF NEUROLOGY
WITH INTERNATIONAL
PARTICIPATION

SOFIA
25-27 SEPTEMBER 2003
NATIONAL PALACE
OF CULTURE

Programme	150
Abstracts of oral sessions	159
Abstracts of poster sessions	166

Българска Неврология Bulgarian Neurology

Издание на Българското дружество по неврология
Official Journal of The Bulgarian Society of Neurology

РЕДАКЦИОННА КОЛЕГИЯ

Алексиев А.	София
Байкушев С.	Пловдив
Белопитова Л.	София
Божинов Ст.	Плевен
Василева Т.	Пловдив
Велева Ст.	София
Ганева Г.	София
Георгиев Д.	София
Герасимов Б.	София
Григорова О.	София
Делева Н.	Варна
Дренски В.	Варна
Захариев З.	Пловдив
Иванова Л.	София
Ишпекова Б.	София
Йотова Р.	София
Колев О.	София
Ключуков М.	София
Манчев И.	Ст. Загора
Миланов И.	София
Минчев Д.	Варна
Никоевски Н.	София
Петров И.	София
Попова М.	Плевен
Рашева М.	София
Хавезова Л.	Варна
Хаджиев Д.	София
Хаджипетрова Е.	Пловдив
Цанкова Ц.	София
Цветанова Е.	София
Чавдаров Д.	София
Чалманов В.	София
Чалъкова Н.	Пловдив
Шотеков П.	София
Янчева С.	София

ГЛАВНИ РЕДАКТОРИ

Д. Чакърров, П. Стаменова, И. Велчева

СЕКРЕТАР

М. Даскалов

EDITORS

Alexiev A.	Sofia
Baykushev S.	Plovdiv
Belopitova L.	Sofia
Bojinov St.	Pleven
Vassileva T.	Plovdiv
Veleva St.	Sofia
Ganeva G.	Sofia
Georgiev D.	Sofia
Gerassimov B.	Sofia
Grigorova O.	Sofia
Deleva N.	Varna
Drensky V.	Varna
Zahariev Z.	Plovdiv
Ivanova L.	Sofia
Ishpekova B.	Sofia
Iotova R.	Sofia
Kolev O.	Sofia
Kyuchukov M.	Sofia
Manchev I.	St. Zagora
Milanov I.	Sofia
Minchev D.	Varna
Nikoevsky N.	Sofia
Petrov I.	Sofia
Popova M.	Pleven
Rasheva M.	Sofia
Havezova L.	Varna
Hadjiev D.	Sofia
Hadjipetrova E.	Plovdiv
Tzankova Tz.	Sofia
Tzvetanova E.	Sofia
Chavdarov D.	Sofia
Chalmanov D.	Sofia
Chalakova N.	Plovdiv
Shotekov P.	Sofia
Yancheva S.	Sofia

EDITORS IN CHIEF

D. Chakarov, P. Stamenova, I. Velcheva

SECRETARY

M. Daskalov

УКАЗАНИЕ ЗА АВТОРИТЕ

Българска Неврология е официален орган на Българското дружество по неврология и публикува статии от всички области на неврологията. Списанието съдържа следните рубрики:

-Редакционна статия с текст до 3 страници. Възлага се от Регколлегията.

-Оригинални статии - до 8 страници, включително таблици, фигури, книгопис. Към тези статии се изисква резюме на български и английски език общо до 40 реда, отпечатани на отделни страници.

Резюмето трябва да съдържа заглавие, имената на авторите, информация за целта и обекта на проучването, методиките, получените резултати. Посочват се до 6 ключови думи.

Оригиналните статии включват кратък увод, контингент, методи, резултати, обсъждане и книгопис.

Заглавната страница съдържа пълно и съкратено заглавие, имената на авторите с инициалите им, техните академични степени и местоработата, адрес за кореспонденция с телефон, факс и e-mail.

-Кратки научни съобщения до 3 страници

-Обзорни статии до 10 страници

-Информации и рецензии на книги. Съдържа информация за конгреси и конференции, нови книги, актуална лекарствена информация, предстоящи събития.

-Страници на читателя. Поместват се писма до редактора, в които се коментират публикувани материали, кратки описания на случаи и дискусии по актуални проблеми.

Статиите трябва да бъдат представени на дискета, запусани на редакторска програма Word 6/Windows 96 или Word 7/ Windows 98, с един екземпляр разпечатка

Таблиците се представят на отделен лист, номерирани, като в текста се отбележи мястото им. Таблиците да имат кратко заглавие.

Илюстрациите / фигури, диаграми, формули/ трябва да са готови за непосредствено полиграфично възпроизвеждане. Текстове под фигурите се представят на отделен лист

Книгописът да се отпечата на отделен лист. Авторите да се подредят по азбучен ред, като в началото се изброяват източниците на кирилица, а след тях на латиница. Заглавията да се представят изцяло. В текста цитираните автори да се представят с пореден номер от книгописа. Данните в книгописа се представят по следния начин:

Статия от списание : Автор /и/. Заглавие на статията. Заглавие на списанието / съкратено по Index medicus/, том, година на издаване, номер на книжката, страница / от-го/. Пример : Andersen, G., Vestergaard, K., Lauritzen, L. Effective treatment of post-stroke depression with the selective serotonin reuptake inhibitor citalopram. Stroke, 25, 1994, 6, 1099-1104.

Книга : Автор /и/. Заглавие. Подзаглавни данни. Местопубликуване, издателство, година на издаване, страница /от-го/. Пример : Calligaro, K., DeLaurentis, D., Baker, W. Management of Extracranial Cerebrovascular Disease. Philadelphia-New York, Lippincott - Raven Publishers, 1997, 217.

Публикации от сборник : Автор /и/. Заглавие: - В: Заглавие на сборника. Издател /и/. Местопубликуване, година на издаване, страница / от-го/. Пример : Binnie, C., Jeavons, M. Photosensitive epilepsies. In : Epileptic syndromes in infancy, childhood and adolescence, eds. J. Roger, M. Bureau, Ch. Dravet, F.E. Dreifuss, A. Perret, P. Wolf. London, John Libbey & Company, Ltd, 1992, 299-305.

Авторите подписват декларация, че предоставения материал не е предложен за печат на друго място.

Предоставените материали и описанията в тях изследвания трябва да отговарят на етичните стандарти

При съавторство утвърдената за печат статия трябва да бъде подписана от всички автори.

Ръкописите в два екземпляра (или един екземпляр и дискета) изпращайте на адрес :

София 1504, Ул. 4 Бяло море " № 8

МБАЛ " Царица Йоанна " - ЕАД Клиника по неврология

Проф. П. Стаменюва

INSTRUCTION FOR AUTHORS

Bulgarian Neurology is the official journal of the Bulgarian Society of Neurology. It will consider for publication papers in neurology and related areas in the following categories:

-Editorials, consisting of up to 3 pages, when approved by the Editorial Board

-Original papers - up to 8 pages, including tables, figures and references. An abstract in Bulgarian and English up to 40 rows on a separate sheet is required. The abstract should contain title, authors, objective, background, methods, results and conclusions plus up to 6 keywords.

The original papers include short introduction, material, methods results, discussion and references.

The title page should carry the full title, the short running title, the authors with their initials, academic degrees, institutional affiliations, address for correspondence, with telephone, fax and e-mail

-Short communications and case reports up to 3 pages

-Review articles up to 10 pages

-Book reviews and information. It includes information for new books, congresses and conferences, new drugs, future events in neurology

-Letters to the Editor with comments on previously published papers, short case reports and discussion on current problems

-The manuscripts should be submitted on diskette / 3.5 inch/ using Word 6/Windows 96 or Word 7/Windows 98 with a printed copy.

The tables should be presented on separate sheets with a short heading

The illustrations /figures, diagrams, formulas/ should be ready for reproduction.

Explanatory legends should be provided on a separate sheet of paper.

References should be presented in alphabetic order on a separate sheet with all authors' names and full title of papers. In the text the authors should be indicated by the number from the reference list.

The reference should be presented as follows:

Journal paper : (1) author(s), (2) title, (3) journal name (as abbreviated in Index Medicus). (4) volume, (5) year of publication, (6) journal number, (7) inclusive pages. Example: Andersen, G., Vestergaard, K., Lauritzen, L. Effective treatment of poststroke depression with the selective serotonin reuptake inhibitor citalopram. Stroke, 25, 1994, 6, 1099-1104.

Book : (1) author(s), (2) title, (3) city of publication, (4) publisher, (5) year of publication, (6) pages. Example : Calligaro, K., DeLaurentis, D., Baker, W. Management of Extracranial Cerebrovascular Disease. Philadelphia-New York, Lippincott - Raven Publishers, 1997, 217.

References to books : (1) authors(s), (2) chapter title, (3) title of book, (4) editor(s), (5) city of publication, (6) publisher, (7) year of publication, (8) specific pages. Example : Binnie, C., Jeavons, M. Photosensitive epilepsies. In : Epileptic syndromes in infancy, childhood and adolescence, eds. J. Roger, M. Bureau, Ch. Dravet, F.E. Dreifuss, A. Perret, P. Wolf. London, John Libbey & Company, Ltd, 1992, 299-305.

The articles are considered for publication on the understanding that the presented material has not been published or is being submitted elsewhere before appearing in BULGARIAN NEUROLOGY.

Authors should indicate that ethical approval of the study was granted and that informed consent was given.

All authors should approve and sign the final manuscript.

Manuscript with one copy (or a diskette and a copy) should be sent to the following address:

Sofia 1504, Bulgaria, 8, Bialo more str.

Department of Neurology University Hospital „Queen Jovanna“ : Prof. P. Stamenova

IX НАЦИОНАЛНА КОНФЕРЕНЦИЯ
ПО НЕВРОЛОГИЯ
С МЕЖДУНАРОДНО УЧАСТИЕ
СОФИЯ 25-27 септември 2003

9th NATIONAL CONFERENCE
OF NEUROLOGY
WITH INTERNATIONAL PARTICIPATION
SOFIA 25-27 September 2003

Под егидата на:

Министерството на здравеопазването

Български лекарски съюз

Съюз на научно-медицинските дружества
в България

Съюз на учените в България

СЪДЪРЖАНИЕ

Програма150
Резюмета на пленарните доклади159
Резюмета от постерните сесии166

CONTENTS

Programme150
Abstracts of oral sessions159
Abstracts of poster sessions166



Уважаеми Колеги,

Позволете ми да ви приветствам с "Добре дошли" на IX Национална Конференция по Неврология с международно участие, която се провежда в Националния Дворец на Културата в София от 25 до 27 септември 2003 г.

Наситената тридневна програма ще ви срещне с актуални диагностични, профилактични и терапевтични въпроси, присъщи на нашата област. В присъствието на стотици специалисти, авторитетни лектори от България и чужбина ще представят теми, засягащи мозъчносъдовите заболявания, заболяванията на периферната нервна система, двигателните разстройства, паркинсонизма, болката, разстройствата на съня и др. характерни за болничната и доболничната сфера проблеми. По време на сателитните симпозиуми на фармацевтичните компании ще имате възможността да се запознаете с последните достижения на неврологичната наука. Конференцията ще бъде съпътствана от богата специализирана изложба, на която имаме широко представяне на компании - производители на медикаменти, консумативи и медицинска апаратура. Разнообразната со-

циална програма ще допринесе допълнително за задълбочаване на личните ви контакти, обмяна на опит и мнения с колеги. Надяваме се високото научно ниво на Конференцията, съчетано с приятната работна атмосфера, да оставят у вас чувство на удовлетворение и да бъдат полезни за бъдещата ви професионална дейност. Колеги, благодаря ви за възможността да бъдем заедно на този изключителен научен форум.

Искрено ваша,

*Проф. П. Стаменова
Председател на Организационния
Комитет
Председател на Българското
Дружество по Неврология*

IX НАЦИОНАЛНА КОНФЕРЕНЦИЯ ПО НЕВРОЛОГИЯ
с международно участие
25-27 септември 2003
НДК, София

ОРГАНИЗАЦИОНЕН КОМИТЕТ

Председател

Проф. г-р П. Стаменова

Заместник-председатели

Проф. г-р П. Шотеков

Проф. г-р И. Миланов

Научен секретар

Доц. г-р И. Велчева

Финансов секретар

Доц. г-р М. Даскалов

Членове

Доц. г-р А. Алексиев

Доц. г-р Л. Белопитова

Доц. г-р Ст. Божинов

Доц. г-р Т. Василева

г-р Ст. Велева

Доц. г-р Г. Ганева

Доц. г-р Д. Георгиев

Доц. г-р О. Григорова

Доц. г-р Н. Делева

Проф. г-р З. Захариев

Проф. г-р Л. Иванова

Проф. г-р Б. Ишпекова

Доц. г-р Р. Йотова

Доц. г-р И. Манчев

Доц. г-р Д. Минчев

Доц. г-р Н. Никоевски

Доц. г-р И. Петров

Доц. г-р М. Попова

Доц. г-р М. Рашева

Доц. г-р Л. Хавезова

Доц. г-р Ц. Цанкова

Доц. г-р Н. Чалъкова

Проф. г-р С. Янчева

Почетни членове

Проф. г-р С. Байкушев

Проф. г-р В. Боснев

Проф. г-р И. Георгиев

Проф. г-р В. Митков

Проф. г-р Р. Райчев

Проф. г-р И. Узунов

Проф. г-р Д. Хаджиев

Проф. г-р Е. Хаджинетрова

Проф. г-р Е. Цветанова

Проф. г-р Д. Чавдаров

Секретариат

г-р И. Стайков

г-р Е. Ваврек

г-жа П. Несторова

IX НАЦИОНАЛНА КОНФЕРЕНЦИЯ ПО НЕВРОЛОГИЯ
с международно участие
25-27 септември 2003
НДК, София

ОСНОВНИ СПОНСОРИ

GENESIS PHARMA

GEDEON RICHTER

JANSSEN CILAG

MSD

PFIZER

ROCHE PHARMACEUTICALS

SANOFI-SYNTHELABO

UCB PHARMA

ОСНОВНИ ТЕМИ

ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ПЕРИФЕРНАТА НЕРВНА СИСТЕМА

**АКТУАЛНИ ДИАГНОСТИЧНИ И ТЕРАПЕВТИЧНИ
ПРОБЛЕМИ В НЕВРОЛОГИЯТА**

ВИДОВЕ ПРЕЗЕНТАЦИИ

ПОКАНЕНИ ЛЕКТОРИ 30 мин.

ОСНОВНИ ДОКЛАДИ 10 мин.

ПОСТЕРНИ СЕСИИ

САТЕЛИТНИ СИМПОЗИУМИ 45 мин.

КРЪГЛИ МАСИ 30 мин.

ФИРМЕНИ ПРЕЗЕНТАЦИИ 15 мин.

ОФИЦИАЛНИ ЕЗИЦИ

БЪЛГАРСКИ АНГЛИЙСКИ

Сборникът с резюмета е реализиран с подкрепата на
GENESIS PHARMA

ПРОГРАМА

25. 09. 2003 – ЧЕТВЪРТЪК		26. 09. 2003 – ПЕТЪК		27. 09. 2003 – СЪБОТА	
НАУЧНИ СЕСИИ - ЗАЛА 3, НДК		НАУЧНИ СЕСИИ		НАУЧНИ СЕСИИ	
НАУЧНИ СЕСИИ - ЗАЛА 3, НДК		ПЛЕНАРНИ СЕСИИ И САТЕЛИТНИ СИМПОЗИУМИ - ЗАЛА 3, НДК		ПЛЕНАРНИ СЕСИИ, САТЕЛИТНИ СИМПОЗИУМИ И ФИРМЕНИ ПРЕЗЕНТАЦИИ - ЗАЛА 3, НДК	
13.00 – 19.30	Регистрация на участниците във фойето на б. ет. на НДК	07.45 – 19.45	Регистрация на участниците	07.30 – 20.00	Регистрация на участниците
18.00 – 18.45	Официално откриване	08.30 – 10.10	Пленарна сесия	08.00 – 09.20	Пленарна сесия
18.45 – 19.30	Предконгресен Сателитен симпозиум на UCB Pharma	10.10 – 11.00	Кафе-пауза	09.20 – 10.00	Кафе-пауза
20.00	Коктейл "Добре дошли" Ресторант "Форум" НДК	11.00 – 11.45	Сателитен симпозиум на Pfizer	10.00 – 10.45	Сателитен симпозиум на Gedeon Richter
		12.00 – 12.45	Сателитен симпозиум на Genesys	11.00 – 11.45	Сателитен симпозиум на Janssen Cilag
		12.45 – 13.45	Работен обяд	12.00 – 12.45	Сателитен симпозиум на Novartis
		13.45 – 14.30	Сателитен симпозиум на UCB Pharma	12.45 – 14.00	Работен обяд
		14.45 – 15.30	Сателитен симпозиум на GlaxoSmithKline	14.00 – 14.45	Сателитен симпозиум на Serono
		15.30 – 16.00	Кафе-пауза	15.00 – 15.15	Фирмена презентация на Aventis
		16.00 – 16.45	Сателитен симпозиум на MSD	15.15 – 15.30	Фирмена презентация на Gerot
		17.00 – 17.45	Сателитен симпозиум на Sanofi-Synthelabo	15.30 – 15.45	Фирмена презентация на Ebewe
		18.00 – 18.45	Сателитен симпозиум на Teva	15.45 – 16.00	Фирмена презентация на Les Laboratoires Servier
		19.00 – 19.45	Обсъждане на нови клинични пътеки	16.00 – 16.30	Кафе-пауза
		20.00	Коктейл – зала 6, НДК	16.30 – 17.15	Сателитен симпозиум на Schering
				17.30 – 18.15	Сателитен симпозиум на Libra AD
				18.30 – 19.30	Обсъждане на стандартите в неврологията
				19.30 – 20.00	Официално закриване
				20.00	Гала вечеря - ресторант "Форум", НДК

IX НАЦИОНАЛНА КОНФЕРЕНЦИЯ ПО НЕВРОЛОГИЯ
с международно участие, 25-27 септември 2003, НДК, София

25. 09. 2003 - ЧЕТВЪРТЪК
НАУЧНИ СЕСИИ - ЗАЛА 3

18.00 - 18.45

ОФИЦИАЛНО ОТКРИВАНЕ

18.45 - 19.30

Предконгресен сателитен симпозиум на UCSB PHARMA

20.00

Коктейл "Добре дошли" - ресторант „Форум“, НДК

26. 09. 2003 - ПЕТЪК
НАУЧНИ СЕСИИ ПЪРВА ПЛЕНАРНА СЕСИЯ - ЗАЛА 3

Председатели: Проф. П. Стаменова, Проф. П. Шотеков**Секретари:** Д-р Иван Стайков, Д-р Е. Ваврек

08.30 - 08.40

И. Миланов Ранна диагностика на Паркинсоновата болест

08.40 - 08.50

З. Захариев Нарколенсия

08.50 - 09.00

И. Петров Ендоваскуларно лечение на екстракраниалните мозъчни съдове

09.00 - 09.30

M. Arnold Thrombolysis in Acute Ischemic Stroke: Review and Own Experience

09.30 - 09.40

В. Бусарски и сътрудници Невроендоскопия - диагностични и лечебни възможности

09.40 - 09.50

В. Бусарски и сътрудници Първи резултати от въвеждане на невронавигация (образно-водена неврохирургия)

09.50 - 10.10

Дискусия

10.10 - 11.00

*Кафе-пауза***САТЕЛИТНИ СИМПОЗИУМИ - ЗАЛА 3**

11.00 - 11.45

Сателитен симпозиум на Pfizer

12.00 - 12.45

Сателитен симпозиум на Genesis

12.45 - 13.45

Работен обяд

13.45 - 14.30

Сателитен симпозиум на UCSB Pharma

14.45 - 15.30

Сателитен симпозиум на GlaxoSmithKline

15.30 - 16.00

Кафе-пауза

16.00 - 16.45

Сателитен симпозиум на MSD

17.00 - 17.45

Сателитен симпозиум на Sanofi-Synthelabo

18.00 - 18.45

Сателитен симпозиум на Teva

19.00 - 19.45

Обсъждане на нови клинични пътеки

20.00

Коктейл - зала 6

08.00 - 12.00

ПЪРВА ПОСТЕРНА СЕСИЯ - ЗАЛА 8**Председатели:** Доц. М. Даскалов, Доц. И. Велчева, Доц. Н. Никоевски

Доц. Н. Чалъкова, Доц. В. Божинова, Доц. О. Григорова

Секретари: Д-р Е. Василева, Д-р Д. Стоилова, Д-р С. Сарафов,

Д-р Н. Мурадян, Д-р П. Дамянов

10.00 - 11.15

Обсъждане на Първа постерна сесия

12.30 - 16.30

ВТОРА ПОСТЕРНА СЕСИЯ - ЗАЛА 8**Председатели:** Доц. М. Рашева, Доц. Г. Ганева, Доц. И. Манчев, Доц. Ст. Божинов,

Доц. Н. Делева, Доц. Л. Белопитова

Секретари: Д-р Н. Топалов, Д-р М. Караджова, Д-р Я. Христов, Д-р М. Клисурски,

Д-р Г. Панов

15.00 - 16.00

Обсъждане на Втора постерна сесия

27. 09. 2003 - СЪБОТА
НАУЧНИ СЕСИИ ВТОРА ПЛЕНАРНА СЕСИЯ - ЗАЛА 3

Председатели: Проф. З.Захариев, Доц. Н.Никоевски

Секретари: Д-р Хр.Крушков, Д-р Р.Калпачки

08.00 - 08.10

П. Кратунков и съавтори **Интервенционално затваряне на персистиращ форамен овале при пациенти с криптогенен мозъчен инсулт или транзиторна исхемична атака**

08.10 - 08.20

И. Велчева, Г. Ганева **Хронично ежедневно главоболие**

08.20 - 08.30

П. Стаменова, М. Миланова **Синдром на неспокойните крака**

08.30 - 08.40

М. Даскалов **Диабетна невропатия**

08.40 - 08.50

Н. Делева **Паранеопластични невропатии. Проблеми и предизвикателства пред клиничната невроонкология**

08.50 - 09.00

П. Шотеков **Невропатична болка**

09.00 - 09.20

Дискусия

09.20 - 10.00

Кафе-пауза

САТЕЛИТНИ СИМПОЗИУМИ И ФИРМЕНИ ПРЕЗЕНТАЦИИ- ЗАЛА 3

10.00 - 10.45

Сателитен симпозиум на Gedeon Richter

11.00 - 11.45

Сателитен симпозиум на Janssen Cilag

12.00 - 12.45

Сателитен симпозиум на Novartis

12.45 - 14.00

Работен обяд

14.00 - 14.45

Сателитен симпозиум на Serono

15.00 - 15.15

Фирмена презентация на Aventis

15.15 - 15.30

Фирмена презентация на Gerot

15.30 - 15.45

Фирмена презентация на Ebewe

15.45 - 16.00

Фирмена презентация на Les Laboratoires Servier

16.00 - 16.30

Кафе-пауза

16.30 - 17.15

Сателитен симпозиум на Schering

17.30 - 18.15

Сателитен симпозиум на Libra AD

18.30 - 19.30

Обсъждане на стандартите в неврологията

19.30 - 20.00

ОФИЦИАЛНО ЗАКРИВАНЕ

20.00

Гала вечеря - ресторант "Форум", НДК

08.00 - 14.00

ТРЕТА ПОСТЕРНА СЕСИЯ - ЗАЛА 8

Председатели: Проф. Ст. Янчева, Проф. Л. Иванова, Доц. П.Колев,
 Доц. И. Петров, Доц. Л. Трайков, Доц. И. Търнев

Секретари: Д-р К. Цаловски, Д-р Д. Атанасова, Д-р Д. Богданова
 Д-р Пл. Божинов, Д-р Е. Ваврек

12.00 - 13.00

Обсъждане на Трета постерна сесия

КРЪГЛА МАСА - ЗАЛА 8

11.00 - 11.45

Кръгла маса на Slovakopharma

ПРОГРАМА ПОСТЕРНИ СЕСИИ

ПЪРВА ПОСТЕРНА СЕСИЯ

26.09.2003 - ПЕТЪК

ПРЕДСЕДАТЕЛИ: Доц. М. Даскалов, Доц. И. Велчева,
Доц. Н. Никоевски, Доц. Н. Чалъкова, Доц. В.
Божинова, Доц. О. Григорова

СЕКРЕТАРИ: Д-р Е. Василева, Д-р Д. Стоилова,
Д-р С. Сарафов, Д-р Н. Мурадян, Д-р П. Дамянов

ПОСТАВЯНЕ НА ПОСТЕРИТЕ В 8:00 НА 26.09.2003
ДИСКУСИЯ- 10:15 - 11:15 НА 26.09.2003

ПОСТЕРИ

PI-001

СРАВНИТЕЛНИ РЕЗУЛТАТИ ОТ ЛЕЧЕНИЕТО НА
БОЛНИ С ВТОРИЧНО-ПРОГРЕДИЕНТНА ФОРМА НА
МНОЖЕСТВЕНА СКЛЕРОЗА С МИТОКСАНТРОН,
ПРИЛАГАН САМОСТОЯТЕЛНО ИЛИ В СЪЧЕТАНИЕ
С ИНТЕРФЕРОН-БЕТА
А.Андреева, А.Попов

PI-002

ШЕСТ ГОДИШНО КЛИНИЧНО И МАГНИТНО РЕЗО-
НАНСНО ПРОСЛЕДЯВАНЕ НА БОЛНА С В12
ЕНЦЕФАЛОМИЕЛОПАТИЯ И MS - ПОДОБНИ МРТ
ИЗМЕНЕНИЯ
Ч.Дикова, Х.Крушков, С.Иванова

PI-003

LIVEDO RETICULARIS И МНОЖЕСТВЕНА
СКЛЕРОЗА ?
*Ч.Дикова, И.Петрова, К.Николов, М.Балева
В. Шабани*

PI-004

ЛЕЧЕНИЕ НА СИНДРОМА НА УМОРА ПРИ
МС-БОЛНИ С AMANTADIN SULFAT /PK MERZ/
Кс. Кметска, А. Тодорова

PI-005

АВОНЕКС ПРИ ЛЕЧЕНИЕ НА 45 БОЛНИ С ПРИСТЪП-
НО РЕМИТЕНТНА МНОЖЕСТВЕНА СКЛЕРОЗА.
М. Клисурски, М. Даскалов, П. Стаменова

PI-006

МЕДИЦИНСКАТА РЕХАБИЛИТАЦИЯ - НЕОБХОДИМ
ЕТАП В КОМПЛЕКСНАТА ТЕРАПИЯ НА МНОЖЕСТ-
ВЕНАТА СКЛЕРОЗА
М.Кюлюмджиева, Б.Фортунова, Т.Ангелова, Б.Кутинска

PI-007

ТРАНСКРАНИАЛНА МАГНИТНА СТИМУЛАЦИЯ ПРИ
БОЛНИ С МНОЖЕСТВЕНА СКЛЕРОЗА НА ЛЕЧЕНИЕ
С 4 - АМИНОПЫРИДИН (PYMADIN)
Хр. Крушков, П. Шотекков

PI-008

НЕЖЕЛАНИ ЛЕКАРСТВЕНИ РЕАКЦИИ ОТ ЛЕЧЕНИЕ
С МИТОХАНТРОНЕ ПРИ ПАЦИЕНТИ С МНОЖЕСТ-
ВЕНА СКЛЕРОЗА
*М. Манова, И. Костадинова, З. Захариев, А. Тренова,
В. Василева*

PI-009

ПРОСЛЕДЯВАНЕ НА КОГНИТИВНОТО ФУНКЦИО-
НИРАНЕ НА ПАЦИЕНТИ С МНОЖЕСТВЕНА СКЛЕ-
РОЗА - ДВЕГОДИШЕН ОПИТ С ПРЕПАРАТА
INTERFERON ВЕТА 1 б
*М. Райчева, И. Петрова, Х. Крушков, С. Сарафов,
А. Попов, А. Андреева, Б. Стаменов, А. Трайков,
С. Ванева, Ч. Дикова, Н. Никоевски, П. Шотекков*

PI-010

ЛАЗЕРТЕРАПИЯ И РЕХАБИЛИТАЦИЯ НА БОЛНИ С
МНОЖЕСТВЕНА СКЛЕРОЗА
М. Терзиева, Н. Делева, Св. Генева, А. Капрелян

PI-011

ЕФЕКТ НА КАРБАМАЗЕПИН ВЪРХУ ПАМЕТОВИТЕ
ФУНКЦИИ ПРИ ПАЦИЕНТИ С КОМПЛЕКСНИ
ПАРЦИАЛНИ И ВТОРИЧНО ГЕНЕРАЛИЗИРАНИ
ПРИПАДЪЦИ
*Р. Велizarова, М. Радионова, Д. Чавдаров, М. Райчева,
А. Трайков.*

PI-012

УРА/СВЗ КОНВЕРЗИЯ КАТО МОНОТЕРАПИЯ ПРИ
НЕАДЕКВАТНО КОНТРОЛИРАНИ НОВОДИАГНОСТИ-
ЦИРАНИ ЕПИЛЕПСИИ.
М. Раиева, А. Хараланов

PI-013

КЛИНИЧНА ЕФЕКТИВНОСТ И ЕЕГ ПРОМЕНИ
СЛЕД РТМС ПРИ БОЛНИ С ЕПИЛЕПСИЯ
М. Радионова, Р. Велizarова, Д. Чавдаров

PI-014

ОПТИМИЗИРАНЕ ЛЕЧЕНИЕТО С LAMICTAL ПРИ
ДЕЦА С РЕФРАКТЕРНА ФОКАЛНА ЕПИЛЕПСИЯ
И. Литвиненко, Д. Христова, Д. Свинаров

PI-015

МОНОТЕРАПИЯ С TRILEPTAL (OXCARBAZEPINE) НА
БОЛНИ С ЕПИЛЕПСИЯ
Р. Кузманова, Г. Ганева, Д. Димова

PI-016

ЛЕЧЕНИЕ НА ЕПИЛЕПСИЯ С DEPAKINE CHRONO -
КЛИНИЧНИ И ФАРМАКОКИНЕТИЧНИ ОСНОВАНИЯ
Р. Калпаки, П. Шотекков

PI-017

КЛИНИЧЕН ОПИТ ПРИ ЛЕЧЕНИЕ НА ЕПИЛЕПСИЯ С ПЕС - КОНВУЛЕКС ХРОНО300МГ И КОНВУЛЕКС ХРОНО500МГ - ВЛИЯНИЕ ВЪРХУ ПСИХОСОЦИАЛНАТА АКТИВНОСТ НА БОЛНИТЕ.

М. Йонова, В. Петрова

PI-018

МОНОТЕРАПИЯ С ТОПАМАКС-КЛИНИЧНА И ФАРМАКОИКОНОМИЧНА ЕФЕКТИВНОСТ ПРИ БОЛНИ С ПАРЦИАЛНИ ПРИСТЪПИ С ИЛИ БЕЗ ВТОРИЧНА ГЕНЕРАЛИЗАЦИЯ - ОТКРИТО ПРОУЧВАНЕ.

М. Йонова

PI-019

НАШИЯТ КЛИНИЧЕН ОПИТ С LEVETIRACETAM (КЕРРРА) ПРИ ЛЕЧЕНИЕТО НА ОСОБЕНО ТЕРАПЕВТИЧНО РЕЗИСТЕНТНИ БОЛНИ ЕПИЛЕПСИЯ

Г. Ганева, Р. Кузманова, Д. Димова

PI-020

РАЗЛИЧЕН ЕФЕКТ НА ЛАМОТРИЖИН ПРИ РЕФРАКТЕРНА РОЛАНДОВА ЕПИЛЕПСИЯ - ЛИПСА НА ПРЕДОПРЕДЕЛЯЩИ ЕЛЕКТРОЕНЦЕФАЛОГРАФСКИ ХАРАКТЕРИСТИКИ, НО ВЪЗМОЖНА ВЪЗРАСТОВА ЗАВИСИМОСТ

П. Димова, В. Божинова, Д. Даскалов

PI-021

СТИМУЛАЦИЯ НА N. VAGUS ЗА ЛЕЧЕНИЕ НА МЕДИКАМЕНТОЗНО РЕЗИСТЕНТНА ЕПИЛЕПСИЯ - ПЪРВИ КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

В. Бусарски, Н. Мирчев, Ст. Дженгов

PI-022

БРЕМЕННОСТ И РАЖДАНЕ ПРИ ЖЕНИ С ЕПИЛЕПСИЯ - ПРОСПЕКТИВНО НАБЛЮДЕНИЕ ЗА 8 ГОДИШЕН ПЕРИОД ПРИ 61 ЖЕНИ.

П. Божинов, С. Божинова

PI-023

ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА РЕПРОДУКТИВНИТЕ ФУНКЦИИ ПРИ ПАЦИЕНТКИ С ЕПИЛЕПСИЯ СЛЕД ПРЕМИНАВАНЕ НА МОНОТЕРАПИЯ С ТОPIRAMATE

П. Божинов, С. Божинова

PI-024

ТЕРАПЕВТИЧНА ЕФЕКТИВНОСТ НА НОВИТЕ АНТИ-ЕПИЛЕПТИЧНИ СРЕДСТВА ПРИ МЕДИКАМЕНТОЗНО РЕЗИСТЕНТНИ ЕПИЛЕПСИИ

П. Попов

PI-025

РЕЗУЛТАТИ ОТ ПРИЛАГАНЕТО НА АНТИКОНВУЛСАНТИ ПРИ БОЛНИ, ПРЕЖИВЕЛИ КРАНИОТОМИЯ

Р. Калтачки, Р. Попов, Х. Христов, Е. Динев, В. Бусарски, К. Романски

PI-026

КЛИНИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА И ИЗХОД ПРИ 21 БОЛНИ С ПАТОЛОГИЯ НА ВЕНОЗНОТО МОЗЪЧНО КРЪВООБРАЩЕНИЕ.

Ц. Цанкова, М. Клисурски, М. Орозова, Я. Христов, М. Рашева, И. Стайков, В. Тончева, М. Миланова, М. Радева, П. Стаменова

PI-027

LIPOPRES (LOVASTATIN) ПРИ ЛЕЧЕНИЕ НА БОЛНИ С АСИМПТОМНА МОЗЪЧНОСЪДОВА БОЛЕСТ (АМСБ)

С. Янчева, Г. Николова, И. Райчев

PI-028

ДВУЕТАПНА АНГИОПЛАСТИКА И СТЕНТИРАНЕ НА ПАЦИЕНТ С БИЛАТЕРАЛНА КАРОТИДНА СТЕНОЗА И ДВУКЛОНОВА КОРОНАРНА БОЛЕСТ

П. Шотеков, И. Петров, Ш. Мехрабиан, Ю. Петрова, Ю. Джоргова, А. Чирков, А. Трайков

PI-029

ХРОНИЧНА ХИПЕРТОНИЧНА ЕНЦЕФАЛОПАТИЯ - ОСОБЕНОСТИ В КЛИНИЧНОТО ПРОТИЧАНЕ

Д. Минчев, А. Хавезова, Ст. Тодоров, С. Андонова

PI-030

ЛЕЧЕНИЕ С КАВИНТОН (VINPROSETINE) ПРИ ОСТРИ ИСХЕМИЧНИ НАРУШЕНИЯ НА МОЗЪЧНОТО КРЪВООБРАЩЕНИЕ

И. Манчев, М. Цолова, В. Манчева

PI-031

НЕВРОПРОТЕКТИВЕН ЕФЕКТ НА SAVINTON FORTE ПРИ ИСХЕМИЧНИ РАЗСТРОЙСТВА НА МОЗЪЧНОТО КРЪВООБРАЩЕНИЕ

А. Хавезова, Д. Минчев, П. Йорданова

PI-032

ПРОУЧВАНЕ НА ВЛИЯНИЕТО НА AMANTADINE SULFAT (PK-MERZ®) ВЪРХУ КОГНИТИВНИТЕ ФУНКЦИИ ПРИ ПАЦИЕНТИ СЛЕД СЪРДЕЧНИ ОПЕРАЦИИ

М. Райчева, Т. Бургуджиев

PI-033

КЛИНИЧНО ПРОУЧВАНЕ НА DONEREZIL ПРИ БОЛЕСТТА НА АЛЦХАЙМЕР

Г. Николова, А. Трайков

PI-034

ЕДНОГОДИШНО ЛЕЧЕНИЕ С НИВАЛИН НА БОЛНА С ТЕЖКО ПРОТИЧАЩА ФАМИЛНА ДЕМЕНЦИЯ

Ч. Дикова, М. Райчева, Б. Цанков

PI-035

ВЪЗМОЖНОСТИ НА КИНЕЗИТЕРАПИЯТА ПРИ ПАРКИНСОНИЗЪМ

И. Колева, Н. Лишев, И. Миланов, Р. Йошинов, З. Горанова

PI-036

ЕФЕКТИВНОСТ НА МАНУАЛНАТА ТЕРАПИЯ ПРИ ЦЕРВИКАЛНО СВЪРЗАНО ГЛАВОВОЛИЕ

И. Колева, Н. Лишев, И. Миланов, Н. Топалов, Р. Йошинов

PI-037

ИНТЕНЗИВНО ЛЕЧЕНИЕ НА БОЛНИ С МИАСТЕННИ КРИЗА - НАШИЯТ ОПИТ

Я. Христов, Ц. Цанкова, М. Драгиев, М. Орозова, М. Миланова, Т. Стефанов, Г. Благоев, Е. Ваврек, В. Тончева, Н. Симеонов, И. Стайков, С. Велкова, П. Стаменова

PI-038

ЛЕЧЕНИЕ НА ТУБЕРКУЛОЗЕН МЕНИНГИТ
С АТИПИЧНО НАЧАЛО (ЛЕНИВ ТУБЕРКУЛОЗЕН
МЕНИНГИТ) ПРИ ДВЕ БОЛНИ

Ч. Дикова, И. Петрова, Н. Никоевски

PI-039

ПАЛИАТИВНИТЕ ГРИЖИ В НЕВРОЛОГИЯТА

И. Миланов, Д. Масларов, И. Нисимов

PI-040

ТЕРАПЕВТИЧНО ЛЕКАРСТВЕНО МОНИТОРИРАНЕ
В КЛИНИКАТА ПО НЕВРОЛОГИЯ НА

УНИВЕРСИТЕТСКА АЛЕКСАНДРОВСКА БОЛНИЦА
Р. Калтачки, П. Янкова

PI-041

ЛЕЧЕНИЕ НА ТРИГЕМИНАЛНА НЕВРАЛГИЯ
С РК-MERZ

Д. Балдаранов, Р. Йосифова, А. Ночева, Т. Бенчева

PI-042

СЪВРЕМЕННИ ТЕРАПЕВТИЧНИ СТРАТЕГИИ ПРИ
ВЕРТЕБРОГЕННИТЕ БОЛКОВИ СИНДРОМИ

В. Мълчанова

PI-043

ЛЕЧЕНИЕ С СЕЛЕСОХИВ ПРИ ВЕРТЕБРОГЕННИ БОЛ-
КОВИ СИНДРОМИ С ЛУМБАЛНА ЛОКАЛИЗАЦИЯ

В. Мълчанова, М. Караджова

PI-044

КЛИНИЧНО ПРОУЧВАНЕ НА ЕФЕКТИВНОСТТА НА
СЕЛЕСОХИВ ПРИ БОЛНИ С БОЛКИ В КРЪСТА

Д. Богданова, И. Миланов

PI-045

КОМПЛЕКСНИ ФИЗИКАЛНО-ТЕРАПЕВТИЧНИ И РЕ-
ХАБИЛИТАЦИОННИ ПРОГРАМИ ПРИ ДИАБЕТНА
ПОЛИНЕВРОПАТИЯ

И. Колева

PI-046

ЕФЕКТИВНОСТ НА ФИЗИКАЛНАТА ТЕРАПИЯ
ВЪРХУ БЕЛЕЗИТЕ НА АВТОНОМНА ДИСФУНКЦИЯ
ПРИ ПАЦИЕНТИ СЪС ЗАХАРЕН ДИАБЕТ
И ДИАБЕТНА ПОЛИНЕВРОПАТИЯ С ДИАБЕТНО
СТЪПАЛО

И. Колева, Зл. Стойнева, М. Дикова, Р. Йошинов

PI-047

ПОВЛИЯВАНЕ НА КОГНИТИВНОТО ФУНКЦИОНИ-
РАНЕ НА ПАЦИЕНТИ С ПРОДРОМИ НА ШИЗОФРЕ-
НИЯ СЛЕД ЛЕЧЕНИЕ С RISPOLERT И ПСИХОСОЦИ-
АЛНИ ИНТЕРВЕНЦИИ

П. Нанева, М. Райчева, Г. Петрова, С. Василев, Т. Томов

ВТОРА ПОСТЕРНА СЕСИЯ

26.09.2003 - ПЕТЪК

ПРЕДСЕДАТЕЛИ: Доц. М. Рашева, Доц. Г. Ганева,
Доц. И. Манчев, Доц. Ст. Божинов, Доц. Н. Делева,
Доц. А. Белопитова

СЕКРЕТАРИ: Д-р Н. Топалов, Д-р М. Караджова,
Д-р Я. Христов, Д-р М. Клисурски, Д-р Г. Панов

ПОСТАВЯНЕ НА ПОСТЕРИТЕ В 12:30

НА 26.09.2003.

ДИСКУСИЯ - 15:00 - 16:00 НА 26.09.2003

ПОСТЕРИ

PII-001

ОЦЕНКА НА КАРДИОВАСКУЛАРНАТА АВТОНОМНА
РЕАКТИВНОСТ ПРИ БОЛНИ С ДИАБЕТНА
ПОЛИНЕВРОПАТИЯ.

*И. Велчева, П. Дамянов, К. Христова, А. Запрянова,
Е. Титянова*

PII-002

ДИАБЕТНА АВТОНОМНА НЕВРОПАТИЯ

Зл. Стойнева

PII-003

ЕЛЕКТРОМИОГРАФСКО ПРОУЧВАНЕ ПРИ ПАЦИЕН-
ТИ С ДИАБЕТ-II ТИП

*С. Новачкова, Г. Ончева, Д. Попова, Д. Атанасова,
Н. Мурадян*

PII-004

ИЗСЛЕДВАНЕ НА BLINK-REFLEX ПРИ БОЛНИ СЪС
ЗАХАРЕН ДИАБЕТ

И. Трайкова, И. Петрова

PII-005

ДИАГНОСТИЦИРАНЕ НА АЛКОХОЛНА ПОЛИНЕВРО-
ПАТИЯ ЧРЕЗ ПАРАМЕТЪРА РЕЗИДУАЛНА
ЛАТЕНЦИЯ

*А. Александров, Н. Самарджиева, А. Христова, Д. Козаров,
Б. Ишпекова*

PII-006

ДИАГНОСТИЧНА СТОЙНОСТ НА БЛОКА НА ПРО-
ВЕЖДАНЕ ПРИ ПАЦИЕНТИ СЪС СИНДРОМ
НА ГИЛЕН - БАРЕ

*Д. Атанасова, Б. Ишпекова, Н. Мурадян, С. Новачкова,
М. Даскалов*

PII-007

НАШИЯТ ОПИТ ОТ ЛЕЧЕНИЕ С ИМУНОГЛОБУЛИН
ПРИ ДЕЦА СЪС СИНДРОМА НА ГИЛЕН-БАРЕ

М. Алексиева, Ш. Мехрабиан, И. Литвиненко, А. Трайков

PII-008

ХРОНИЧНА ВЪЗПАЛИТЕЛНА ДЕМИЕЛИНИЗИРАЩА
ПОЛИНЕВРОПАТИЯ /ХВДП/ С АНАЛИЗ НА 16 СЛУ-
ЧАЯ

*Н. Никоевски, О. Григорова, И. Петрова, П. Янкова, В.
Михайлова.*

PII-009

СТРУКТУРНО-КЛИНИЧЕН АНАЛИЗ НА ЧЕРЕПНО-

МОЗЪЧНИТЕ МОНОНЕВРИТИ И МОНОНЕВРОПАТИИ

Т. Василева, В. Теменлева, В. Дошева

РП-010

НЕВРОПАТИЯ НА ОЧЕДВИГАТЕЛНИТЕ НЕРВИ -
ВЪРХУ ЕТИОЛОГИЯТА И КЛИНИЧНАТА КАРТИНА
ПРИ 20 СЛУЧАЯ

О. Григорова, С. Черникова, И. Петрова, В. Михайлова

РП-011

ЗАКРИТИ ЧЕРЕПНО-МОЗЪЧНИ УВРЕДИ НА ЗРИТЕЛ-
НИТЕ НЕРВИ

Хр. Цеков, С. Черникова, В. Бусарски

РП-012

ТРИГЕМИНАЛНА НЕВРАЛГИЯ - ЕТИОЛОГИЧНА И
КЛИНИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА

О. Григорова, И. Петрова, В. Михайлова

РП-013

НЕВРИТИ НА ЛИЦЕВИЯ НЕРВ В ДЕТСКАТА ВЪЗРАСТ
- ЗАБОЛЕВАЕМОСТ, ЕТИОЛОГИЯ, ДИАГНОСТИКА,
ТЕРАПЕВТИЧНО ПОВЕДЕНИЕ

*Р. Божилова, В. Гергелчева, В. Томов, Д. Славчев,
В. Божинова*

РП-014

РЕФЛЕКСНА СИМПАТИКОВА ДИСТРОФИЯ - ДИАГ-
НОСТИЧНИ КРИТЕРИИ

Зл. Стойнева, В. Боснев

РП-015

ДИСТАЛНА АВТОНОМНА НЕВРОПАТИЯ

Зл. Стойнева, В. Боснев, Б. Милева

РП-016

THE SIGNIFICANCE OF F WAVE FOR THE EARLY
DETECTION OF UREMIC NEUROPATHY IN PATIENTS
ON LONG-TERM HEMODIALYSIS

P. Risteski, M. Petkovski, Lj. Dimitrovski.

РП-017

АВТОЗОМНО - ДОМИНАТНА НЕВРОПАТИЯ С МЕЖ-
ДИННИ СКОРОСТИ НА ПРОВЕЖДАНЕ ПРИ БЪЛГАР-
СКА ФАМИЛИЯ

*В. Гергелчева, И. Търнев, Б. Ишпекова, И. Литвиненко,
Б. Цанков, Н. Иванова, И. Кременски, А. Йорданова*

РП-018

ДВЕ АВТОЗОМНО - РЕЦЕСИВНИ ДЕМИЕЛИНИЗИРА-
ЩИ НЕВРОПАТИИ: КЛИНИЧНИ И ЕЛЕКТРОФИЗИО-
ЛОГИЧНИ ПРОМЕНИ В ДЕТСКА ВЪЗРАСТ

*В. Гергелчева, И. Търнев, Б. Ишпекова, Ю. Петрова, И.
Литвиненко, А. Шмаров, Р. Русев, В. Божинова,
А. Белопитова, А. Калайджиева*

РП-019

УВРЕЖДАНЕ НА ПЕРИФЕРНАТА НЕРВНА СИСТЕМА
ПРИ ЛАЙМСКА БОЛЕСТ

*В. Дренски, Св. Генева, А. Капрелян, М. Петкова,
М. Терзиева*

РП-020

ПРОФЕСИОНАЛНО ОБУСЛОВЕНИ ПЕРИФЕРНОНЕР-
ВНИ УВРЕЖДАНЯ

В. Костова

РП-021

THORACIC OUTLET SYNDROMA (CASE REPORT)

*S. Radulovik-Bekarovska, R. Ljapchev, N. Baneva,
N. Bekarovski*

РП-022

КОМПРЕСИОННИ МОНОНЕВРОПАТИИ В ГОРНИТЕ
КРАЙНИЦИ С ПРОФЕСИОНАЛЕН ХАРАКТЕР -
КЛИНИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА И ЕТИОЛОГИЧНА
ДИАГНОЗА

А. Накова, В. Костова, Г. Ончева

РП-023

КОМПРЕСИОННО-ИСХЕМИЧНИ НЕВРОПАТИИ -
ПРИНЦИПИ НА ДИФЕРЕНЦИАЛНАТА ДИАГНОСТИ-
КА

Д. Масларов, И. Нусимов.

РП-024

КОМПРЕСИОННО-ИСХЕМИЧНИ НЕВРОПАТИИ -
КЛАСИФИКАЦИОННИ ПОДХОДИ И ПРИНЦИПИ НА
ЛЕЧЕНИЕ

Д. Масларов, И. Нусимов.

РП-025

АВТОНОМНИТЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ СИНДРОМ НА
КАРПАЛИЯ ТУНЕЛ

П. Атанасова, А. Атанасов, Н. Чалъкова

РП-026

ДИАГНОСТИЧНА СТОЙНОСТ НА ЕЛЕКТРОФИЗИО-
ЛОГИЧНОТО ИЗСЛЕДВАНЕ ПРИ БОЛНИ С РАДИКУ-
ЛОПАТИИ L3, L4

Н. Мурадян, С. Новачкова, Д. Атанасова, Б. Ишпекова

РП-027

РАДИКУЛЕРНИ СИНДРОМИ ПРИ ЦЕРВИКАЛНА МИ-
ЕЛОПАТИЯ

П. Богданова

РП-028

КОМПЮТЪР-ТОМОГРАФСКИ НАХОДКИ ПРИ ПАЦИ-
ЕНТИ СЪС СИНДРОМ НА "НИСКИ ЛУМБАЛГИИ" ОТ
ТОРАКО-ЛУМБАЛЕН ПРОИЗХОД

М. Караджова, Ив. Димитров, В. Мълчанова

РП-029

ДИАГНОСТИЧНА СТОЙНОСТ НА ЕЛЕКТРОМИОГ-
РАФСКИТЕ ТЕСТОВЕ ПРИ БОЛНИ С ЛУМБОСАКРАЛ-
НИ РАДИКУЛОПАТИИ (L4, L5, S1)

*Б. Ишпекова, М. Даскалов, Н. Мурадян, Д. Атанасова,
С. Новачкова, П. Стаменова*

РП-030

КЛИНИЧНО ПРОУЧВАНЕ ПРИ ПАЦИЕНТИ С ВЕР-
ТЕБРОГЕННИ БОЛКОВИ СИНДРОМИ ОТ ТОРАКО-
ЛУМБАЛЕН ПРОИЗХОД

М. Караджова

РП-031

DISABILITY IN WORKERS DUE TO DISCUS HERNIA
IN LUMBOSACRAL PART OF THE SPINE

N. Gogov, I. Gogov, V. Gogova

РП-032

КЛИНИКО-ЕЛЕКТРОМИОГРАФСКО ПРОУЧВАНЕ ПРИ БОЛНИ, ДИАГНОСТИЦИРАНИ КАТО ПАРКИНСОНОВА БОЛЕСТ

М. Орозова, С. Новачкова, М. Даскалов, Я. Христов

РП-033

КТ ПРОМЕНИ ПРИ БОЛНИ С ПАРКИНСОНИЗЪМ

О. Григорова, И. Петрова, С. Ванева, Ст. Сарафов

РП-034

НАЙ-ЧЕСТИ ГРЕШКИ В ДИАГНОСТИКАТА НА ПАРКИНСОНОВАТА БОЛЕСТ

Д. Христова, З. Захариев

РП-035

КОРОВ САЙЛЪНТ ПЕРИОД ПРИ ПАРКИНСОНОВА БОЛЕСТ

В. Теменлиева, Д. Христова

РП-036

EXPERIENCE IN TREATMENT OF PATIENTS WITH PARKINSONIAN SYNDROME IN AMBULATORY-POLYCLINIC CONDITIONS

А. Kandikjan

РП-037

ДИЗАВТОНОМИИ И КАЧЕСТВО НА ЖИВОТ ПРИ ПАРКИНСОНОВА БОЛЕСТ

Б. Иванов, А. Хавезова, Д. Минчев, Н. Делева

РП-038

РЯДЪК СЛУЧАЙ НА МНОЖЕСТВЕНА СКЛЕРОЗА В СЪЧЕТАНИЕ СЪС СИСТЕМЕН ЛУПУС ЕРИТЕМАТОДЕС И СИНДРОМ НА СЪОГРЕН

С. Генева, Н. Делева, А. Капрелян, М Терзиева, И. Димитров

РП-039

СЛУЧАЙ С PLATYBASIA (АНОМАЛИИ В ПРОКСИМАЛНИЯ ШИЕН СЕГМЕНТ НА ГРЪБНАКА), ДИАГНОСТИЦИРАН И ЛЕКУВАН КАТО МНОЖЕСТВЕНА СКЛЕРОЗА

М. Орозова, Ц. Цанкова

РП-040

ЕПИЛЕПТИЧНИ ПРИСТЪПИ, КАТО ДЕБЮТ НА МНОЖЕСТВЕНА СКЛЕРОЗА

Ш. Мехрабиан, Р. Калтачки, П. Шотеков, А. Трайков

РП-041

ХРОНОБИОЛОГИЧНИ АСПЕКТИ НА SCLEROSIS DISSEMINATA

Т. Маркова, Е. Витева

РП-042

ДИАГНОСТИЧНИ ПРОБЛЕМИ ПРИ БОЛНИ С МНОЖЕСТВЕНА СКЛЕРОЗА И ОСТРО НАСТЪПИЛА ЦЕНТРАЛНА ХЕМИПАРЕЗА

Кс. Кметска, Д. Георгиев, Н. Топалов, Т. Петрова

РП-043

МНОЖЕСТВЕНА СКЛЕРОЗА В ДЕТСКА ВЪЗРАСТ - ДИАГНОСТИЧНИ АСПЕКТИ ПРИ ДЪЛГОСРОЧНО ПРОСЛЕДЯВАНЕ

А. Белопитова, В. Гергелчева, В. Божинова, Р. Петков

РП-044

OVERVIEW TO DIAGNOSTIC CRITERIA FOR SCLEROSIS MULTIPLEX

А. Dimova, V. Daskalovska

РП-045

КОГНИТИВНИ НАРУШЕНИЯ ПРИ БОЛНИ С МНОЖЕСТВЕНА СКЛЕРОЗА

А. Трайков, Г. Николова, А. Шалявска, С. Иванова, С. Янчева, Д. Георгиев

РП-046

СУБЕКТИВНА ЗРИТЕЛНА ДИСФУНКЦИЯ ПРИ МС: ТЕСТУВАНЕ С VFQ-25

А. Цукева, Н. Делева, А. Капрелян, И. Димитров

РП-047

АНАЛИЗ НА НЕВРООФТАЛМОЛОГИЧНИТЕ ПРОЯВИ ПРИ БОЛНИ С МС

Н. Делева, А. Цукева, С. Генева

РП-048

ХАРАКТЕРИСТИКА НА ОЧЕДВИГАТЕЛНИТЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ 360 БОЛНИ С МНОЖЕСТВЕНА СКЛЕРОЗА

С. Черникова

РП-049

ХАРАКТЕРИСТИКА НА ПРОМЕНИТЕ ПРИ ЗРИТЕЛНИ ПАТЕРНИ ЕВОКИРАНИ ПОТЕНЦИАЛИ (ЗПЕП) ПРИ БОЛНИ С МНОЖЕСТВЕНА СКЛЕРОЗА (МС).

А. Хараланов, Е. Мермеклиева

РП-050

СЛУХОВИ МОЗЪЧНО-СТВОЛОВИ ПРЕДИЗВИКАНИ ПОТЕНЦИАЛИ (СМСПП) ПРИ БОЛНИ С КЛИНИЧНО СИГУРНА МНОЖЕСТВЕНА СКЛЕРОЗА (МС)

*А. Хараланов, Е. Мермеклиева***ТРЕТА ПОСТЕРНА СЕСИЯ****27.09.2003 - СЪБОТА****ПРЕДСЕДАТЕЛИ:** Проф. Ст. Янчева, Проф. А. Иванова Доц. П. Колев, Доц. И. Петров, Доц. А. Трайков, Доц. И. Търнев**СЕКРЕТАРИ:** Д-р К. Цаловски, Д-р Д. Атанасова, Д-р Д. Богданова, Д-р Пл. Божинов, Д-р Е. Ваврек**ПОСТАВЯНЕ НА ПОСТЕРИТЕ В 08:00 НА 27.09.2003. ДИСКУСИЯ - 12:00 - 13:00 НА 27.09.2003****ПОСТЕРИ**

РП-001

СЛУЧАЙ НА СУБАКУТЕН СКЛЕРОЗИРАЩ ПАНЕНЦЕФАЛИТ С АТИПИЧНИ АБСАНСИ И МИОКЛОНИЧНО-АТОНИЧНИ ПРИСТЪПИ КАТО ПЪРВИ СИМПТОМ

П. Димова, В. Божинова

РП-002

ДНЕПТ КАТО ПРИЧИНА ЗА РАЗВИТИЕ НА ТЕМПОРАЛНА ЕПИЛЕПСИЯ С 12 ГОДИШНА ДАВНОСТ

Д. Стоилова, Р. Калтачки, П. Шотеков, И. Кълев, К. Романски

РПШ-003

ПРОСЛЕДЯВАНЕ НА ПРОБЛЕМИ ВЪВ ВНИМАНИЕТО И ОБУЧИТЕЛНИ ЗАТРУДНЕНИЯ ПРИ ДВЕ ДЕЦА С ЕПИЛЕПСИЯ

Б. Александрова, Е. Богданова

РПШ-004

ФАМИЛНА ПЪРВИЧНО-ГЕНЕРАЛИЗИРАНА ЕПИЛЕПСИЯ ПРИ БЪЛГАРСКИ РОМИ

И. Търнев, П. Шчепетовски, В. Гергелчева, М. Радионова, М. Йонова, Р. Велizarова, Р. Петков, П. Жентон

РПШ-005

КОГНИТИВНИ НАРУШЕНИЯ ПРИ ПАЦИЕНТИ С ПАРЦИАЛНИ ПРИПАДЪЦИ С ИЛИ БЕЗ ВТОРИЧНА ГЕНЕРАЛИЗАЦИЯ

Р. Велizarова, М. Радионова, Д. Чавдаров, М. Райчева, А. Трайков

РПШ-006

ЖЕНИ С НОВОДИАГНОСТИЦИРАНА ЕПИЛЕПСИЯ - ЕХОГРАФСКИ СКРИНИНГ НА МАТКА И ЯЙЧНИЦИ ПРЕДИ ЗАПОЧВАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕ

Д. Димова, В. Мазнейкова, Г. Ганева, Р. Кузманова

РПШ-007

ЛОНГИТУДИНАЛНИ ЕЛЕКТРОЕНЦЕФАЛОГРАФСКИ ПРОУЧВАНИЯ ПРИ ВЪЗРАСТНИ КЛИНИЧНО ЗДРАВИ ЛИЦА

И. Манчев, Пл. Цанев, М. Маринова, В. Манчева

РПШ-008

ЕКЗЕКУТИВНИ ФУНКЦИИ ПРИ ПАЦИЕНТИ С ПРОДРОМИ НА ШИЗОФРЕНИЯ И С ПЪРВИ ПСИХОТИЧЕН ЕПИЗОД

М. Райчева, П. Нанева, Г. Петрова, С. Василев

РПШ-009

АСИМПТОМНА АТЕРОСКЛЕРОТИЧНА КАРОТИДНА И ВЕРТЕБРАЛНА ПАТОЛОГИЯ

Е. Василева

РПШ-010

КРЪВЕН ТОК В ЕКСТРАКРАНИАЛНИТЕ АРТЕРИИ НА ГЛАВАТА И СЪРДЕЧНА ФУНКЦИЯ ПРИ БОЛНИ С МОЗЪЧНОСЪДОВА БОЛЕСТ: КОРЕЛАТИВНИ ПРОУЧВАНИЯ С ЦВЕТНО ДУПЛЕКС-СКЕНИРАНЕ, КОМПЮТЪРНА ТОМОГРАФИЯ И ЕХОКАРДИОГРАФИЯ

Е. Титянова, И. Велчева, К. Христова, П. Дамянов, Н. Топалов, П. Матеев

РПШ-011

МОЗЪЧЕН ИНСУЛТ СЛЕД ЗЛОУПОТРЕБА С ПРОТЕИНИ

И. Стайков, Ю. Петрова, П. Стаменова, П. Шотеков

РПШ-012

АНТИОКСИДАНТЕН ПРОФИЛ НА КРЪВТА ПРИ ПАЦИЕНТИ С ИСХЕМИЧЕН ИНСУЛТ В ОСТЪР СТАДИЙ

М. Дановска, М. Александрова, А. Живков, М. Попова, В. Симеонова

РПШ-013

СТРУКТУРА НА СЪНЯ В ОСТРИЯ СТАДИЙ НА МОЗЪЧЕН ИНСУЛТ

Ф. Киров, С. Цеков, Д. Минчев

РПШ-014

ОРГАНИЗАЦИЯ НА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ИНСУЛТНО БОЛНИ СЛЕД СТАРТИРАНЕ НА ЗДРАВНАТА РЕФОРМА В БОЛНИЧНАТА ПОМОЩ В МБАЛ ПЛЕВЕН

М. Попова, М. Дановска, А. Живков, В. Симеонова, Хр. Лилковски

РПШ-015

РЕХАБИЛИТАЦИОНЕН МЕНИДЖМЪНТ СЛЕД МОЗЪЧЕН ИНСУЛТ - ОРГАНИЗАЦИОННИ ПРОБЛЕМИ, НЕОБХОДИМОСТ ОТ ПРОМЕНИ, ПЕРСПЕКТИВИ

А. Хавезова

РПШ-016

ДИСЕКАЦИЯ НА ВЪТРЕШНАТА СЪННА АРТЕРИЯ: КЛИНИЧНО И НЕВРОСОНОГРАФСКО ОПИСАНИЕ НА ЕДИН СЛУЧАЙ.

М. Клисурски, Е. Василева, И. Стайков, Ц. Цанкова, П. Стаменова

РПШ-017

РАННИ КЛИНИЧНИ И КОМПЮТЪРТОМОГРАФСКИ ДАННИ ЗА АНЕВРИЗМАЛЕН СУБРАХНОИДЕН КРЪВОИЗЛИВ

М. Орозова, Ц. Цанкова, П. Стаменова

РПШ-018

КОМПЮТЪРНО-ТОМОГРАФСКА АНГИОГРАФИЯ

Б. Павлов, А. Трифонов, Д. Балдаранов

РПШ-019

АНТИФОСФОЛИПИДЕН СИНДРОМ ПРИ ОСТРИ РАЗСТРОЙСТВА НА МОЗЪЧНОТО КРЪВООБРАЩЕНИЕ

Д. Минчев, А. Хавезова, Д. Георгиева

РПШ-020

АНТИФОСФОЛИПИДЕН СИНДРОМ В ДИФЕРЕНЦИАЛНАТА ДИАГНОЗА НА МОЗЪЧНИТЕ ИСХЕМИИ В ДЕТСКАТА ВЪЗРАСТ

В. Божинова, В. Гергелчева, В. Томов

РПШ-021

ДОПЛЕРСОНОГРАФСКИ ПРОМЕНИ ПРИ БОЛНИ СЪС СИНДРОМА НА SNEDDON

Ч. Дикова, Ю. Петрова, П. Шотеков

РПШ-022

ДОПЛЕРОВА СОНОГРАФИЯ НА КАРОТИДНИТЕ И ВЕРТЕБРАЛНИ АРТЕРИИ ПРИ БОЛНИ С ХИПОТИРЕОИДИЗЪМ

Ст. Тодоров, Д. Минчев, П. Йорданова, К. Христозов

РПШ-023

ДЕМЕНЦИЯ ПРИ НЕВРОЛУЕС: КЛИНИЧНО, НЕВРОПСИХОЛОГИЧНО И НЕВРОИЗОБРАЗЯВАЩО ПРОСЛЕДЯВАНЕ

А. Трайков, Ш. Мехрабиан, Г. Пехливанов, Е. Петрова, М. Райчева, Н. Цанков

РПШ-024

ЧЕСТОТА НА $\epsilon 4$ АЛЕЛА НА АПОЛИПОПРОТЕИН Е ПРИ ПАЦИЕНТИ С БОЛЕСТТА НА АЛЦХАЙМЕР В БЪЛГАРИЯ*А. Трайков, Г. Николова, И. Търнев, М. Райчева, И. Райчев, Ш. Мехрабиан, С. Янчева*

РПШ-025

ДИАГНОСТИЧНА СТОЙНОСТ НА НЯКОИ КОМПЮТЪРТОМОГРАФСКИ ПАРАМЕТРИ ПРИ БОЛЕСТТА НА ХЪНТИНГТОН

Н. Топалов, Д. Георгиев, И. Колева

РПШ-026

КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧНО ПРОУЧВАНЕ НА АВТОЗОМНО-ДОМИНАНТНА ХЕРЕДИТАРНА СПАСТИЧНА ПАРАПЛЕГИЯ, ДЪЛЖАЩА СЕ НА ГЕНЕТИЧНИ ДЕФЕКТИ В СПАСТИНОВИЯ ГЕН

И. Търнев, Б. Бужов, Р. Русев, Н. Иванова

РПШ-027

КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧНО ПРОУЧВАНЕ НА АВТОЗОМНО-ДОМИНАНТНА ЕМЕРИ-ДРАЙФУС МУСКУЛНА ДИСТРОФИЯ, ДЪЛЖАЩА СЕ НА ГЕНЕТИЧЕН ДЕФЕКТ В ЛАМИНОВИЯ А/С ГЕН

И. Търнев, А. Гудев, Б. Бужов, Б. Георгиева, Ю. Петрова, И. Кременски, А. Тодоров

РПШ-028

КОНГЕНИТАЛНА КАТАРАКТА, ЛИЦЕВ ДИЗМОРФИЗЪМ, НЕВРОПАТИЯ СИНДРОМ - ТРАНСКРИПЦИОННО ЗАБОЛЯВАНЕ С ГЕНЕТИЧЕН ДЕФЕКТ В КАРБОКСИЛ-ФОСФАТАЗНИЯ КОМПОНЕНТ НА РНК ПОЛИМЕРАЗА II

И. Търнев, П. Томас, В. Гергелчева, И. Литвиненко, Ю. Петрова, Б. Ишпекова, А. Шмаров, Р. Кинг, Р. Петков, С. Черникова, Д. Ангеличева, А. Калайджиева

РПШ-029

АВТОЗОМНО-РЕЦЕСИВНА ДИСТАЛНА МИОПАТИЯ СЪС СЪРДЕЧНО ЗАСЯГАНЕ ПРИ БЪЛГАРСКИТЕ РОМИ, КАРТИРАНА В 9p1-q1

И. Търнев, Р. Херман, С. Чирак, В. Гергелчева, Х. Гьобел, Б. Ишпекова, А. Анева, Р. Петков, Б. Бужов, П. Дочева, Ю. Петрова, Т. Войт

РПШ-030

ПРОГРЕСИВНА МУСКУЛНА ДИСТРОФИЯ ПОЯС-КРАЙНИК ТИП 2А - КОЛПЕИНОПАТИЯ - КЛИНИЧНИ И ГЕНЕТИЧНИ ДАННИ

И. Търнев, В. Гергелчева, Б. Георгиева, Б. Бужов, О. Кълев, Ю. Петрова, И. Кременски, А. Тодорова

РПШ-031

ВЪЗМОЖНОСТИ НА ЕХОГРАФСКОТО ИЗСЛЕДВАНЕ ПРИ ПАЦИЕНТИ С ФАЦИОСКАПУЛОХУМЕРАЛНА МУСКУЛНА ДИСТРОФИЯ /ФСХД/

Ю. И.Петрова, Б. Цанков, И. Търнев, П. Шотеков

РПШ-032

ХРОНИЧНА АЛКОХОЛНА МИОПАТИЯ

Т. Маркова, З. Запрянов, Е. Петров, Е. Витева

РПШ-033

ХРОНИЧНИ МИОФАСЦИАЛНИ БОЛКИ И ФИБРОМИАЛГИЯ - РЕАЛНОСТ В НЕВРОЛОГИЧНАТА ДИФЕРЕНЦИАЛНА ДИАГНОЗА.

И. Нисимов, Д. Масларов

РПШ-034

ЕЛЕКТРОМИОГРАФСКО ПРОУЧВАНЕ ПРИ ПАЦИЕНТИ С РЕВМАТОИДЕН АРТРИТ

Г. Ончева, С. Новачкова, В. Пейчева

РПШ-035

ЕЛЕКТРОМИОГРАФСКО И КЛИНИЧНО ИЗСЛЕДВАНЕ НА ПАЦИЕНТИ С ТРИХИНЕЛОЗА

С. Новачкова, Д. Балгаранов, Б. Ишпекова, М. Раешева

РПШ-036

ЗАВИСИМОСТ НА ИНТРАКОРТИКАЛНАТА ИНХИБИЦИЯ И ФАСИЛИТАЦИЯ ОТ НИВОТО НА КО-АКТИВНОСТ НА МУСКУЛИТЕ АНТАГОНИСТИ.

М. Христова, Н. Пондев, А. Христова, В. Волф, А. Косев

РПШ-037

ВЛИЯНИЕ НА ПОДПРАГОВАТА ТРАНСКРАНИАЛНА МАГНИТНА СТИМУЛАЦИЯ ВЪРХУ ЧЕСТОТАТА НА ИМПУЛСАЦИЯ НА ДВИГАТЕЛНИТЕ ЕДИНИЦИ

М. Христова, А. Христова, Т. Вукова, Р. Денглер, А. Косев

РПШ-038

ЕЛЕКТРОНЕВРОГРАФСКИ ПАРАМЕТРИ ПРИ ПРОФЕСИОНАЛНО ЕКСПОНИРАНИ ЛИЦА С ОЛОВО

В.Несторова, А.Димитрова

РПШ-039

РЕЦЕСИВНА СПАСТИЧНА АТАКСИЯ (ПРИНОС С ЕДИН СЛУЧАЙ)

Т. Маркова, Е. Витева

РПШ-040

EXAMINATION OF CENTRAL MOTOR PATHWAYS IN PATIENTS WITH MULTIPLE SYSTEM ATROPHY

D. Bogdanova, A. Kossev, L. Komissarov, J. Rollnik, R. Dengler

РПШ-041

ТРИГЕМИНО-ЦЕРВИКАЛЕН РЕФЛЕКС ПРИ ЗДРАВИ КОНТРОЛИ И ПРИ БОЛНИ С РАЗЛИЧНИ НЕВРОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

Д. Богданова, И. Миланов

РПШ-042

ЗРИТЕЛНИ ЕВОКИРАНИ ПОТЕНЦИАЛИ ПРИ ДЕЦА С ГЛАВОБОЛИЕ, КАТО ТЕСТ ЗА МИГРЕНА

Д. Христова, И. Литвиненко

РПШ-043

VARICELLA-ZOSTER ВИРУСНАТА ИНФЕКЦИЯ В ЕТИОПАТОГЕНЕЗАТА НА ДЕМИЕЛИНИЗИРАЩИТЕ ПРОЦЕСИ В ДЕТСКАТА ВЪЗРАСТ

В. Божинова, П. Димова, В. Гергелчева

РПШ-044

КЛИНИЧНИ И ЕЕГ ПРОУЧВАНИЯ ПРИ БОЛНИ С НЕВРОИНФЕКЦИИ

Ст. Божинов, Хр. Цветанова, П. Божинов

РПШ-045

ДИАГНОСТИЦИРАНЕ НА БОЛНИ С ЛЕКО КОГНИТИВНО НАРУШЕНИЕ, С ПОМОЩТА НА НЕВРОПСИХОЛОГИЧНАТА БАТЕРИЯ CERAD

А. Трайков, Г. Николова, М. Райчева, И. Райчев, Ш. Мехрабиан, С. Янчева, П. Шотеков

РП-046

ИЗПОЛЗВАНЕ НА ОПРЕДЕЛИТЕЛЕН ЧЛЕН В РЕЧТА НА БОЛНИ С АФАЗИЯ: ВЪПРОСЪТ ЗА ЕЗИКОВАТА СПЕЦИФИКА

К. Стоянова, М. Райчева, Т. Костадинова, А. Джанян, Е. Андонова, М. Станев

РП-047

ФУНКЦИОНАЛНА ОЦЕНКА НА ЕЗИКОВИТЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ АФАЗИЯ ЗА ЦЕЛИТЕ НА ТЕЛК

К. Стоянова, М. Райчева

РП-048

ПРОУЧВАНЕ НА КОГНИТИВНИТЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ПАЦИЕНТИ СЛЕД КАРДИОПУЛМОНАЛЕН БАЙПАС

Т. Бургуджиев, М. Райчева, Ш. Мехрабиан, Л. Трайков

РЕЗЮМЕТА НА ПЛЕНАРНИТЕ ДОКЛАДИ

D01

РАННА ДИАГНОСТИКА
НА ПАРКИНСОНОВАТА БОЛЕСТ*И. Миланов**СБАЛНП "Св. Наум", София*

За ранна диагностика на Паркинсоновата болест се използват клинични критерии, които подразделят диагнозата на възможна, вероятна и сигурна. Диагностичната точност на критериите достига до 93%, но 32% от патологично верифицираните случаи не се диагностицират преживе. Използването на фармакологични тестове оценяващи повлияването на симптомите след прилагане на апоморфин или леводопа подобрява диагностиката. Доскоро единственият обективен метод за диагностика беше позитронната емисионна томография (PET) с 18F-дора или други лиганди, който не намери широко приложение поради високата си цена. Функциониращите допаминергични невронни окончания в стриатума могат да бъдат определени чрез йофлупан (123). За тази цел се използва еднофотонна емисионна компютърна томография (SPECT) с Datscan. Чрез нея се измерва свързването на радиоизотопа със стриарния допаминов транспортер. Този транспортер е локализиран изключително в нервните окончания на допаминергичните клетки. Доказано е, че загубата на стриарни допаминови транспортери при Паркинсонова болест отговаря на загубата на нигростриарни допаминергични неврони. Тази методика намери широко приложение в клиничната практика през последните години. От една страна тя може да се използва за ранна диагностика на Паркинсоновата болест, когато все още клиничните симптоми не са добре проявени. От друга страна при някои нетипични случаи с изолиран тремор, неясно медикаментозно повлияване или липса на прогресия на симптомите, методът е особено полезен за поставяне на диагнозата. Отдиференцирането на есенциалния тремор, вторичните паркинсонови синдроми и паркинсонизъм плюс синдромите е друго важно приложение на метода. Данните от изследването корелират добре с клиничната изразеност на симптомите. Чувствителността на метода е 97,5%, а специфичността е 100%. Точността на положителните резултати е 100%, а точността на отрицателните резултати е 87,1%. При 24% от пациентите с клинично поставена диагноза Паркинсонова болест резултатите от изследването не са потвърдили диагнозата. При 39% от пациентите с клинично изключена диагноза Паркинсонова болест резултатите от изследването не са потвърдили диагнозата. При 56% от пациентите с клинично неясна

диагноза резултатите от изследването са потвърдили диагнозата Паркинсонова болест. Тези данни показват, че използването на SPECT с Datscan за ранна диагностика на Паркинсоновата болест, може сериозно да подобри диагностиката. Методът намира приложение и за оценка на прогресията на заболяването при лечение с невропротективни медикаменти.

D02

НАРКОЛЕПСИЯ

*З. Захариев**МБАЛ "Св. Георги", Пловдив, Неврологична клиника*

Нарколепсия-катаплексия е заболяване с неизвестна етиология без морфологични и патоанатомични промени, характеризиращо се с наличие на пристъпи на ексцесивна дневна сънливост (нарколепсия) и мускулна атония (катаплексия), хипнагогични халюцинации, сънни парализи, директно заспиване в REM сън и наличие HLA DR2-DQ1 антиген. Нейната болестност е от 0,02 до 0,065%. Патогенеза. Поради високия процент на асоциация на HLA DR2-DQ1 се допуска наличието на мултифакторен генетичен механизъм водещ до нарушение на равновесието на холинергичните и моноаминергичните механизми.

Клиника. Нарколептичните пристъпи представляват пароксизмално разстройство на дневната бодрост, изразяващо се в заспиване. Обикновено те се повтарят няколко пъти дневно най-често към обяд и вечер. В началото на заболяването те се благоприятстват от състояние с понижена дневна бодрост като намалена физическа и умствена активност, монотонна работа и др. Продължителността им е около 10-15 min. След краткото заспиване болните се чувстват освежени. Нарколептичните пристъпи често се съчетават с автоматизми (произнасяне на думи без връзка, поставяне на предмети на необичайно място и др.) и липса на спомен за извършено действие. Катаплексията се изразява с внезапна мускулна атония най-често във връзка с някаква емоция. Засягането на отделни мускулни групи обуславя клиничните симптоми. Наблюдават се: пагане, увисване на главата, на ръцете, изпускане на предмети, затруднение в говора. Никога няма загуба на съзнание. Катаплектичните пристъпи продължават от секунди до минути. Честота им е различна - от няколко дневно до няколко годишно. За доказването им често се налага целенасочено разпитване. Хипнагогичните халюцинации могат да бъдат сетивни, слухови, зрителни или странни изживявания. Най-често се появяват при преходите

между бодрост и сън (при заспиване и при събуждане). Понякога са много мъчителни и пациентите вземат мерки за предпазване. Сънните парализи се наблюдават при заспиване или събуждане и се изразяват с невъзможност за движение, говор или дишане с нормална амплитуда за няколко минути. Те са много неприятни и обезпокояващи, особено при съчетание с хипнагозни халюцинации. Всъщност се касае за зазуба на мускулния тонус при запазено съзнание в прехода бодрост-сън.

Нарколепсията може да започне между детската и 50 г. възраст, но е най-честа в млада възраст. Обикновено първият симптом са пристъпите на заспиване, към които след различен период се прибавят и другите. Симптоматиката прозресира до 60 г. възраст. В повечето случаи се стига до инвалидизиране. Възможни са и различни злополуки поради хиперсомнията. Наблюдавани са тежка хиперсомния както и статус каталептикус.

Диагноза и диференциална диагноза. Диагнозата е предимно клинична. Полисомнографското изследване по време на нощен сън и теста за многократно определяне на латентността на заспиване показва нарушение на структурата на съня с чести пробуждания и скъсена латентност на съня със заспиване директно в REM сън под 7 min. Позитивната диагностика се базира на наличието на нарколептични или каталептични пристъпи и две заспивания в REM сън при теста за многократно определяне на латентността на заспиване.

Нарколепсията трябва да се диференцира най-често от следните заболявания:

а. Някои епилептични пристъпи: абсанси или миоклонии,

б. Психофизиологични и медикаментозни хиперсомнии,

в. Синдром с апнеи по време на сън,

г. Периодични хиперсомнии (синдром на Kleine-Levin). Това рядко заболяване се среща най-често в юношеството предимно у момчета. При момчетата обикновено е свързано с менструалния цикъл. Характеризира се с продължаващи около седмица епизоди на сън, които се повтарят през различни интервали. Болните са сънливи, спят почти непрекъснато, като стават само за хранене и хигиенни нужди. В периода на сънните епизоди се наблюдават поведенчески нарушения, мегаломания, хиперсексуалност. Провежда се лечение с Amphetamine и Modafinil (100-200 mg), а с профелактична цел - Carbamazepin (100-200 mg).
 д. Идиопатична хиперсомния. Характеризира се със значителна продължителност на съня, който е с нормална структура. Типични са трудно и продължително събуждане сутрин, съчетано с дезориентация, автоматизми и пристъпи на ексцесивна дневна сънливост без възстановителен ефект. Може да се опита лечение с Modafinil.

Лечение. В лечението на хиперсомнията могат да се приложат: Ephedrine, Cofein, Amphetamine, Dextroamphetamine, Methamphetamine, Methylphenidate (10-20 mg/дневно), Mazindol (2-4 mg/дневно), Modafinil (от 100 до 600 mg), а на каталепсията - Clomipramin (10-20 mg дневно), Fluoxetine (20 mg дневно), Viloxazine (100 mg дневно). Препоръчва се следобеден сън.

D03

ЕНДОВАСКУЛАРНО ЛЕЧЕНИЕ НА ЕКСТРАКРАНИАЛНИ МОЗЪЧНИ СЪДОВЕ

И.Петров², Ю.Джоргова², А.Гроздински², П.Шотекоев¹, А.Трайков¹, Ю.Петрова¹, Ш.Мехрабиан¹, Т.Захариев², Ал.Чирков².

*МБАЛ "Александровска", София¹
СБАЛ "Св. Екатерина", София²*

Мозъчният инсулт е една от основните причини за смърт и инвалидизация в съвременното общество. В 30% той се причинява от стеноза на каротидна артерия. Напоследък перкутанната ангиопластика и стентироване е един нов терапевтичен метод за третиране на каротидните стенози-алтернатива на класическото хирургично лечение. Основни етапи в развитието на метода са въвеждането на системи за дистална протекция от емболизация на мозъчното кръвообращение и въвеждането на имплантация на стентове като рутинна практика. Основна предпоставка за успешно и без усложнения стентироване на мозъчните съдове е стриктното спазване на строг протокол, какъвто е въведен в нашата клиника.

Представяме резултатите от ангиопластика и стентироване на съдове на аортната дъга при 63 пациенти (71 лезии) за период от 2 години (07.02.2001-01.02.2003г). Предпроцедурно пациентите бяха подложени на задължителен скрининг с цветно-кодиран Доплер и уточнени ангиографски. Процедурният успех е 98.5%. Процентът на големи остри усложнения е 3.1%, а смъртността е 1.5%. При проследяването бе регистриран един случай на транзиторна исхемична атака (1.6%) с цветен Доплер не се установи тромбоза и се установи рестеноза само при един (1.5%) от имплантираните стентове, третирана успешно с повторна ангиопластика.

Стентироването на съдове на аортната дъга е ефективен и сигурен метод, когато се прилага от опитен оператор и с употреба на мозъчна протекция и ендоваскуларни стентове. Резултатите от клиничното и инструментално проследяване са обнадеждаващи.

D04

THROMBOLYSIS IN ACUTE ISCHEMIC STROKE: REVIEW AND OWN EXPERIENCE

*Marcel Arnold, Krassen Nedeltchev
University of Berne, Berne, Switzerland, Department of Neurology*

Patients with acute ischemic stroke, who are admitted early to a stroke center, can be treated with intravenous thrombolysis (IVT) or intraarterial thrombolysis (IAT).

Large randomised trials and a recent metaanalysis have shown that IVT with recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA) is safe and effective within 3 hours of acute stroke symptom onset. Until today, the efficacy of IVT beyond the 3-hours time window has not been clearly established.

In a randomised trial, the PROACT II trial, IAT using recombinant prourokinase has also been found to improve significantly vessel recanalization and the clinical outcome in patients with acute M1 or M2 segment occlusions of the middle cerebral artery, when administered within 6 hours. Several case series including three reports of our study group showed that IAT can be safely and efficaciously applied in the clinical practice. Also in patients with basilar artery occlusions, IAT improved the vessel recanalization and the clinical outcome and is currently the first-line therapy in this life-threatening condition. In a study of the university hospitals of Berne and

Zurich 14 (35%) of 40 patients with acute basilar artery occlusion had no significant disability 3 months after IAT. Mortality was 41%. Low initial baseline NIHSS score and vessel recanalization predicted a favourable clinical outcome. Studies comparing the efficacy of IVT and IAT have not been performed until today.

Overall, thrombolysis leads to an absolute reduction of a long term disability of about 11 % to 15 % in selected patients without increasing mortality. Symptomatic intracerebral hemorrhages occur in 3% to 10 % of the patients treated with thrombolysis and are more frequent among patients with severe strokes.

If thrombolysis is contraindicated, aspirin is the drug of choice in most patients with acute ischemic stroke. Heparin is only used in acute stroke patients with high risk of early recurrence. The diagnosis and treatment of medical and neurological complications remain crucial in the management of acute stroke.

D05

НЕВРОЕНДОСКОПИЯ - ДИАГНОСТИЧНИ И ЛЕЧЕБНИ ВЪЗМОЖНОСТИ

В. Бусарски, М. Маринов, К. Романски, Хр. Цеков, Ж. Сурчев, В. Герганов, В. Каракостов, А. Бусарски, Н. Мирчев, А. Хаджиянев, К. Георгиев, Р. Аврамов, Я. Енчев, А. Нучев, Ст. Джендов, М. Пенева, М. Тодоров
МБАЛ "Александровска", София,
Клиника по Неврохирургия

Невроендоскопията за диагностика и лечение бе въведена за първи път в страната от авторите през 2000 година. Анализират се показанията, техниките, резултатите, усложненията и ефикасността при различни заболявания на нервната система - общо 141 случая на самостоятелни ендоскопски или асистиран ендоскопски микроневрохирургични интервенции.

Клиничният материал обхваща разнообразна патология: вътрешна оклузивна /туморна - 11 случая, акведуктна стеноза - 6 случая/ и комуницираща /35 случая/ хидроцефалия; колоидни кисти на III вентрикул - 5 случая; едновентрикуларна дилатация - 6 случая; понтоцеребеларни шваномии - 12 случая; тригеминална невралгия - 5 случая; мозъчни аневризми - 17 случая; епидермоиди/гермоиди - 7 случая; арахноидни кисти /Силвиеви - 4 случая, пинеални - 5 случая, ретровермисни - 6 случая/ - 15 случая; глиоточни и епендимни кисти - 4 случая; трансфеноидални интервенции /хипофизни аденоми - 16 случая, краниофарингиоми - 2 случая/ - 18 случая;

Предоперативната диагностика е основана на КТ, МР и ангиографски изследвания; Интракраниалната невроендоскопия е реализирана през едно черепно отверстие /прекоронарно или над съответната патология/ под обща анестезия и продължителността на самостоятелните невроендоскопски интервенции варира между 15 мин. /трета вентрикулостомия/ и 160 мин. /ексцизия на колоидни кисти на III вентрикул/.

Извършвани са разнообразни ендоскопски интервенции - трета вентрикулостомия, кистовентрикулостомия, кистоцистерностомии, навигирани ендоскопии, ексцизия на кисти и тумори, ендоскопска инспекция и контрол и т.н.

Усложненията са сравнително редки и преходни /9 случая - 6,4 %/ - 2 субдурални хематоми и 4 субдурални изливи, 1 случай на окуломоторна лезия, 2 случая с инфекции; процедурната смъртност - 1,5 % /1 случай с трета вентрикулостомия при болна с декомпенсирана оклузив-

на хидроцефалия при стволов тумор и 1 случай с ликворна фистула и менингит след пелуциотомия/.

Интракраниалната невроендоскопия е значително нововъведение и позволява визуализирането и диагностицирането на аномалии, малформации и други заболявания по непознат досега начин, както и осъществяването на пероперативен контрол за ефикасността на интервенцията /обем на туморната ексцизия, адекватност на аневризмалното клипсване и др./.

D06

ПЪРВИ РЕЗУЛТАТИ ОТ ВЪВЕЖДАНЕ НА НЕВРОНАВИГАЦИЯ

(ОБРАЗНО-ВОДЕНА НЕВРОХИРУРГИЯ) В БЪЛГАРИЯ

В. Бусарски¹, К. Романски¹, М. Маринов¹, Хр. Цеков¹, Хр. Рангелов¹, В. Каракостов¹, Р. Филипов¹, Р. Попов¹, Хр. Христов¹, Н. Стоянев¹, Е. Динев¹, Г. Куниш¹, А. Бусарски¹, Я. Енчев¹, Ив. Димитров¹, П. Генев¹, З. Тончев², Р. Калънски², Р. Кирова²
МБАЛ "Александровска", София,
Клиника по Неврохирургия¹
Клинична База "Лозенец", София,
Рентгенологичен сектор²

Въвеждането през последните 10 години на различно водене (невронавигация или безрамкова стереотаксия,) доведе до фундаментални промени в съвременната неврохирургична практика. Като пионери във внедряването на модерната технология в страната авторите анализират приложението на навигационната система VectorVision®, BrainLAB, Германия при интракраниални интервенции.

Апаратурата позволява компютърна обработка на предоперативните КТ/МР-дигитални данни с цел индивидуално планиране на хирургическия достъп при всеки отделен пациент. В основата на невронавигацията стои интегрирането на предоперативните образни данни с реалното пространство на операционната зала, т.е. с движенията и местоположението на хирургическите инструменти в реално време. Регистрационната и локализационна точност на невронавигатора се базират на система от лазерни лъчи, отразяващи маркери, проследявани в пространството от инфрачервени камери.

Авторите въз основа на опита си с 23 болни с разнообразна патология /глиоми, метастази, менингиоми, хипофизни тумори, съдови малформации и др./ установяват основната клинична полза от приложението на навигационната система в: предоперативно планиране на оперативния достъп, точно позициониране на краниотомията, локализация и навигационна помощ при малки субкорткални, дълбоко разположени и комплексни мозъчни лезии, както и при тумори на черепната основа; особено полезно се оказва навигационното водене и при невроендоскопски интервенции /навигирана невроендоскопия/.

В заключение, невронавигацията позволява минимално-инвазивна неврохирургична техника: по-малкият кожен разрез и минимална краниотомия са свързани с по-малък дискомфорт за пациента, а подобрената сигурност, улеснена ориентация и надежден пероперативен контрол снижават хирургическите усложнения, респективно води до по-добър изход и скъсен болничен престой.

D07

ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНО ЗАТВАРЯНЕ НА ПЕРСИСТИРАЩ ФОРАМЕН ОВАЛЕ (ПФО) ПРИ ПАЦИЕНТИ С КРИПТОГЕНЕН МОЗЪЧЕН ИНСУЛТ ИЛИ ТРАНЗИТОРНА ИСХЕМИЧНА АТАКА (ТИА)

П. Крамунков¹, С. Джустини², М. Карминати³
СБАЛ "Св. Екатерина", София, Отделение за ВСМ¹
Болница "G. Pasquini", Маса, Италия,
Детско Отделение²
Поликлиничен Институт "Сан Донато",
Милано, Италия, Детско Отделение³

Въведение: В 35-40 % от случаите на исхемичен инсулт причината остава неизвестна, особено при хора под 60 години. За пръв път феноменът на парадоксалната емболия е описан от Сопеит през 1877 година. Персистиращият Форамен Овале представлява цепковиден отвор между септум примум и септум секундум в областта на фоса овалис, който по време на вътреутробното развитие осигурява физиологичен Д-Л шънт. След раждането и началото на белодробното кръвообращение повишаването на ЛП-налягане води до функционално, а впоследствие и до анатомично затваряне на ФО. При 25-30 % от възрастните обаче при аутопсия се установява персистиращ форамен овале, а с контрастна ехокардиография ПФО може да се диагностицира при 5-20 %.

Много проучвания потвърждават връзката между ПФО и риска от парадоксална емболия или инсулт. При пациенти с ПФО рискът от тромбо-емболичен инцидент е 4 пъти, а при пациенти с ПФО и аневризма на предсърдния септум - 33 пъти по-висок в сравнение с контролната група! Освен това широко отвореният ФО (>5 мм сепарация) и много големият Д-Л шънт (>50 % контраст в ЛП) се определят като ехографски предиктори за повишен риск от парадоксална емболия. Съществуват категорични доказателства, че пациенти с ПФО и парадоксална емболия са изложени на повишен риск от рецидивиращи церебро-вакуларни инциденти. В едно Френско ретроспективно мултицентрово проучване се отчита годишен риск от 1,2 % от повторен инсулт и 3,4 % риск от инсулт или ТИА, въпреки провежданото медикаментозно лечение с перорални антикоагуланти или антиагреганти. В Лозанското проучване (140 пациенти) тези проценти са съответно 1,9 % и 3,8 %.

Цел: Да се проучи опитът на колегите от Италия и да се изработи протокол за ефективно и безопасно прилагане на този метод в България.

Пациенти и методи: Транскатетърно затваряне беше предприето при всички пациенти с ПФО и предшестващ мозъчен инсулт или ТИА, хоспитализирани за времето от 9 Октомври 2000 до 7 Април 2001. Бяха използвани 2 устройства: CardioSeal/StarFlex и Amplatzer PFO Occluder.

Резултати: Успешно затваряне беше осъществено при всички 11 пациенти: 5 мъже и 6 жени, възраст от 25 до 60 години. Седем от тях бяха затворени с CS/SF, четирима - с Amplatzer PFO Occluder. Процедурата протече без усложнения и без остатъчен Д-Л шънт (процент на затваряне - 100%), средно време - 58,3 минути (45-75 минути), флуороскопия - 7,2 минути (5,4-15 минути).

Дискусия: Диагностицирането на ПФО не може да стане с извършването на стандартна трансторакална или трансезофагеална ЕхоКГ! Необходимо и задължително условие за това е извършването на ТЕЕ с контраст (напр. Гелафундин) и маневра на Валсалва!

Изводи: Интервенционалното затваряне е метод на

избор при пациентите с ПФО и криптогенен мозъчен инсулт или ТИА. Необходимо е по-нататъшно проследяване на тези пациенти за да се установят и късните резултати и последици. Възможност за това ни дава т.нар. PC-Trial (Patent Foramen Ovale and Cryptogenic Embolism).

D08

ХРОНИЧНО ЕЖЕДНЕВНО ГЛАВОБОЛИЕ

И. Велчева, Г. Ганева
СБАЛНП "Св. Наум", София

Епидемиологични проучвания са показали, че 4% до 5% от населението страда от хронично ежедневно главоболие (ХЕГ).

Първичното ХЕГ, което продължава петнадесет или повече дни месечно, включва следните видове главоболие: хронична мигрена, хронично тензионно главоболие, нововъзникнало ежедневно персистиращо главоболие и непрекъсната хемикрания.

Вторичното ХЕГ е проява на други заболявания на мозъка: съдови, травматични, инфекциозни, неопластични. И при двата вида ХЕГ може да се наблюдава медикаментозна зависимост. Главоболието често се придружава от тревожност и депресия.

Появата на ХЕГ се свързва с развитие на хронична свръхчувствителност на ноцицепторите в резултат от повтаряща се хронична периферна абнормна ноцицептивна възбуда, както и с нарушено взаимодействие между ендогенната ноцицептивна стволлова активност и периферното активиране. Злоупотребата с някои медикаменти: ерготамини, опиоидни аналгетици, барбитурати, триптани допринася за нарушаване на механизмите на болков контрол.

Диагнозата на първичното ХЕГ е клинична; вторичното се доказва с невроизобразяващи и електрофизиологични методи, ликворно изследване.

Лечението на ХЕГ се затруднява при наличие на злоупотреба с медикаменти и на коморбидни заболявания. В тези случаи се налага хоспитализация, детоксификация и приложение на нестероидни противовъзпалителни медикаменти, дехидроерготамин, кортикостероиди или невролептици.

Профилактиката на ХЕГ включва антидепресанти (трициклични, СИОЗС, МАО инхибитори), антиконвулсанти (валпроати, топирамат и други), бета блокери и калциеви антагонисти. Ефектът от лечението зависи от правилната диагноза на ХЕГ, от преценката на значението на различни провокиращи главоболието фактори, от избора на подходящо профилактично средство и от продължителността на приложението му, както и от инструктирането на пациентите за риска от самолечение с предозирание на аналгетици.

D09

СИНДРОМ НА НЕСПОКОЙНИТЕ КРАКА

П. Стаменова, М. Миланова
МБАЛ "Царица Йоанна", София, Неврологична клиника

Синдромът на неспокойните крака (СНК) е описан за първи път като самостоятелна нозологична единица от Екбом през 1945 година. Той се характеризира с оплаквания от дисестезия по време на покой, която е по-изразена в късните часове на деня и се влияе добре от раздвижване на крайниците. Клиничен израз на СНК е хроничната инсомния (трудно заспиване при 85% от болните или поддържане на съня при 86%) и повишената дневна сънливост (при около 46% от мъжете и 22% от жените със

СНК) (1).

По-голямата част от пациентите със СНК имат стереотипни повтарящи се движения в крайниците по време на сън, известни в литературата като периодични движения в крайниците по време на сън (ПДКС). Старото название на тази отделна нозологична единица е нощен миоклонус (2). Периодичните движения могат да предизвикат нарушения в нощния сън, но ако са леки те най-често не водят до субективни оплаквания. В клинични проучвания е доказано, че около 17% от болните с инсомния на заспиването и около 11% от болните с хиперсомния имат ПДКС (3).

Честотата на СНК е около 10-15% в общата популация, а ПДКС се наблюдават при 40% от пациентите над 65 години (4).

Диагнозата на заболяванията се поставя както според клинични критерии, така и чрез полисомнографско изследване (5).

За неврологичната практика е важно да се подчертае и изследва връзката на СНК и ПДКС с различни периферни невропатии, желязодефицитни състояния, фибромиалгия и др.

Лечението на СНК и ПДКС включва широка гама от медикаменти като бензодиазепини, опиоидни, допаминергични средства и др.

Редица проучвания показват фамилност при СНК, като вероятността поне един роднина по първа линия да е засегнат от заболяването е около 63% (1,6). Относно изясняване на патогенезата на заболяването са проведени функционални МРИ проучвания, които демонстрират активиране на таламични и церебеларни структури (7). Наличието на терапевтичен ефект от L-Дона и опиоиди предполага, че в генезата на СНК и ПДКС участват както допаминергични така и опиоидни механизми (8).

БИБЛИОГРАФИЯ:

1. Montplaisir J et al. Clinical polysomnographic and genetic characteristics of restless legs syndrome: a study of 133 patients diagnosed with new standard criteria. *Mov Disord.* 1996;12:61-65.
2. Lugaresi E, et al. Nocturnal myoclonus and restless legs syndrome. *Adv Neurol.* 1986;43:295-307.
3. Coleman RM, Pollak CP, Weitzman ED. Periodic movements in sleep (nocturnal myoclonus): relation to sleep disorders. *Ann Neurol.* 1980;8:416-421.
4. Coleman RM, et al. Epidemiology of periodic movements during sleep. In *Sleep/Wake Disorders. Natural History, Epidemiology and Long Term Evolution.* New York, NY: Raven Press; 1988:217-229.
5. The International Restless Legs Study Group. Towards a better definition of the restless legs syndrome from the international restless legs study group. *Mov Disord.* 1995;10:634-642.
6. Ondo W, Jankovic J. Restless legs syndrome: clinicoetiologic correlates. *Neurology.* 1996;47:92-95.
7. Bucher SS, et al. Cerebral generators involved in the pathogenesis of the restless legs syndrome. *Ann Neurol.* 1997;41:639-645.
8. Montplaisir J et al. Restless legs syndrome and periodic leg movements in sleep: the primary role of dopaminergic mechanism. *Eur Neurol.* 1991;31:41-43.

D10

ДИАБЕТНА НЕВРОПАТИЯ

М. Даскалов

МБАЛ "Царица Йоанна", София, Неврологична клиника

Захарният диабет (ЗД) е най-честата причина за развитие на невропатия в индустриалните сържави. През последните години се проведоха нови многобройни изследвания върху епидемиологията, патогенезата, диагностиката и лечението на това заболяване на ПНС.

Диабетната невропатия (ДН) може да бъде усложнение на инсулинозависимия, неинсулинозависимия диабет, а също така на диабета свързан с алкохолен панкреатит или след панкреатектомия.

Честотата на ДН варира значително в литературата, най-вече поради различията в диагностичните кри-

териум, методите на селектиране на пациентите и тяхната оценка. Установява се, че 10-65% от пациентите със ЗД имат някаква форма на невропатия. При диагностицирането на ЗД в 7,5% от болните се регистрира наличие на невропатия. Болестността от ДН нараства с продължителността на ЗД и на лошия диабетен контрол.

Патофизиологичните механизми, водещи до развитие на ДН при ЗД не са изяснени напълно. Изказани са множество хипотези в тази насока. Общоприето е, че патогенезата на ДН е мултифакториален процес. Най-обсъждани са следните хипотези: метаболитна, исхемично-хипоксична, аутоимунна, невротрофична, хипотеза за ролята на ламинина и др.

Макар че не съществува задоволителна класификация на клиничните форми на ДН, най-приемливо е разграничаването на: 1) дистална симетрична сензомоторна, зависима от дължината на нервните влакна полиневропатия (ПНП); 2) автономна невропатия; 3) фокална и мултифокална невропатия. От дисталната симетрична ПНП се разграничават по-редките нейни подвидове: невропатия на влакната с тънка миелинова обвивка и невропатия на влакната с дебела миелинова обвивка. Други нейни редки разновидности са диабетната невропатна хакексия и острата болезнена невропатия, които донякъде се припокриват в своята клинична феноменология. Проксималната моторна невропатия като форма на диабетна фокална невропатия, понастоящем се разглежда като следствие не толкова на ЗД, колкото на хронично възпаалителна демиелинизираща ПНП, гампатия, циркулиращи GM1 антители или микроваскулит.

От всички терапевтични мероприятия при ДН, стабилизиране и продължителен контрол на кръвната захар засега е най-ефективното средство за забавяне на прогресията на невропатията. Като патогенетично лечение може да се обсъжда приложението на вазоактивни медикаменти, vit. B1, алфа-липоева киселина, кортикостероиди и човешки имуноглобулин (в случаите с проксимална моторна невропатия). Засега резултатите от приложението на инхибитори на алдозоредуктазата не са убедителни. Ако провежданите понастоящем проучвания върху тяхната терапевтична ефективност при ДН завършат с положителен резултат, се очаква някои от тях (Alrestatin, Sorbinil, Tolrestat) да намерят по-широко клинично приложение.

Силно нарастнаха напоследък и възможностите за повлияване на хроничната болка при пациенти с болезнена ДН. Тук се обсъжда значението на трицикличните антидепресанти, някои антиконвулсанти, lidocaine и mexiletine, алфа-липоева киселина, capsaicin и tramadol.

D11

ПАРАНЕОПЛАСТИЧНИ НЕВРОПАТИИ. ПРОБЛЕМИ И ПЕДИЗВИКАТЕЛСТВА ПРЕД КЛИНИЧНАТА НЕВРООНКОЛОГИЯ

Н. Делева

МУ - Варна, Катедра по Неврология

Неврологичните паранеопластични синдроми са обект на интензивни проучвания и засилен интерес през последните десетилетия не само в експерименталната, но и в клиничната невроонкология. Развитието на молекулярната и клетъчна патология, на имунологичната и образната диагностика доведе до доказване на някои страни на хипотезите за участие на аутоимунни патогенетични механизми, до приемане на нови принципи за класифициране, диагностика и лечение.

Неврологичните паранеопластични синдроми са резултат на опосредствено въздействие върху нервната система от клинично непроявено или вече доказано и третирано неопластично заболяване, за разлика от неопластичните, причинени от туморна инвазия, невротоксичност при лекарствена или радиотерапия, метаболитни, съдови или инфекциозни фактори.

Паранеопластичните невропатии са важна част от групата на перифернонервните паранеопластични синдроми. Проявени клинично с неспецифични симптоми като мускулна слабост, загуба на сетивност, парестезии и болки, те могат да бъдат индикатор и понякога повод за доказване на недиагностициран или окултен карцином. Основно значение в диагностиката се отдава на неврологичното изследване, електрофизиологичната картина и най-вече на приложението на антинеуронални и специфични антители като туморни маркери. Продължава процесът на изясняване типове на нарастващия брой специфични антители и субкласовете имуноглобулини, като се изтъква ролята им предимно като маркери в диагностичния процес. Изследователските усилия са посветени и на търсене на нови имунотерапевтични подходи.

Паранеопластичните невропатии нерядко самостоятелно водят до значително увреждане състоянието на болния. Честотата им варира в зависимост от редица фактори, сред които вида на тумора, периода на поява в хода на злокачественото заболяване, насоченото търсене, прилаганите диагностични тестове и др. Те са описани в разнородни класификационни системи на основата на принципи, свързани с топиката, семиологията, електрофизиологичната характеристика, патогенезата, имунологичния профил, асоциацията с вид и време на поява на конкретната неоплазма и прогнозата.

Липсата на специализирана невроонкологична подготовка, както и на ясно структурирана невроонкологична дейност, води до недостатъчно широко познаване и диференциално-диагностично мислене в ежедневната клинична практика.

Пациентите, потенциален контингент на невроонкологичната помощ, сред които и тези с паранеопластични невропатии могат да се открият в различни нива и видове звена на болничното и извънболничното здравеопазване. Професионалните и организационни ограничения за приложението на новите диагностични тестове за доказване на антинеуронални и специфични антители са сериозен допълнителен фактор, влошаващ диагностичните, терапевтичните възможности и прогнозата.

Познаването хетерогенността на паранеопластичните невропатии, и особеностите в клиничната диагностика на паранеопластичните невропатии от невролози-невроонколози може да промени епидемиологичната картина и качеството на живот на тези пациенти.

D12

НЕВРОПАТИЧНА БОЛКА

П. Шотек

МБАЛ "Александровска", София, Неврологична клиника

Невропатичната болка (НБ) се предизвиква от функционални нарушения или структурни лезии на периферната или централната нервна система. Тя може да се появи без периферна ноцицептивна стимулация. НБ винаги се изяснява с разнообразие от възбудни и отпадни сетивни, вегетативни и понякога двигателни симптоми. Най-често тя е само симптом на неврологично нарушение.

Най-честите причини за невропатични болки са:

- При тригеминална невралгия, инфекции (постхерпетична невралгия, HIV-асоцирана невралгия);
 - При оперативни лезии на n. trigeminus и ganglion Gasserii и др.
 - След травма или неопластична компресия на периферни и черепно-мозъчни нерви в резултат на притискане, ампутация, развитие на невроми на края на прекъснатия нерв;
 - Anaesthesia dolorosa при перифернонервни заболявания;
 - Метаболитни нарушения (диабетна невропатия);
 - Травматични и други лезии на гръбначния мозък с най-често засягане на задния рог, в около 10% до 30% от всички случаи;
 - Класически тип невропатична болка се наблюдава при засягане на таламуса от съдови процеси, инфаркти, хеморагии, тумори;
 - Мултиплена склероза в около 19% до 23% от случаите може да предизвиква централен тип болка;
 - Болезнени епилептични пристъпи в около 2,5% от случаите;
 - Паркисонизъм в 10% има болезнени дистонични спазми;
 - Сирингомиелия и сирингобулбия се съпровождат със характерна сетивна симптоматика, която може да е и с характер на невропатична болка до 70% от случаите.
 - Идиопатична невропатична болка.
- Невропатичните болки имат подобна клинична характеристика, независимо от тяхната етиология.
- ✓ При дисфункция или увреда на ЦНС. Не се установява остра тъканна лезия, освен при болни от рак;
 - ✓ Често болката е неопределена, в отсъствие на крайник (фантомна) или в район с отдавна заздравяла рана;
 - ✓ Персистира за повече от един месец след увредата;
 - ✓ Болката се появява спонтанно, на пристъпи за дълги периоди от време;
 - ✓ Описва се като пароксизмална или продължителна, режеща, стрелкаща, електрическа, изгаряща, предизвикана от различни механични, температурни и други стимули;
 - ✓ Влошава се през нощта;
 - ✓ Болката се явява по хода на засегнатия нерв;
 - ✓ Наблюдават се следните патологични феномени:
 - Хипералгазия, която е усилен отговор на стимул, който нормално е болезнен;
 - Дизестезия - неприятно, патологично усещане, при което един вид сетивна модалност се усеща като друг;
 - Anesthesia dolorosa - болка в анестезирана област;
 - Allodynia - болка с нисък праг предизвикана от стимул, който нормално не предизвиква болково усещане;
 - ✓ По-слабо изразени вегетативни р-и;
 - ✓ Развиват се вторични заболявания и усложнения - депресии (40%), инсомния ССЗ, снижен имунитет, хронична умора, мускулни атрофии, миофасциални болки, вторична остеопороза и фрактури на кости, структурни промени на задните рога и периферните нерви;
 - ✓ Не се влияе от конвекционалните аналгетични медикаменти;
 - ✓ Няма биологично значение;
- През последните години се наблюдава голям напредък по отношение патогенезата на невропатичната болка. Развитие на невропатичната болка е резултат на сложна последователност от процеси, включващи промени в периферната и централната нервна система на физиологично и биохимично ниво, а накрая от патоморфологично естество, от които решаващи са промените в задните рога на гръбначния мозък.

МЕХАНИЗМИ НА ВЪЗНИКВАНЕ НА НЕВРОПАТИЧНАТА БОЛКА:

- > Травматична, термична или възпалителна лезия на периферен нерв;
 - > Засилен синтез на алкогенни субстанции, като простагландини, левкотриени, цитокини (интерлевкини, тумор некротизиращ фактор, невронален растежен фактор (NGF)), различни неuropeптиди, пурины (брадикинин, субстанция "P", соматостатин, ендорфини, карцитонин ген-свързан пептид), невромедиатори (серотонин, глутамат), азотен оксид и др.;
 - > Повишена невронална активност - първична хипералгезия;
 - > Периферна свръхчувствителност на невроните поради:
 - Абнормна спонтанна активност от ектопични огнища, които генерират абнормни спонтанни акционни потенциали;
 - Патологични взаимодействия на нервните влакна, поради абнормно прехвърляне на възбудата върху съседни здрави аферентни неврони или аксони;
 - > Повишена възбудимост на невроните на задния рог на гръбначния мозък (снизен праг на възбуда, засилен отговор на субпрагови стимули, увеличено рецептивно поле) поради:
 - Повишена чувствителност на ноцирецепторите;
 - Свръхчувствителност към катехоламини;
 - > Централни механизми на формиране на невропатичната болка:
 - Нарушен модулиращ контрол с участието на спинални и супраспинални механизми за десцендентен контрол на предаването на ноцицептивната информация в задния рог;
 - Централна сенсibilизация на ноцицептивни неврони;
 - > Поява на невропатична болка;
 - > Функционални, а по-късно и морфологични нарушения на невроните в задния рог;
 - > Постоянно генериране на акционни потенциали и поддържане на невропатичната болка.
- Съществува и генетично предразположение към невропатична болка.

НБ се установява при почти 1% от населението. Нейното лечение струва скъпо - както на пациента, така и на обществото. Променя се и качеството на живот на пациентите, които са свързани със съпътстващите емоционални страдания, функционални нарушения и социални трудности, включително разрушаване на семейството, социална изолация и професионална неспособност.

Лечението на невропатичната болка цели прекъсването на различните етапи, през които преминава патологичния процес. Използват се следните групи медикаменти:

- * Трициклични антидепресанти. Най-използваните лекарства за лечението на невропатичната болка като монотерапия или в комбинация са Amitriptyline, Mianserin, Maprotilin, Doxeripin, Desipramine, Clomipramine. Смята се, че те подтискат обратното усвояване на серотонина и норадреналина в ЦНС. Това довежда до увеличаване на тяхното количество и засилване на инхибиращото действие на десцендиращата система за болков контрол върху задния рог. Антидепресантите от групата на специфичните инхибитори на обратния захват на серотонина (SSRI) нямат доказан аналгетичен ефект.
- * Някои антиконвулсанти, като Carbamazepin, Phenytoin, Clonazepam, Na valproat могат да бъдат ефек-

тивни при централна болка, особено придружена с tic douloureux. Механизма на действие на антиконвулсантите не е добре проучен. Те са мембрано стабилизиращи медикаменти и подтискат активността на Na и Ca-каналите и патологичните невронални разряди. Показани са при болни с мултипла склероза с болезнени пароксизмални тонични гърчове в мускулатурата на крайниците, синдром на Lhermitte.

* Gabarentin е нов антиконвулсант, структурен аналог на γ-аминомаслена киселина (ГАМК). Той има следните ефекти:

- Увеличава концентрацията и вероятно синтеза на ГАМК в мозъка. ГАМК-рецепторите медикуват пре- и постсинаптичното инхибиране на сетивните аферентни влакна.
- Gabarentin модулира волтаж-зависимите калциевите канали и може да подтисне освобождаването на ексцитаторните аминокиселини от първичния аферентен неврон.
- Gabarentin подтиска моноамин-невротрансмисерното освобождаване, вероятно чрез взаимодействието с калциевите канали.
- Gabarentin има вероятно и централен механизъм на действие. Той има модулиращ ефект върху развитието на централната сенсibilизация.
- Gabarentin има директно и индиректно модулиращо действие върху функциите на невроните на задните рого.
- * Локалните анестетици и нестероидните противовъзпалителни средства са с краткотраен ефект;
- * Опиоидните аналгетици имат добър първоначален ефект, но не показват ефективността при дълготрайна употреба. Освен това, ефективността им не е така добра при невропатичната болка, както при ноцицептивната.
- * Naloxon е антагонист на болковите опиатни рецептори и приложен i.v. до 20 mg може да има антиболков ефект. Действието му не достатъчно изяснено, а резултатите противоречиви.

* b2-адренергични блокери Propranolol. Повлиява фантомни болки, невралгии на n. trigeminus, болки при гуабетна невропатия в дози до 260 mg/24ч.

* a2-адренергичен агонист Clonidin. Той модулира серотонин и норадреналиновото освобождаване в задния рог и така инхибира болковата невротрансмисия. Използва се в дозировка до 90 mg/24ч при контрол на кръвното налягане. Описано е и интраокулно въвеждане на Clonidin с доказан добър ефект при болезнени спазми при Мултипла склероза.

Освен тези медикаменти се използват и някои физикални и хирургически методи на лечение - транскутанна нервна електростимулация, акупунктура, антеролатерална хорготомия при таламични болки и болни с парализи и други неврохирургични процедури.

Въпреки значителния прогрес през последните години, все още не съществува задоволително фармакологично повлияване на невропатичната болка и няма универсална терапия. Няма и единно становище кое лечение е най-добро, а ефекта от дадена терапия се определя често пъти емперично и до голяма степен индивидуално. Като най-ефективни за сега се считат антидепресантите от трицикличния ред и някои антиепилептични медикаменти. Често се налага използването на комбинирана терапия.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Болката - патогенеза и терапия. (ред. П.Шомеков) МИ "Лугер прес", София, 1998
2. ATTAL N, BOUHASSIRA D. Mechanism of pain in peripheral neuropathy. Acta Neurol. Scand. 1999; 173: 12-24
3. ATTAL N. Symposium highlights overview Symposium : rational treatment strategies for the successful management of neuropathic pain; September 24-26,2000. Cannes, France:4.
4. BONEZZI C, DEMARTINI L. Treatment options in postherpetic neuralgia. Acta Neurol. Scand. 1999; Suppl.173: 25-35
5. DICKENSON A. A central perspective on neuropathic pain Symposium : rational treatment strategies for the successful management of neuropathic pain; September 24-26,2000. Cannes, France: 10-16
6. HARDEN RN. Gabapentin : a new tool in the treatment of neuropathic pain. Acta Neurol. Scand. 1999; 173:43-47
7. MOGIL J. The genetic basis of individual differences in neuropathic pain. Symposium : rational treatment strategies for the successful management of neuropathic pain; September 24-26,2000. Cannes, France: 5-9
8. SERRA J. Overview of neuropathic pain syndromes. Acta Neurol. Scand. 1999; 173:7-11.

РЕЗЮМЕТА ПОСТЕРНИ СЕСИИ ПЪРВА ПОСТЕРНА СЕСИЯ

PI-001

СРАВНИТЕЛНИ РЕЗУЛТАТИ ОТ ЛЕЧЕНИЕТО НА БОЛНИ С ВТОРИЧНО-ПРОГРЕДИЕНТНА ФОРМА НА МНОЖЕСТВЕНА СКЛЕРОЗА С МИТОКСАНТРОН, ПРИЛАГАН САМОСТОЯТЕЛНО ИЛИ В СЪЧЕТАНИЕ С ИНТЕРФЕРОН-БЕТА

*А.Андреева, А.Попов**МБАЛ "Александровска", София, Неврологична клиника*

Митохантрон е лекарствено средство, одобрено според българския консенсус за лечение на множествената склероза като медикамент на първи избор при болни с вторично-прогресивен ход на заболяването. В продължение на 2.5 години в Неврологична клиника на МБАЛ "Александровска" се проследи ефективността на Митохантрон при 35 пациенти на средна възраст 41 г., от които 23 жени и 12 мъже. Средната степен на инвалидизация беше 5.5 (4.0 до 6.5) по EDSS. Наблюдаваните болни бяха разделени на 3 подгрупи: само на лечение с Митохантрон (11); започнали лечение след привършване на терапията с интерферон-бета (14); провеждали паралелно лечение с интерферон-бета и Митохантрон (10). По отношение на дозировката на медикамента бяха оформени две подгрупи: болни получавали Митохантрон по 12 мг/м² на всеки три месеца и болни лекувани с Митохантрон 6 мг/м² на всеки 45 дни до обща курсова доза 100 мг.

Пациентите бяха оценявани клинично с пълен неврологичен статус и според степента на инвалидизацията преди започване на лечението, на всяка визита и в края на наблюдавания период. При болните беше изследвана ПКК преди всяка апликация и на 14. ден след нея, ЕКГ при всяка визита, ЕхоКГ преди започване на лечението и на всеки 6 месеца.

За наблюдавания период при нито един от пациентите не бяха отчетени значими странични реакции, които да наложат преустановяване на лечението.

В настоящето съобщение представяме обобщените данни от клиничното наблюдение от едногодишното проследяване на пациентите, които се намират на различна фаза на лечението си.

PI-002

ШЕСТ ГОДИШНО КЛИНИЧНО И МАГНИТНО РЕЗОНАНСНО ПРОСЛЕДЯВАНЕ НА БОЛНА С В12 ЕНЦЕФАЛОМИЕЛОПАТИЯ И MS - ПОДОБНИ МРТ ИЗМЕНЕНИЯ

*Ч.Дикова¹, Х.Крушков¹, С.Иванова²**МБАЛ "Александровска", София, Неврологична клиника¹
МБАЛ "Александровска",**София, Гастроентерологична клиника²*

Проследена е клинично и с МРТ 42 годишна жена с пернициозна анемия, която през 1997 година по повод асу-

метрична голяма спастична парапареза при МРТ данни за MS - подобна енцефаломиелопатия е лекувана с витамин В12 с почти пълно клинично възстановяване и контролни МРТ данни за силно редуцирани лезии след лечението. След шест години няма промяна в МРТ на главен мозък и цервикален миелин.

Ключови думи: витамин В12 дефицит, енцефаломиелопатия, MS, пернициозна анемия, МРТ

PI-003

LIVEDO RETICULARIS И МНОЖЕСТВЕНА СКЛЕРОЗА?

*Ч.Дикова¹, И.Петрова¹, К.Николов², М.Балева³
В. Шабани⁴**МБАЛ "Александровска", София, Неврологична клиника¹**МБАЛ "Александровска", София,**Клиника по дерматология и венерология²**МБАЛ "Александровска", София,**Клиника по алергология³**Клиника по пропедевтика на вътрешните болести⁴*

В последните години в медицинската литература се съобщава за значителен брой болни, диагностицирани като MS, при които по-късно се дискутира наличието на антифосфолипиден синдром поради честото установяване на спонтанни аборти при жените, мигрена, livedo reticularis, повишени антикардиолипинови антитела, както и някои от останалите прояви, характерни за този синдром.

Представяме 10 жени, лекувани в клиниката, със сходни диференциално диагностични и съответно терапевтични проблеми по отношение на двете страдания.

Ключови думи: MS, livedo reticularis, антифосфолипиден синдром, спонтанни аборти, МРТ

PI-004

ЛЕЧЕНИЕ НА СИНДРОМА НА УМОРА ПРИ MS-БОЛНИ С AMANTADIN SULFAT /PK MERZ/

*Кс.Кметска, А.Тодорова**СБАЛНП "Св. Наум", София, Неврологична клиника*

Редица изследователски наблюдения показват, че 75% до 90% от болните с Множествена склероза се оплакват от лесна уморемост, а 50-60% от тях отчитат умората като един от най-важните проблеми при MS. Синдромът на умора включва чувство за физическа умора и липса на енергия извън мускулната слабост и депресията. Той е една от причините за намалената работоспособност на пациентите, въпреки че инвалидността им по скалата на Kurtzke не е значима.

Ние наблюдавахме 32 пациенти със синдрома на умора, с клинично сигурна по Позер Множествена склероза -

пристъпно-ремисентна (извън пристъп), с обща оценка на инвалидизацията по Kurtzke от 2.5 до 4.5 точки и липса на депресия. Преди започване на лечението с РК-Merz, болните попълниха въпросници за умората (Fatigue Questionnaire, Fatigue Severity Scale, Modified Fatigue Impact Scale) и карта за ежедневната активност. Скалите за оценка на умората са попълнени след 1 месец от началото на лечението и след завършване на двумесечния период. Направени са сравнителни оценки на резултатите от приложените скали и на най-често срещаните отговори.

След лечението с РК-Merz, 62.5% от пациентите отчитат намаляване на умората. Патолофизиологичният механизъм за възникване на синдрома на умора не е изяснен напълно, както и точният механизъм на действие на Amantadine sulfate в тези случаи, но нашите резултати потвърждават заключението на другите автори, че РК-Merz повлиява благоприятно синдрома на умора при МС-болните и трябва да бъде препоръчан за по-продължително лечение.

PI-005

АВОНЕКС ПРИ ЛЕЧЕНИЕ НА 45 БОЛНИ С ПРИСТЪПНО РЕМИТЕНТНА МНОЖЕСТВЕНА СКЛЕРОЗА.

М. Клисурски, М. Даскалов, П. Стаменова

МБАЛ "Царица Йоанна", София, Неврологична клиника

Авонекс е един от най-ефективните болест-модифициращи медикаменти, одобрени за лечение на болни с пристъпно ремисентна множествена склероза (ПРМС). Целта на настоящото проучване е да проследим каква е клиничната ефективност и профил на клинична поносимост при 45 болни с ПРМС за период от 6 до 30 месеца. 45 болни, 15 мъже и 30 жени, на средна възраст 36,2 г, са лекувани с Авонекс 30 мг, веднъж седмично мускулно, от 2000 до 2003 г. Пациентите са изследвани клинично, чрез ЯМР и ЕП, а при около 40% и чрез ликворно изследване. Проучена е клиничната симптоматика, продължителността на болестта, средния брой пристъпи 2 години преди началото на заболяването и по време на лечението, промяната в степента на инвалидност по скалата на Куртцке, процентът на свободни от пристъпи болни, страничните прояви и стандартните лабораторни показатели. Обобщена средна степен на инвалидност EDSS е 2,2 за целия контингент.

Въпреки относително краткото време на проследяване и неголемия брой болни, нашите данни са сходни с описаните в литературата. Авонекс е медикамент с отлична поносимост, редуциращ броя на пристъпите при болшинството от нашите болни с ПРМС, при които липсва значима промяна в степента на инвалидизация за проучения период.

PI-006

МЕДИЦИНСКАТА РЕХАБИЛИТАЦИЯ - НЕОБХОДИМ ЕТАП В КОМПЛЕКСНАТА ТЕРАПИЯ НА МНОЖЕСТВЕНАТА СКЛЕРОЗА

М. Кулумджиева, Б. Фортунова, Т. Ангелова, Б. Кутинска
НСБФТР, София

Според съвременните схващания рехабилитационните мероприятия играят съществена роля и представляват последния етап в комплексната терапия на болни с множествена склероза и оформен дефинитивен двигателен дефицит. Днес доминира становището, че средствата на медицинската рехабилитация, сред които основно място заемат физикалните фактори, имат решаващо

значение за забавяне прогресирането на моторния дефицит и за адаптиране на болния към неговите намалени функционални възможности.

В продължение на 3 години при 65 болни със сигурна форма на множествена склероза и оформена дефинитивна инвалидност бе провеждана медицинска рехабилитация в стационарни условия. При болшинството от наблюдаваните пациенти в определен етап на заболяването е била проведена терапия с бетаферон. Основният контингент бяха болните с хронично-ремисентен ход на протичане на множествена склероза в стадий на ремисия. През последната година обект на рехабилитация бяха 10 пациенти с вторично прогресиращ ход на заболяването, с тежък моторен дефицит, при които е било преустановено лечението с бетаферон. Основният метод, на който разчитахме в рехабилитацията на болните с множествена склероза, бе кинезитерапията. Кинезитерапевтичният комплекс беше насочен към увеличаване на мускулната сила на паретичните крайници, понижаване на спастичността, подобряване на координацията на движенията и на равновесието и стабилизиране на походката. Прилагахме също средства, повлияващи мускулната спастичност - релаксиращ масаж, криотерапия.

За отчитане на постигнатия ефект използвахме скала, отразяваща динамиката на неврологичната симптоматика и настъпилите промени във функционалните възможности на болния. Постигнатите резултати, особено при пациентите с хронично-ремисентен ход на протичане на заболяването, демонстрират безспорната необходимост от провеждането на медицинската рехабилитация като етап от цялостната терапия на пациенти с множествена склероза и налична дефинитивна инвалидност.

PI-007

ТРАНСКРАНИАЛНА МАГНИТНА СТИМУЛАЦИЯ ПРИ БОЛНИ С МНОЖЕСТВЕНА СКЛЕРОЗА НА ЛЕЧЕНИЕ С 4 - АМИНОПЮРИДИН (PUMADIN)

Хр. Крушков, П. Шотекков

МБАЛ "Александровска", София, Неврологична клиника

4-Aminopyridine (4-AP) - препарат блокиращ калиевите канали на клетъчната мембрана - се използва за лечение на редица неврологични заболявания като множествена склероза (МС), миастения гравис, миастени синдроми, гръбначномозъчни травми и др. Действието му при множествената склероза се предполага, че е свързано основно с подобрение на проводимостта и увеличаване на честотата на импулсите на демиелинизираните аксони в резултат на удължаване на реполяриционната фаза на акционния потенциал. Целта на проучването е да се оцени ефекта на мускулно прилаган 4-AP върху различни параметри на моторните евокирани потенциали (МЕП), получени при транскраниална магнитна стимулация (ТМС) и регистрирани от горни и долни крайници централно моторно проводно време (ЦМПВ), амплитуди на МЕП и праг на възбудимост (ПВ) на моторната кора. Изследвана е група от 18 пациенти с МС с ремисентно екзацериращ или вторично хронично-прогресиращ ход. ТМС е правена в началото и в края на 5 дневно лечение с 4-AP. Също така е правена оценка на степента на инвалидизация по EDSS в началото и в края на лечението. Резултатите от проучването потвърждават наличието на терапевтичен ефект на 4-AP - нарастване на амплитудите на МЕП се намира в 24 горни крайника, снижава се значително и прага на възбудимост

на моторната кора (понижаване с 5-35% в 26 горни крайника). По-слабо е повлияно ЦМПВ, при всички болни не се намира промяна в степента на инвалидизация оценена с EDSS. Най-честия страничен ефект е болка в мястото на прилагането на препарата.

PI-008

НЕЖЕЛАНИ ЛЕКАРСТВЕНИ РЕАКЦИИ ОТ ЛЕЧЕНИЕ С МИТОХАНТРОНЕ ПРИ ПАЦИЕНТИ С МНОЖЕСТВЕНА СКЛЕРОЗА

*М. Манова, И. Костадинова, З. Захариев, А. Тренова, В. Василева
МУ - Пловдив*

Клинични изпитания с Mitoxantrone 5 mg/m², 12mg/m², 20 mg i.v., веднъж месечно, през различни интервали установяват задържане на болестния ход при пациенти с пристъпно ремитентна (ПРМС) и вторично прогресивна Множествена склероза (ВПМС). При режимите с Mitoxantrone се описват нежелани лекарствени реакции (НР): хепато и кардиотоксичност 5%, при 1/3 от случаите - стомашно-чревни нарушения, респираторни и бъбречни инфекции (4% и 6% съответно), рядко алопеция, аменорея (20%), единични случаи на миелобластна левкемия.

Контингент и методи: Проведено е проспективно, нерандомизирано, открито проучване на НР до 6-ия месец от лечението с Mitoxantrone. Изследвани са 20 пациенти, 12 жени, 8 мъже на средна възраст 44.45 ± 1.92 години. Диагностицирана е клинично сигурна по Poser и резонансно потвърдена МС, ПРМС при 2 болни, ВПМС при 18 пациенти. Тежестта на инвалидизация по EDSS е между 2.5 и 6.5 степен, средна продължителност на болестта 9.8 ± 1.62 години. Mitoxantrone 20mg i.v. и Metoclopramide /Degan/ амр. 0.25% 2ml. i.m. се прилагат сутрин в стационарни условия, веднъж месечно първите три месеца и през три месеца веднъж до края на втората година. Изследват се ПКК, ДКК, АСАТ, АЛАТ, урина, креатинин, урея - преди, на 12-ия и 21-ия ден след всяка апликация. Ехокардиография се провежда преди началото и през 6 месеца след започване на курса.

Резултати: Средните стойности на левкоцитите и тромбоцитите статистически значимо намаляват в сравнение с изходните средни стойности при тотална доза Mitoxantrone. 80 mg i.v / t=3.67, p<0.002; / t=3.63, p<0.002 /.

Регистрира се сигнификантна корелационна връзка между срока на лечението и промените на тези показатели / за левкоцити Spearman's rho = 0.714, p< 0.01; за тромбоцити rho = 0.622, p< 0.01/. Останалите показатели остават в референтни граници без да се променят статистически значимо. Установи се: умерен коспаг при 15% от случаите, тотална доза Mitoxantrone..60 mg i.v.; активирани на възпалително огнище при 10% от изследваните, повръщане при 5%, кардиотоксичност, лимитираща лечението при 5%. Предварителните резултати са сходни с данните в литературата.

PI-009

ПРОСЛЕДЯВАНЕ НА КОГНИТИВНОТО ФУНКЦИОНИРАНЕ НА ПАЦИЕНТИ С МНОЖЕСТВЕНА СКЛЕРОЗА - ДВЕГОДИШЕН ОПИТ С ПРЕПАРАТА INTERFERON BETA 1 b

*М. Райчева, И. Петрова, Х. Крушков, С. Сарафов, А. Попов, А. Андреева, Б. Стаменов, А. Трайков, С. Ванева, Ч. Дикова, Н. Никоевски, П. Шотеков
МБАЛ "Александровска", София, Неврологична клиника*

При пациентите с множествена склероза (МС) сравнително рядко се поставя диагнозата демения, но по-голямо невропсихологично изследване установява нарушения в когнитивното функциониране в 30 до 70% от случаите. Най-често се наблюдават дефицити в извлечането на паметовите следи, работната памет, сложните форми на внимание, преработката на информацията е забавена и по-слабо ефективна.

Целта на това проучване е да се изследва влиянието на препарата Interferon-beta-1 b върху когнитивните процеси на пациенти с пристъпно-ремитентен ход на протичане на МС.

Пациенти и метод: В периода 2000 - 2003 са изследвани 52 пациенти на възраст от 23 до 51 години, които се проследяват до края на лечението им с Betaferon. Дизайнът на проучването включва неколкостепенно изследване с подробна невропсихологична батерия - преди започване на лечението, на шестия месец от лечението, в края на първата година и в края на втората година. Изследвани са процесите на вниманието и паметта - обем, концентрация, устойчивост, разпределеност, превключване на вниманието, работна памет, екзекутивни функции, изучаване на нова информация.

В това съобщение са представени резултатите от проследяването на 25 пациенти изследвани на 5-6 м. от лечението, 14 пациенти след 1-годишно лечение и 10 пациенти след двегодишно приложение на Betaferon.

Резултати: Най-значимо повлияване се наблюдава в показателите за устойчивост и разпределеност на вниманието, психично темпо и работна памет (PASAT), екзекутивен контрол и устойчивост към интерференция (Stroop Test), както и в стратегиите за извлечане на информацията от дългосрочната памет (вербална флуентност). По-детайлният анализ на видовете грешки от PASAT (пропуски и неточни отговори) позволява да се разграничат пациентите с 2-4 пристъпа от тези с 5 и повече пристъпа.

Заклучение: Получените досега резултати подкрепят данните за подобряване на процесите на сложните форми на внимание, екзекутивните функции и работната памет при лечение с Interferon-beta-1 b.

PI-010

ЛАЗЕРТЕРАПИЯ И РЕХАБИЛИТАЦИЯ НА БОЛНИ С МНОЖЕСТВЕНА СКЛЕРОЗА

*М. Терзиева, Н. Делева, Св. Генева, А. Капрелян
МБАЛ "Св.Марина", Варна, I-ва Неврологична клиника*

Успешното лечение на пациенти с множествена склероза (МС) е възможно само при съчетанието на медикаментозно лечение с неврорехабилитация, която има и превантивно значение върху усложненията и мотивира пациента, оптимизира физикалния, а оттам и социалния и професионален статус на пациентите.

Целта на настоящото проучване е да се направи преценка на клиничния ефект на лазерпунктурата в комплексната неврорехабилитация при болни с МС. Много проучвания показват, че нивото на бета-ендорфина се повишава и опиоидната система на ЦНС се активира по време на акупунктура, а чрез избиране на подходящи биологично активни точки (БАТ) може да се въздейства не само на болковите прояви, мускулния тонус, мускулната умора, а и на имуномодулацията. Установено е, че имунната модулация следва същите нервни пътища като причиняващия аналгетичен ефект акупунктурен механизъм. Това обосновава в още по-голяма степен използването на терапевтичния метод лазерпунктура при болни с МС.

Проучването е извършено при 47 болни с клинично сигурна и доказана с МРТ диагноза МС на възраст от 18 до 50 г. - 29 жени и 18 мъже. В зависимост от неврологичния дефицит, доминиращите симптоми, както и съобразно формата и протичането на заболяването, е приложен динамично - индивидуален подход и е съставена рехабилитационна програма при всеки отделен пациент. Лазертерапия е осъществена с He-Ne лазер с дължина на вълната 632,8 nm и мощност 2 mW. Използвани са регистраторни БАТ от линиите на задния среден меридиан, двете линии (латерална и медиална) на меридиана на пикочния мехур и др., аурикуларни точки и точки с общо въздействие.

Неврологичният дефицит преди и след лечение е оценен по разширената скала на Kurtzke и по визуалната аналогова скала за оценка на болката (VAS). Подобрене се установява най-вече на болковите прояви, спастично повишения мускулен тонус, мускулната умора и психоемоционалния тонус, а в по-слаба степен върху координационните нарушения и двигателния дефицит. Подобни резултати са съобщени при болни, проследени от 2,0 до 3,5 години - също оценени по скалата на Kurtzke с подобрене предимно за болковите прояви и мускулния тонус, което се задържа при провеждане на поддържащи процедури на 3 - 6 месеца.

Лазерпунктурата, осъществена чрез динамично - индивидуален подход в рамките на комплексната неврорехабилитация е от съществено значение за решаването на сложните терапевтични задачи в усилията за подобряване качеството на живот на пациенти с МС.

PI-011

ЕФЕКТ НА КАРБАМАЗЕПИН ВЪРХУ ПАМЕТОВИТЕ ФУНКЦИИ ПРИ ПАЦИЕНТИ С КОМПЛЕКСНИ ПАРЦИАЛНИ И ВТОРИЧНО ГЕНЕРАЛИЗИРАНИ ПРИПАДЪЦИ

Р.Велизарова, М.Радионова, Д.Чавдаров, М.Раичева, А.Трайков.

МБАЛ "Александровска", София, Неврологична клиника

Карбамазепинът (CBZ) е противоепилептичен медикамент, широко използван за лечение на парциални припадъци с или без вторична генерализация. Отличава се с относително благоприятен когнитивен профил в сравнение с останалите класически противоепилептични средства (ПЕС), но някои проучвания сочат неблагоприятен ефект върху паметовите процеси. Ние си поставихме за цел да изследваме ефекта на CBZ върху паметта на пациенти с фокална епилепсия.

Изследвани бяха и 20 болни с комплексни парциални припадъци с или без вторична генерализация приемащи CBZ повече от 1 година в терапевтични дози (400-800mg/дн) и плазмени нива от 16 до 29 $\mu\text{mol/l}$, с честота на припадъците под 0,5 за последните 2 месеца. Проведено беше изследване на вербалната и невербална, съответно краткосрочна и дългосрочна памет, със субтестове от невропсихологичната батерия CERAD. Резултатите на групата болни бяха сравнени с тези на съответна по възраст, пол и образователен ценз, контролна група здрави лица.

Пациентите с епилептични припадъци на лечение с CBZ имат значимо по-ниски ($p < 0,05$) резултати от контролната група предимно на паметовите тестове изследващи отдалечено припомняне във вербалната и невербална модалности.

Сред множеството фактори, влияещи върху когнитивните функции на пациентите с епилепсия, особено

важна е ролята на вида и продължителността на антиконвулсивното лечение. Пациентите лекувани с CBZ, бързо развиват толеранс към повечето неблагоприятни странични прояви от страна на ЦНС. Невропсихологичното тестване обаче, разкрива значими нарушения в паметовите функции при продължително лечение с CBZ, вероятно свързано с ефекта на медикамента върху нормалната невронална активност и интерневроналните взаимоотношения.

PI-012

ВРА/CBZ КОНВЕРЗИЯ КАТО МОНОТЕРАПИЯ ПРИ НЕАДЕКВАТНО КОНТРОЛИРАНИ НОВОДИАГНОСТИЦИРАНИ ЕПИЛЕПСИИ.

М. Раиева, А. Хараланов

МБАЛ "Царица Йоанна", София, Неврологична клиника

Цел: Сравняване на ефекта и на страничните действия на Valproate (VPA) и Carbamazepine (CBZ) при конверзия като медикаменти на втори избор при новодиагностицирани епилепсии.

Дизайн: Ретроспективно сравнително клинично проучване.

Популация: Конверзия към VPA монотерапия при 35 от 138 диагностицирани в последната една година и неадекватно контролирани с CBZ пациенти на възраст 7 до 78 г. (средна възраст 25,0 г.), 18 мъже и 14 жени, контролна група - 24 от 110 новодиагностицирани пациенти с неадекватен контрол с VPA, преминали на CBZ монотерапия, на възраст от 16 до 68 г. (средна възраст 33,4 г.), 14 мъже и 10 жени. Продължителността на терапията с медикамента на I избор е била от 16 до 34 седмици (средно 24 седмици) и на терапията от II избор 46 до 52 седмици (средно 48 седмици).

Резултати и обсъждане.

100% контрол на 24 сед. след конверзия към VPA - в 57,1% (20/35),

100% контрол на 24 сед. след конверзия към CBZ - в 54,2% (13/24),

> 50% контрол на 24 сед. след конверзия към VPA - в 34,3% (12/35),

> 50% контрол на 24 сед. след конверзия към CBZ - в 41,6% (10/24),

> 50% контрол над 48 сед. с VPA при 87,5%,

> 50% контрол над 48 сед. с CBZ при 86%.

Не се установява разлика в контрола на генерализираните (GTCS) и парциални пристъпи (PS) в групите лекувани с VPA и CBZ. Преминали на комбинирана терапия - от лекуваните с VPA - 9 (25,7%), от лекуваните с CBZ - 8 (33,3%). Високият % на добро повлияване от монотерапията на II избор, сравним в двете групи, вероятно е резултат на неправилния избор на първичната монотерапия или на недостигане на терапевтичната дозировка.

Изводи. VPA като монотерапия на II избор е с много добра ефективност както при GTCS, така и при PS. Не се различава съществено от ефективността на CBZ и се задържа на добро ниво за продължителен период от време. Честотата на странични действия също е близка в двете групи и рядко налага преустановяване на лечението. Проучването потвърждава схемата за лечение на новооткрити епилепсии с прилагане на политерапия едва след втори неуспешен опит за монотерапия с класическите противоепилептични средства. Изборът на медикамент следва да бъде съобразен с вида на епилептичните пристъпи и ЕЕГ находка, както и с индивидуалните невробиологични и психосоциални характеристики на всеки отделен случай.

PI-013

КЛИНИЧНА ЕФЕКТИВНОСТ И ЕЕГ ПРОМЕНИ
СЛЕД рТМС ПРИ БОЛНИ С ЕПИЛЕПСИЯ*М.Радионова, Р.Велизарова, Д.Чавдаров**МБАЛ "Александровска", София, Неврологична клиника*

Цел: Да оценим ЕЕГ промените (непосредствени и дългосрочни) след репетитивна транскраниална магнитна стимулация (рТМС) проведена с терапевтична цел при болни с епилепсия.

Методи: При 18 болни с епилепсия с медикаментозно резистентни пристъпи са проведени серии рТМС в 5 последователни дни. Терапевтичният ефект е оценяван чрез съпоставка на броя на пристъпите един месец преди рТМС с броя им един месец след терапевтичната серия. ЕЕГ беше регистрирана изходно преди началото на стимулациите, веднага след рТМС и един месец след рТМС.

Резултати: При един болен пристъпи бяха провокирани по време на рТМС и стимулациите бяха прекратени. При всички останали болни беше отчетено намаляване на пристъпната честота повече от 50%, като при 7 болни редуцията беше повече от 75%. Общото в ЕЕГ промените при тези болни е: 1. Наличие на бавновълнови промени в изходното изследване - дифузни или локализиращи, постоянни, епизодични или пароксизмални. 2. Подтискане на бавновълновата активност от рТМС - ефект, наблюдаван непосредствено след рТМС, който се запазва и един месец след това. 3. Епилептиформни ЕЕГ разряди - локализиращи или генерализиращи - подтискане непосредствено след рТМС, активация при 4 болни след един месец, независимо от доброто клинично повлияване.

Заклучение: Болните с изразено клинично подтискане на епилептичните пристъпи от рТМС имат бавновълнови ЕЕГ промени (локализиращи или дифузни), които изразено се подтискат от рТМС.

PI-014

ОПТИМИЗИРАНЕ ЛЕЧЕНИЕТО С LAMICTAL ПРИ
ДЕЦА С РЕФРАКТЕРНА ФОКАЛНА ЕПИЛЕПСИЯ*И.Литвиненко¹, Д.Христова¹, Д.Свинаров²**СБАЛДБ, София, Клиника по детска неврология**МБАЛ "Александровска", София¹, Централна клинична лаборатория²*

Проведено бе проспективно клинично проучване при 30 деца с рефрактерна епилепсия, след включване към антиконвулсивната терапия на Lamictal. Пациентите са на възраст между 2 и 14 години. Всичките са с фокална рефрактерна епилепсия с различна давност. Повечето деца бяха на политерапия. Поради липса на добър контрол над заболяването бе добавен Lamictal в обичайните дози, съобразени с комбинацията от други медикаменти. След периода на титриране и установяване на стабилна серумна концентрация бяха проследени плазмените нива на приеманите антиконвулсанти. При наложил се промяна в дозировките при някои от пациентите поради непълен ефект, отново бяха определяни нивата. Проследяването на серумните концентрации и дозоеквивалентния индекс при всеки отделен случай помогна за оптимизиране на терапията и подобряване на контрола на заболяването.

PI-015

МОНОТЕРАПИЯ С TRILEPTAL (OXCARBAZEPINE)
НА БОЛНИ С ЕПИЛЕПСИЯ*Р.Кузманова, Г.Ганева, Д.Димова**СБАЛНП "Св.Науи", София*

Целта на проучването бе да се обобщят терапевтичните резултатите на болни с епилепсия, лечение на които е монотерапия с Trileptal (Oxcarbazepine). Проучването е ретроспективно. Анализирани бяха данните на болните с епилепсия, наблюдавани от нас през последните две години, чието антиепилептично лечение включва само медикаментът Trileptal без друга антиконвулсивна терапия. Изборът на антиепилептичния медикамент Trileptal за лечението на тези пациенти се е основавал на следните съображения: изразени алергични реакции към карбамазепинови препарати и други антиепилептични медикаменти, влошени чернодробни функции, придружаващи хронични соматични заболявания с цел намаляване на междулекарствените взаимодействия.

Контингентът включва 128 болни с епилепсия, от които 52 мъже и 76 жени. Trileptal е въвеждан с начална доза 300 мгр. дневно с постепенно повишаване на дневните дози до постигане на максимален терапевтичен ефект. Поддържащата терапия с Trileptal на изследвания контингент и е в диапазона от 900 mg до 2400 mg дневно със средна дозировка 23,7 мгр/кг телесно тегло. При 30 болни бе проследена серумната концентрация на Trileptal. Установи се много добра стабилност на серумните нива със средни стойности 21,4 микромол на литър. Резултатите от лечението показват пълно освобождаване от припадъци при 75% от пациентите. Много редки припадъци, максимално до 1 път годишно, съобщават 25% от пациентите.

Резултатите от проучването показват висока антиепилептична ефективност на Trileptal, стабилност на клиничните резултати и на серумните концентрации и много добра поносимост.

PI-016

ЛЕЧЕНИЕ НА ЕПИЛЕПСИЯ С DEPAKINE CHRONO -
КЛИНИЧНИ И ФАРМАКОКИНЕТИЧНИ ОСНОВАНИЯ*Р.Калачки, П.Шотеков**МБАЛ "Александровска", София, Неврологична клиника*

Формите с продължително освобождаване, както е DEPAKINE CHRONO са развити, за да подобрят кинетичния профил на медикамента, като са доказано ефективни и добре поносими. Такива форми могат да бъдат давани веднъж или два пъти дневно, което се очаква да доведе до подобро съдействие. Те са демонстрирали по-малко вариации в пиковата спрямо най-ниската концентрация на медикамента, позволявайки по този начин по-надеждно мониториране на плазмените нива, когато това е клинично необходимо, както и намаляването до минимум на потенциала за зависими от концентрацията странични ефекти.

Анализирани са няколко случая, при които преминаването от стандартни форми на валпроати към DEPAKINE CHRONO е довело до подобряване на клиничната ефективност и намаляване на преходни странични действия, което корелира с денонощната крива на плазмените концентрации на лекарствата.

PI-017

КЛИНИЧЕН ОПИТ ПРИ ЛЕЧЕНИЕ НА ЕПИЛЕПСИЯ С ПЕС - КОНВУЛЕКС ХРОНО300МГ И КОНВУЛЕКС ХРОНО500МГ - ВЛИЯНИЕ ВЪРХУ ПСИХОСОЦИАЛНАТА АКТИВНОСТ НА БОЛНИТЕ.

*М.Йонова, В.Петрова
ОДПЗС Пловдив*

Епилепсията е едно от най-разпространените и тежки заболявания на ЦНС, характеризира се с повтарящи се пристъпи, дължащи се на ексцесивни разряди на мозъчните неврони. Голямата медико-социална значимост на заболяването се определя не само от широкото разпространение на болестта, но и поради това, че засяга предимно хора в млада и трудоспособна възраст със сериозни последици както за индивида така и семейството му така и за обществото.

Провежда се отворено клинично наблюдение за клинична ефективност и психосоциален ефект на Конвулекс хроно 300 мг и 500 мг при пациенти с различни форми на Епилепсия като монотерапия.

В проследяването са включени 10 пациенти. Клиничното проследяване включва - неврологичен статус, психиатрично интервю, ЕЕГ изследване на 24 дигитален електроенцефалограф "ПЕГАСУС", психологично изследване в посока когнитивен и поведенчески профил, социална активност на проследяваните болни с Епилепсия и психосоциалния изход на болестта им.

Настоящото съобщение разисква влиянието на ПЕС - Конвулекс хроно 300 мг и 500мг върху психосоциалния изход на болестта Епилепсия.

PI-018

МОНОТЕРАПИЯ С ТОПАМАКС-КЛИНИЧНА И ФАРМАКОИКОНОМИЧНА ЕФЕКТИВНОСТ ПРИ БОЛНИ С ПАРЦИАЛНИ ПРИСТЪПИ С ИЛИ БЕЗ ВТОРИЧНА ГЕНЕРАЛИЗАЦИЯ - ОТКРИТО ПРОУЧВАНЕ.

*М.Йонова
ОДПЗС, Пловдив, ЕЕГ лаборатория*

От няколко години сме свидетели на съвременните постижения в борбата с Епилепсията благодарение на новите противоепилептични средства (ПЕС). Съществена разлика от класическите ПЕС е химическият състав и изборителното им действие върху епилептичните разрядни феномени без нежелан ефект върху нормалните физиологични функции на мозъка.

Топирамат (Топамакс) е препарат от групата на новите ПЕС с мощно и широкоспектрно противоепилептично действие. ТОПАМАКС има множество механизми на действие с широк спектър на антиконвулсивна ефективност.

ТОПАМАКС се прилага като допълваща класическите ПЕС, а от две години и като монотерапия предимно при парциални припадъци с или без вторична генерализация.

Проучването се провежда на база ОДПЗС Пловдив, където са диспансеризирани 3816 болни с различни форми на Епилепсия. В проучването са включени 10 болни с парциални припадъци с или без вторична генерализация, при които постепенно се спря класическият ПЕС и се премина към монотерапия с ТОПАМАКС. Възрастово болните са от 30 до 55 години. Дневна доза на ТОПАМАКС - от 100 до 300мг/24часа. Ефектът на препаратите е отчетан по клинични данни и ЕЕГ-характеристики. Изчислени са финансовите разходи при комбинирана терапия

сравнени с монотерапия с ТОПАМАКС. Проследена е социалната реинтеграция на наблюдаваните болни.
С ТОПАМАКС - ЖИВОТ БЕЗ ПРИПАДЪЦИ!

PI-019

НАШИЯТ КЛИНИЧЕН ОПИТ С LEVETIRACETAM (КЕРРГА) ПРИ ЛЕЧЕНИЕТО НА ОСОБЕНО ТЕРАПЕВТИЧНО РЕЗИСТЕНТНИ БОЛНИ ЕПИЛЕПСИЯ

*Г.Ганева, Р.Кузманова, Д.Димова
СБАЛНП "Св. Наум", София*

Целта на проучването бе да се преценят възможностите на Levetiracetam /Керрга/ в лечението на епилепсията. Като първи клиничен опит с този новорегистриран в България антиепилептичен медикамент, за целта бяха подбрани пациенти с епилепсия, които от няколко години се наблюдават от отделението и въпреки различните комбинации от класически и съвременни антиепилептични медикаменти, остават недостатъчно терапевтично повлияни и с чести епилептични пристъпи.

Изследваният контингент включва 20 хоспитализирани болни с епилепсия с парциални припадъци и вторична генерализация. Симптоматична епилепсия с доказани структурни промени бе установено при 12 пациента и криптогенна епилепсия - при 8 от болните. Честотата на епилептичните припадъци преди започване на лечението с Керрга бе 10-12 пъти седмично до 3 пъти седмично. Антиепилептичният медикамент Керрга се въвеждаше с начална доза 1000 мгр дневно, разпределена на два приема. Дневните дози се повишаваха седмично с 500 мгр до постигане на оптимален терапевтичен ефект. При наблюдавания контингент окончателните поддържащи терапевтични дози на Керрга се установиха в диапазона от 1500 до 3000 мгр дневно. Резултатите от лечението с Керрга надхвърлиха очакванията ни. Терапевтичен отговор показаха 100% от изследваният контингент. Пълно овладяване на епилептичните припадъци бе наблюдавано при 85% от болните. Съществено намаляване на честотата на пристъпите над 75% редукция са 15 % от пациентите. При нито един от изследваните пациенти не са наблюдавани или съобщавани съществени странични явления от лечението с Керрга. Препаратът се понася много леко и не се е налагало да се променя дозировката или дневното му разпределение поради странични ефекти. Особено интересен и полезен е фактът, че терапевтичният ефект на Керрга се проявява много бързо, още в края на първите 24 до 48 часа след въвеждането.

PI-020

РАЗЛИЧЕН ЕФЕКТ НА ЛАМОТРИЖИН ПРИ РЕФРАКТЕРНА РОЛАНДОВА ЕПИЛЕПСИЯ - ЛИПСА НА ПРЕДОПРЕДЕЛЯЩИ ЕЛЕКТРОЕНЦЕФАЛОГРАФСКИ ХАРАКТЕРИСТИКИ, НО ВЪЗМОЖНА ВЪЗРАСТОВА ЗАВИСИМОСТ

*П.Димова¹, В.Божинава¹, Д. Даскалов²
СБАЛНП "Св. Наум", София, Детска неврологична клиника¹
СБАЛНП "Св. Наум", София, ЕЕГ-лаборатория²*

Цел: Да се направи оценка на клиничните и електроенцефалографски (ЕЕГ) характеристики на деца с рефрактерна Роландова епилепсия с различен терапевтичен ефект от допълващо лечение с Ламотрижин (LTG).

Материал и методи: Седем деца с атипично развитие на Роландова епилепсия - чести пристъпи с терапевтична резистентност със или без невропсихологични

отклонения, са лекувани с LTG. Според наблюдавания клиничен и EEG-ефект са обособени две подгрупи: случаи с отличен ефект (n=4) и случаи с агравация (n=3). Медицинската документация и EEG-изследванията на двете подгрупи преди и по време на лечението са анализирани ретроспективно. Сравнението между двете подгрупи е извършено на базата на следните показатели: пол, възраст на изява на епилепсията, вид на доминиращите пристъпи, брой на пристъпите, локализация и характеристики на роландовата EEG-абнормност, други фокални или дифузни EEG промени, тежест на невропсихологичните нарушения.

Резултати: Двете подгрупи не се различават по отношение на основните клинични и EEG-характеристики. Единствената установена разлика е по отношение възрастта на началото на епилепсията: при всички деца с влошаване от LTG пристъпите започват във възрастта между 2 и 3 год., докато децата с отлично повлияване от този антиконвулсант са били на по-голяма възраст (над 3 до 9 год.) при изявата на болестта. Липсват EEG критерии, които могат да предопределят комплицирано развитие на Роландовата епилепсия при добавяне на LTG.

Изводи: LTG може да има противоположни ефекти при лечението на рефрактерна Роландова епилепсия. Електро-клинична агравация следва да се очаква при помалки деца с по-ранно начало. Такова развитие не може да бъде предсказано посредством EEG-характеристики.

PI-021

СТИМУЛАЦИЯ НА N. VAGUS ЗА ЛЕЧЕНИЕ
НА МЕДИКАМЕНТОЗНО
РЕЗИСТЕНТНА ЕПИЛЕПСИЯ - ПЪРВИ КЛИНИЧЕН
СЛУЧАЙ

В. Бусарски, Н. Мирчев, Ст. Джендов
МБАЛ "Александровска", София, Клиника
по неврохирургия

Стимулацията на вагусовия нерв е първото и засега единствено нефармакологично средство, разработено, изпробвано и одобрено за лечение на епилепсия.

Резекционната хирургия на медикаментозно резистентната епилепсия има някои ограничения - при определени случаи е с по-малка ефикасност или рисковете от ятрогенно инвалидизиране са твърде високи. Хроничната електростимулация на нервни структури чрез имплантирани апарати предлага нови възможности - изпробвани са стимулация на малкомозъчни структури, таламични ядра и др. с необезителни резултати. Стимулацията на левия вагусов нерв е единствената форма на хронична, интермитентна, невроелектрична стимулация показала достатъчна ефективност и сигурност при проспективни рандомизирани контролирани проучвания. Вагусовата стимулация води до десинхронизиране на мозъчната биоелектрична активност и може да повлияе епилептичните пристъпи.

Кандидати за стимулация на вагусовия нерв са следните категории болни с медикаментозно резистентна епилепсия и неподходящи за резективна мозъчна хирургия: парциални пристъпи, първично генерализирани пристъпи, синдром на Lennox-Gastaut без сериозна умствена ретардация и деца с всякакъв вид рефрактерна епилепсия. Контраиндикациите са редки - тежка астма или сърдечни аритмии.

Авторите анализират първия случай с имплантиране на неврокибернетична протеза /NCP - Cyberonics Inc./ при младеж с медикаментозно резистентна епилепсия.

Хирургичната процедура е проста и лесно изпълнима, подбират се подходящите параметри на стимулиране /сила, пулсова ширина и честота на електрическия ток, продължителност и честота на стимулацията и т.н./, които се променят според ефекта или наличието на странични явления.

След примесечна стимулация повлияването по литературни данни е в над 95 % от случаите с намаляване честотата на пристъпите над 50 % с минимални странични явления.

Стимулацията на левия вагусов нерв е перспективна алтернатива при лечението на медикаментозно рефрактерна епилепсия, неподходяща за резективна интракраниална хирургия. Високата първоначална цена на апарата /около 10 000 \$/ се възстановява за 3-4 години от намаляването на медикаментите, необходимостта от често хоспитализации и други индиректно свързани с епилепсията разходи.

PI-022

БРЕМЕННОСТ И РАЖДАНЕ ПРИ ЖЕНИ
С ЕПИЛЕПСИЯ - ПРОСПЕКТИВНО НАБЛЮДЕНИЕ
ЗА 8 ГОДИШЕН ПЕРИОД ПРИ 61 ЖЕНИ.

П. Божинов¹, С. Божинова²
МБАЛ - Плевен, Първа неврологична клиника¹
МБАЛ - Плевен, Първа акушерска клиника²

Въведение: Благодарение на прогреса в лечението на епилепсията (Е) забременяването и раждането са възможни за болшинството от жените, получаващи епилептични пристъпи. В хетерогенна възраст около 20% от пациентките са с Е като голяма част от тях раждат здраво дете въпреки увеличавения риск от малформации. Въпреки това въпросите за влиянието на епилепсията върху протичането на бременността, раждането и честотата на перинаталните усложнения, все още са дискутабилни. Налице са единични проспективни проучвания върху електроенцефалографските находки, вида на епилептичните пристъпи и възможностите за корекция на дозите на антиепилептичните медикаменти (АЕМ) по време на бременността.

Цел: Имайки предвид проблемите, които възникват при всяка жена с Е, ние си поставихме следните цели: да проучим влиянието на Е върху бременността, раждането и перинаталните усложнения; да съпоставим EEG находките и вида на епилептичните пристъпи (ЕП) преди и по време на бременността; да изследваме възможностите за оптимизиране на лечението с АЕМ по време на бременността.

Материал и методи: Проучването е проспективно и обхваща 8 годишен период (1995-2002). През този период са проследени по време на бременността и са завършили с раждане 61 жени с Е. Бременните са проследявани неколкостранно ехографски (минимум 4 пъти) за установяване на евентуални малформации, фетална биометрия, оценка на плацентата и околоплодната течност. Раждането е водено под кардиотокографски контрол, а оценката на новороденото е по Apgar score 1-ва и 5-та минута. Новородените са консултирани и наблюдавани от неонатолог. Съвместно с лекуващия невролог е обсъждана възможността за кърмене на новороденото. При всяка от пациентките е уточняван вида на ЕП и са извършвани EEG изследвания преди и по време на бременността. За оценка на резултатите са използвани алтернативен и графичен анализ.

Обобщение и изводи: 1/. Епилепсията рядко повлиява неблагоприятно бременността. Повишава се честота-

та на абортите и преждевременните раждания. Преeklампсията и eklампсията не се срещат по-често, но протичат по-тежко. Може да се търси връзка между eklампсията и Е от окципиталния дял, което налага клинично и ЕЕГ проследяване няколко години след раждането. 2/. Раждането най-често е по нормален механизъм, но по-често се регистрират индикации за SC, които са преди всичко акушерски с изключение на състоянието на епилептичен статус. По-честите кръвотечения в ранния послеродов период са алармен сигнал за заплахата за майката и изискват повишено внимание. 3/. Необходимо е провеждане на профилактика на малформациите с фолиева киселина преди забременяване и по време на бременността и приемане на Vitamin K от майката през последния месец на бременността и от новороденото по време и след раждането за намаляване на риска от неонатални хеморагии. 4/. По време на бременността епилептичните пристъпи са главно генерализирани тонично-клонични, а характерните ЕЕГ промени включват забавяне на основната активност и увеличаване на огнищната активност. 5/. При монотерапия с валпроати и карбамазепин възможното намаляване на дозата на медикамента до 10 г.с. от бременността се движи между 44 - 68% при последващ пълен контрол на ЕП по време на цялата бременност и добър изход за майката и плода.

PI-023

ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА РЕПРОДУКТИВНИТЕ ФУНКЦИИ ПРИ ПАЦИЕНТКИ С ЕПИЛЕПСИЯ СЛЕД ПРЕМИНАВАНЕ НА МОНОТЕРАПИЯ С ТОПИРАМАТЕ

П.Божинов¹, С. Божинова²

МБАЛ - Плевен, Първа неврологична клиника¹

МБАЛ - Плевен, Първа акушерска клиника²

Въведение: По време на клиничното наблюдение на жени с епилепсия в репродуктивна възраст, лекувани с Топирамате (ТРМ) като допълнителна терапия, 9 (девет) от пациентките са съобщили като страничен ефект възстановяване на нарушените менструални цикли още в първото месеци след добавянето на ТРМ към основната антиепилептична терапия, (най-често към валпроати).

Цел: Да изследваме възможностите за възстановяване на репродуктивните функции при жени, лекувани с Топирамате като монотерапия.

Материал и методи: В проучването включихме 14 млади жени с епилепсия на средна възраст 23,6 г. (възрастов диапазон 17 - 34 г.) с добре контролирани епилептични пристъпи и клинични данни за аменорея за период от минимум 3 месеца и лабораторни данни за увеличени нива на LH (лутеинизиращ хормон) при всички пациентки. **Резултати:** С нормално тегло (BMI?? 24,9) са били 5 (36%) от пациентките, с наднормено тегло (BMI??25 - 29,9) - 6 (43%) и със затлъстяване (BMI ? 30) - 3 (21%). Отслабване на тегло до 5 кг. е регистрирано при 10 (71%) от жените и над 5 кг. при 4 (29%) като най-изразено е отслабването при жените със затлъстяване и наднормено тегло. Всички пациентки са определяли отслабването като желан страничен ефект.

Възстановяването на репродуктивните функции с начало на редовна менструация е наблюдавано при 12 (86%), а липсата на менструация при 2 (14%) жени. Средното време за поява на редовни менструални цикли след преминаването на монотерапия с ТРМ е било 2,33 месеца (граница 1 - 4 месеца). Една жена с неуспешно лекуван стерилитет повече от 5 год. е забременяла 7 месеца след включването на ТРМ и 4 месеца след нормализацията

на менструалните цикли. Ние дискутираме следните възможни механизми на действие на ТРМ във връзка с тези резултати: загубата на тегло, специфичната редукция на мастната тъкан, намаляването на инсулиновата резистентност и ефект върху секс хормон свързващия глобулин (SHBG), както и ефектите върху карбоанхидразата.

Изводи: Топирамате надхвърля очакванията за това да бъде само едно добро ново антиепилептично лекарство поради доказаните му множествени механизми на действие. Преминването към монотерапия с ТРМ при млади жени с епилепсия, лекувани преди това с класически АЕМ при данни за аменорея води до нормализиране на менструалните цикли и оттам до възстановяване на репродуктивните функции.

PI-024

ТЕРАПЕВТИЧНА ЕФЕКТИВНОСТ НА НОВИТЕ АНТИЕПИЛЕПТИЧНИ СРЕДСТВА ПРИ МЕДИКАМЕНТОЗНО РЕЗИСТЕНТНИ ЕПИЛЕПСИИ

П. Попов

ВМА, София, Клиника по неврология, Отделение

по функционална диагностика на нервната система

Липсата на адекватен медикаментозен контрол при някои форми на епилепсия, обреча болните на дългогодишно лечение и неясно бъдеще, обусловени от високата честота на пристъпите и страничните ефекти на класическите антиепилептици. Новите антиепилептични средства /АЕС/, с широкия си спектър на действие, висока бионаличност и слаби странични ефекти, обещаваат подобряване качеството на живот на този контингент болни.

Целта на настоящето проучване беше да оценим ефекта на някои от новите АЕС при терапевтично резистентни епилепсии /ТРЕ/.

Методика: Изследвани бяха 22 болни с ТРЕ, лекувани най-малко с две класически АЕС, като моно- и политерапия, на възраст между 15 и 56 години /средна възраст 33 години/, от които 16 жени и 6 мъже. Давността на страданието варираше в обхвата 2 - 22 години. В 19 от случаите се отнасяше за фокални епилепсии /5 симптоматични и 14 вероятно симптоматични/, а в 2 - за генерализирани. При всички болни бяха използвани електрофизиологични, невроизобразяващи и лабораторни изследвания, с диагностична и мониторираща цел. Новите АЕС - Топирамате /Торатах/, Lamotrigine /Lamictal/ и Охскарбазепин /Трилептал/ бяха прилагани в оптимални терапевтични дози, в съчетание с класически АЕС /15 болни/, като монотерапия /6 болни/ и при един пациент, комбинация от две нови АЕС.

Резултати. Статистически значима редукция в честота на пристъпите /повече от 50%/ беше постигната при 13 болни /59%/. При петима /23%/, пристъпите бяха спрени за период от 1 година, но рецидивираха при всеки опит за намаляване дозата на медикамента. При четирима /18%/, не настъпи значимо снижение честота на пристъпите /под 50%/. Прекратяването на пристъпите се установи при четирима болни с фокална и при един с генерализирана епилепсия.

Обсъждане. Умелият подбор на новите АЕС и адекватното им дозиране, провеждани от опитен специалист, влияят благоприятно върху клиничния ход на фармакорезистентните епилепсии и подобряват качеството на живот на болните. Използването им е ефективно, като допълващо средство, в комбинация с класически АЕС или като монотерапия, след прецизна преценка.

Въпреки ясното съзнание, че новите АЕС не могат да заместят оперативното лечение на епилепсията, при липсата на организация на такова в България, те са средство на избор при лечението на този проблемен контингент болни.

PI-025

РЕЗУЛТАТИ ОТ ПРИЛАГАНЕТО НА АНТИКОНВУЛ-
САНТИ ПРИ БОЛНИ, ПРЕЖИВЕЛИ КРАНИОТОМИЯ

Р.Калтачки¹, Р.Попов², Х.Христов², Е.Динев²,

В.Бусарски², К.Романски²

МБАЛ "Александровска", София, Неврологична клиника¹

МБАЛ "Александровска", София,

Клиника по неврохирургия²

Цел: Да се обобщат и анализира прилагането на антиконвулсанти при болни с краниотомия в следоперативния период.

Контингент и методика: В период от 30 месеца са проследени 52 болни, оперирани за пространство заемащ интракраниален процес. Пациентите бяха разделени на две групи - при 37 болни се назначи противоепилептично лечение, а 15 болни бяха оставени за наблюдение без лечение. Пациентите се лекуваха в продължение на 1 година с монотерапия. След една година се проведе контролен преглед на всички пациенти.

Резултати: След 12 месечно проследяване 44 болни (84,62%) не съобщават за възникване на епилептични пристъпи. От лекуваните болни 33 (89,19%) нямат пристъпи. При нелекуваните - 11 (73,33%) са без пристъпи.

Обсъждане: Анализирано са вида на мозъчната лезия, разположението ѝ, параметрите на проведената операция и последвалото антиепилептично поведение. Може да се приеме, че качеството на оперативната интервенция и недопускането на епилептични пристъпи в ранния следоперативен период е изключително важно за предпазването на пациента от постоперативна епилепсия. Наличието на следоперативни пристъпи у болните може да се свърже с по-лоша прогноза и съответно налага по-често лечение на пристъпите с политерапия. В случаите, когато няма следоперативни пристъпи при екзактна операция извън темпоралния или фронталния дял може да се обсъжда възможността пациентът да не получава противоепилептични лекарства.

PI-026

КЛИНИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА И ИЗХОД ПРИ 21
БОЛНИ С ПАТОЛОГИЯ НА ВЕНОЗНОТО МОЗЪЧНО
КРЪВООБРАЩЕНИЕ.

Ц.Цанкова, М.Клисурски, М.Орзова, Я.Христов,

М.Рашева, И.Стайков, В.Тончева, М.Миланова,

М.Радева, П.Стаменова

МБАЛ "Царица Йоанна", София, Неврологична клиника

Заболяванията на мозъчните вени и дурални синуси са едно предизвикателство, не само защото са по-редки от артериалните, но и поради някои клинични особености и диагностични трудности. Целта на проучването е да се направи анализ на най-честите начални симптоми, разнообразието в клиничната картина, на диагностичната стойност на отделни методици и на факторите определящи изхода от заболяването.

Представени са 16 случая с тромбози на мозъчни вени и дурални синуси и пет случая с мозъчен тромбофлебит - 15 жени и 6 мъже на средна възраст 31 години (от 12 до 69 години). Установените предразполагащи състояния

или заболявания са: ранен пуерперциум след секцио и обща или епидурална анестезия, патологична бременност с еклампсия или мъртвъ плод, антифосфолипиден синдром, хомоцистеинурия, тетралогия на Фало, продължително използване на антикоагулативни средства, дехидратация, инфекции в областта на главата. Най-честите начални симптоми са били прогресиращо главоболие, количествени нарушения на съзнанието в различна степен и епилептични пристъпи. Разнообразието в разгърнатата клинична картина е съответствало на вида и топиката на процеса - тромбози на синуси (8), на повърхностни вени (5), на дълбоки мозъчни вени (3) и тромбофлебит на кавернозните синуси и на големи повърхностни вени (5).

Точната диагноза е поставена в рамките на един до десет дни. Използваните методици по реда на тяхната информативност са: МРА, МРТ, КТ, ликворно изследване, панангиография, ЕЕГ.

При всички болни е провеждано лечение с антикоагуланти или антиагреганти, а при показания и антиконвулсанти, антибиотици, дехидратиращи, апаратна вентилация. Болните са проследявани до една година. Пълно възстановяване е настъпило при 9 болни (43%), с остатъчна неврологична симптоматика или епилептичен синдром са били също 9 болни (43%), а трима (14%) са починали.

В заключение: познаването на предразполагащите фактори и най-честите начални клинични симптоми, използването на съвременни изобразителни техники, главно МРА и прилагането на антикоагулативно лечение може да подобрят ранната диагноза и изхода на тези заболявания. При адекватно поведение по-бавно и непълноценно възстановяване има при перманентно действащ патогенетичен фактор.

PI-027

LIPOPRES (LOVASTATIN) ПРИ ЛЕЧЕНИЕ НА БОЛНИ
С АСИМПТОМНА МОЗЪЧНОСЪДОВА БОЛЕСТ
(АМСБ)

С. Янчева, Г. Николова, И. Райчев

СБАЛНП "Св.Наум", София

Известно е, че HMG-CoA-редуктазните инхибитори (статините) имат добър ефект за първична профилактика на исхемичните инсулти при болни с коронарна болест. Успоредно с понижаване нивата на липидите, статините имат антитромботично, хемореологичноактивно, противовъзпалително, невро-протективно и други действия.

Целта на проучването е да се изследва терапевтичният ефект на Lipopres (Lovastatin) при болни АМСБ.

Проведено е отворено 3-месечно проучване при 30 болни с хиперлипидемия аав и АМСБ. Lipopres (20 mg) е назначаван еднократно по време на вечеря. Преди и след лечението са изследвани стойностите на общия холестерол, LDL, HDL и триглицеридите. При всички болни са изследвани неврологичен и соматичен статус. Проведени са рутинните лабораторни изследвания и ЕКГ.

В края на лечебния курс благоприятният ефект на Lipopres върху субективните оплаквания на болните е придружен от снижаване нивото на общия холестерол ($p < 0,01$) и LDL ($p < 0,05$). Не се установяват промени в чернодробните и бъбречни функции.

Заключение: Благоприятният терапевтичен ефект на Lipopres при болни с АМСБ се съчетава с висок профил на безопасност.

PI-028

ДВУЕТАПНА АНГИОПЛАСТИКА И СТЕНТИРАНЕ НА ПАЦИЕНТ С БИЛАТЕРАЛНА КАРОТИДНА СТЕНОЗА И ДВУКЛОНОВА КОРОНАРНА БОЛЕСТ

*П.Шотеков¹, И.Петров², Ш.Мехрабиан¹, Ю.Петрова¹, Ю.Джоргова¹, А.Чирков², А.Трайков¹
МБАЛ "Александровска", София¹
СБАЛ "Св. Екатерина", София²*

Пациентите, при които се наблюдава съчетание на мозъчносъдова с коронарна болест, са изложени на много висок риск за мозъчносъдови усложнения по време на класическото хирургично лечение с цел коронарна реваскуларизация. Напоследък, перкутанната ангиопластика и стентирание е един нов терапевтичен метод за третиране на каротидните и коронарни стенози.

Описваме случай на 52 годишна пациентка с дислипидемия и умерена хипертония. Оплакванията и датират от преди около 5 години, с периодична птоза на левия клепач, като проява на транзиторни исхемични атаки. Пациентката съобщава и за периодично появяваща се уморемост и прекордиална тежест, при физическо и психическо натоварване през последните месеци. От направената доплерсонография на екстракраниалните съдове се установяват сигнификантни стенози на двете вътрешни сънни артерии (ВСА), които се потвърждават от ангиографското изследване (ЛВСА- 80% стеноза, ДВСА- 70% стеноза). При провеждане на последното, се открива и двуклонова коронарна болест. Направена е ангиопластика и стентирание на ДВСА и ЛАД на първи етап. След един месец се провежда ангиопластика и стентирание и на ЛВСА. При двете интервенции се установява добър резултат при непосредствения ангиографски контрол. Пациентката се изписва в рамките на 48 часа след всяка една от двете интервенции. Проследяването се извършва чрез доплерсонография на екстракраниалните съдове, ЕхоКГ и велоергометрия на първия, третия, шестия и дванадесетия месец. При контролните изследвания не се установяват патологични промени.

Ангиопластика и стентирание е ефикасен и сигурен метод за третиране на пациенти, при които каротидни стенози са свързвани от коронарна болест. Проследяването показва обнадеждаващи резултати, и подсказва, че този вид реваскуларизационни процедури са надеждна алтернатива на класическото комбинирано хирургично лечение в бъдеще.

PI-029

ХРОНИЧНА ХИПЕРТОНИЧНА ЕНЦЕФАЛОПАТИЯ - ОСОБЕНОСТИ В КЛИНИЧНОТО ПРОТИЧАНЕ

*Д. Минчев, А. Хавезова, Ст.Тодоров, С. Андонова
МБАЛ "Св. Марина", Варна, II Неврологична Клиника*

Цел на настоящата работа е обсъждане особеностите в клиничната картина при хроничната хипертонична енцефалопатия (ХХЕ) и някои диференциално-диагностични и терапевтични проблеми.

Методи: Наблюдавани са осем болни (четири мъже и четири жени) на средна възраст 52,5 години (от 43 до 64 години) с хипертонична болест - мозъчно-сърдечна форма (доказана - клинично, електрокардиографски, рентгенографски, доплерсонографски, МРТ) в продължение на две години. Антифосфолипидните ан-

титела се отчетоха по метода ELISA. Данните са съпоставени с контролна група от 10 пациенти с хипертонична болест.

Резултатите: При трима от болните бе наблюдавана симптоматика на демиелинизиращ процес, двама с характеристика на ЛАС синдром; двама с ОРМК и двама с данни за съдова демиелинизация. При всички пациенти са проведени набор от изследвания за изключване на системно възпалително заболяване. Контролната група беше с повишени стойности на антифосфолипидни антитела и огнищна неврологична симптоматика в зависимост от топиката на съдовия процес, но с нормална МРТ. Клинико-лабораторните изследвания и МРТ при проучените болни показаха данни за съдова демиелинизация, а при петима - повишени антифосфолипидни антитела.

Терапевтичният подход с антихипертензивни медикаменти, кортикостероиди и антиагреганти повлия клиничния ход. Субективно и обективно се отчете подобрение на неврологичния дефицит. Не се повлияха отклоненията от имунологичните изследвания и находката при МРТ.

Заключение: Протичането на ХХЕ показва разнообразие в клиничната и морфологична картина, на основата на която стои съдовата демиелинизация. Динамичното наблюдение предизвиква диференциално-диагностични проблеми. МРТ, имунологичните резултати и лечението, допускат участие на аутоимунни механизми в патогенезата на заболяването.

PI-030

ЛЕЧЕНИЕ С КАВИНТОН (VINPROSETINE) ПРИ ОСТРИ ИСХЕМИЧНИ НАРУШЕНИЯ НА МОЗЪЧНОТО КРЪВООБРАЩЕНИЕ

И. Манчев¹, М. Цолова², В. Манчева¹

Тракийски университет, Стара Загора, Катедра по неврология и психиатрия¹

МБАЛ - Стара Загора, Неврологична клиника²

Проведено е тригодишно проучване на ефекта на Кавинтон при 253 болни с остри исхемични инсулти и преходни исхемични нарушения на мозъчното кръвообращение на възраст 50 - 79 години. За сравнение на резултатите е оформена контролна група от 40 болни (30 с мозъчни инсулти и 10 с ПИНМК) от същия пол и на същата възраст, които не са приемали медикамента. Тежестта на инсултите е оценявана по Glasgow Coma Scale. На всички болни е снет соматичен, неврологичен и психичен статус и са проведени съответните инструментални изследвания: КТ на главен мозък, Доплерова сонография на магистралните кръвоносни съдове на шията и главата и ЕКГ изследване. Проучени са и основните биохимични параметри. Лечението е проведено през острия фаза на исхемичния инсулт с продължителност 30 дни в стационара и от три до шест месеца след изписването на болните. Оценката на ефекта от лечението е направена по тристепенна скала. Установено е статистически значимо по-често значително подобрение на симптоматиката сред болните лекувани с Кавинтон, в сравнение с контролната група.

Резултатите от изследването дават основание на авторите да препоръчат лечение с Кавинтон при остри нарушения на мозъчното кръвообращение.

PI-031

НЕВРОПРОТЕКТИВЕН ЕФЕКТ НА SAVINTON FORTE ПРИ ИСХЕМИЧНИ РАЗСТРОЙСТВА НА МОЗЪЧНОТО КРЪВООБРАЩЕНИЕ

*Л.Хавезова, Д.Минчев, П.Йорданова**МБАЛ "Света Марина", Варна, II неврологична клиника*

Цел и обект на проучването: Да се проследи ефекта на Savinton forte върху когнитивните функции на пациенти с остра мозъчна исхемия.

Методика: Проучването включва 40 пациенти (28 мъже и 12 жени), преживели първи остър съдов мозъчен инцидент и показали лек до умерен когнитивен дефицит. Пациентите са разделени на две работни групи. В експерименталната група са включени 20 болни, лекувани с Savinton forte и контролна, където лечението е провеждано с други медикаменти. Оценката е изградена на база на MMSE, ADL (Barthel) и набор от невропсихологични тестове. Изследванията са реализирани до 5-тия ден от заболяването и след 3 месечно лечение с препаратта.

Резултати: В началната фаза двете групи имат сходни резултати при оценка на когнитивните функции. След 3-тия месец експерименталната група показва значимо по-добри показатели по отношение на Verbal fluency letter, Line orientation test, Digit span forward test, Wisconsin card sorting test. Двете групи демонстрират подобрене по отношение на MMSE, номинативни функции и фиксационна памет без значима разлика между тях.

Заклучение: Получените резултати подкрепят тезата за невропротективния ефект на препаратта Savinton forte, както и ефективността му в терапевтичната схема при лечение на лек когнитивен дефицит.

PI-032

ПРОУЧВАНЕ НА ВЛИЯНИЕТО НА AMANTADINE SULFAT (PK-MERZ®) ВЪРХУ КОГНИТИВНИТЕ ФУНКЦИИ ПРИ ПАЦИЕНТИ СЛЕД СЪРДЕЧНИ ОПЕРАЦИИ

*М. Райчева¹, Т. Бургуджиев²**МБАЛ "Александровска", София, Неврологична клиника¹
СБАЛ "Св. Екатерина", София²*

Усложненията от страна на централната нервна система след сърдечни операции продължават да бъдат клиничен проблем като при значителна част от пациентите се описват и невропсихологични нарушения - снижение в паметовите процеси, ограничен обем и подвижност на вниманието, намалена концентрация и устойчивост на целенасочената психологическа активност, забавена психомоторика. Отдавна известен е невропротективният ефект на препаратта Amantadine sulfat, а напоследък се проучва и благоприятното му въздействие и върху когнитивното функциониране, най-често при остри черепно-мозъчни травми.

Целта на проучването е да проверим влиянието върху когницията на препаратта Amantadine sulfat приложен на пациенти по време на кардиопулмонален байпас.

Пациенти и метод: Изследвани са 18 пациента разделени на две групи по 9 човека. На пациентите от експерименталната група е прилаган двукратно Amantadine sulfat (инфузия на 100mg/500 ml) интраоперативно и в деня след операцията. Когнитивните функции са изследвани 48 часа преди операцията и между 6-ия и 8-ия следоперативен ден с невропсихологични тестове, оценява-

щи процесите на паметта, вниманието, екзекутивните функции, зрително-моторната координация. За определяне на тежестта на предоперативното състояние на пациентите е използван SRI (Stroke Risk Index).

Резултати: Регистрирано е значимо повлияване на показателите за вербалната памет и устойчивостта на вниманието. Влиянието на препаратта Amantadine sulfat не е едностранно. При второто изследване на третираните пациенти са подобрени показателите за непосредствената вербална памет ($p = .016$). Благоприятно въздействие на препаратта е установено и в един от показателите за устойчивост на вниманието в първата част на теста. Контролната група влошава значимо постиженията си (общ бал и време за изпълнение), а пациентите от третираната група се загържат близо до нивото от предоперативния тест. В групата на третираните с Amantadine sulfat има данни за намаляване устойчивостта на вниманието при по-продължителна работа, във втората част на теста балът е по-нисък ($p < 0.001$).

Заклучение: В това пилотно проучване регистрирахме известно благоприятно влияние на Amantadine sulfat върху когнитивното функциониране предимно в процесите свързани с продължителното активно внимание и краткотрайната вербална памет.

PI-033

КЛИНИЧНО ПРОУЧВАНЕ НА DONEPEZIL ПРИ БОЛЕСТТА НА АЛЦХАЙМЕР

*Г.Николова¹, А.Трайков²**СБАЛНП "Св.Наум", София¹**МБАЛ "Александровска", София²*

През последните години, холинергичната теория постави началото на редица терапевтични стратегии за повлияване на когнитивния дефицит при болестта на Алцхаймер (БА), сред които инхибиторите на ацетилхолинестеразата (AChE-инхибитори) дадоха известна надежда за терапевтичен ефект при това заболяване. Donepezil HCl е обратим, некомпетитивен и високо селективен AChE-инхибитор, който има дълъг плазмен полуживот (около 70 часа). Целта на проучването беше изследване на лечебната ефективност на Donepezil върху когнитивните нарушения при БА.

Изследването се проведе при 14 болни (11 жени и 3 мъже, средна възраст 79.1 ± 5.6 год.) с клинично вероятна БА ($MMS > 11$ точки). Donepezil беше прилаган еднократно вечер по 5 mg през първите 6 седмици и по 10 mg през следващите 6 седмици. Преди и в края на лечебния курс (12-та седмица) болните бяха изследвани с Alzheimer Disease Assessment Scale cognitive subscale (ADAS-cog) и MMS. Данните бяха обработени статистически с Wilcoxon (paired, non-parametric) анализ.

След лечението с donepezil при болните се отчете тенденция ($p=0,519$) за подобрене на когнитивния им дефицит, документиран с повишение от 0,5 точки при скалата MMS. Общият резултат от ADAS-cog на 12-та седмица показва значимо ($p=0,029$) подобрене (снижение от 2,2 точки), като анализът на 11-те субтестове демонстрира значима ($p=0,002$) промяна за субтестта за непосредственото припомняне на думи и тенденция за подобрене при субтестовете за разпознаване на думи, ориентация и изпълнение на команди. В допълнение, беше отчетено значимо ($p=0,03$) подобрене и в качеството на изпълнение на инструменталните ежедневни дейности. Оценката на лечебния ефект на donepezil при всеки отделен болен показва значими различия между тях. При

9 (64,3%) от болните се отчете леко или значително (промяна > 4 точки при ADAS-cog) подобрене на когнитивния им дефицит.

Данните от проучването показват, че лечението с donepezil води до благоприятен ефект върху когнитивните функции и най-вече паметта при лица с лека и умерена БА. Високият процент на т.н. "отговарящи" на лечението с този АСнЕ-инхибитор би могъл да се обясни с двойния му механизъм на действие на нивото на холинергичния синапс - от една страна повишаване нивото на наличния ацетилхолин, а от друга - агонистичното действие върху никотиновите рецептори, водещо до засилено пресинаптично освобождаване на медиатора.

PI-034

ЕДНОГОДИШНО ЛЕЧЕНИЕ С НИВАЛИН НА БОЛНА С ТЕЖКО ПРОТИЧАЩА ФАМИЛНА ДЕМЕНЦИЯ

Ч.Дикова, М.Райчева, Б.Цанков

МБАЛ "Александровска", София, Неврологична клиника

Представена е болна на 36 години с прогресираща деменция, набелязан екстрапирамиден синдром и livedo reticularis. МРТ дава данни за паренхимна атрофия, по-изразена в челните дялове при нормално ликворно изследване. Първото невропсихологично изследване документира лек до умерено изразен дементен синдром (MMSE = 20). Наблюдават се от леки до умерени нарушения в заучаването на нова информация (фиксация и ретенция), праксиса, зрительно-пространствените и зрительно-конструктивните способности, сметните операции. Водещи при първото изследване са дефицитите в паметта, акалулията, конструктивната апраксия.

Провеждано е едногодишно лечение с Нивалин 20 мг дневно. Контролното невропсихологично изследване показва бърз и значим когнитивен упадък. Дементният синдром е с умерена тежест (MMSE = 14), всички изследвани когнитивни функции имат влошени показатели. Най-изразени са нарушенията в заучаването (непосредствено и отсрочено възпроизвеждане) и апраксията. При пациентката се наблюдава аграфия и конструктивна апраксия. В когнитивния профил относително по-слабо засегнато остава разпознаването на заучаваната информация. Екстрапирамидните прояви са преминали в манифестен Паркинсонов синдром.

Почти аналогична клинична картина е наблюдавана през 1988 г. в нашата клиника, когато на 42 годишна възраст е изследвана нейната майка с КАТ данни за корова атрофия. От направеното психологично изследване е демонстрирана сходна степен на промени в паметта и висшите корови функции - значително снижение на фиксация и ретенция при изучаване на нова вербална информация, акалулия, дисграфия, конструктивна апраксия.

Ключови думи: фамилна деменция, мозъчна атрофия, livedo reticularis

PI-035

ВЪЗМОЖНОСТИ НА КИНЕЗИТЕРАПИЯТА ПРИ ПАРКИНСОНИЗЪМ

*И.Колева¹, Н.Лишев¹, И.Миланов², Р.Йошинов³,
З.Горанова⁴*

*СБФТР - Овча купел, София¹, СБАЛНП "Св.Наум", София²
БАН, Лаборатория по телематика³
Национална спортна академия, София⁴*

Целта на съобщението е обобщаване възможностите на кинезитерапията за повлияване двигателните функции и дейностите на ежедневния живот на болните

с паркинсонизъм. Наблюдавахме група от 79 болни с идиопатичен паркинсонизъм - предимно ригидна (37 болни), ригидно-хипокинетична (24 болни) и треморно-ригидна форма (18 болни); със степен на изразеност на Паркинсоновия синдром - I-ви (12 болни), II-ри (53 болни) и III-и стадии (14 болни) според класификацията на Hoehn & Yahr. Пациентите бяха изследвани преди и след 20-дневен рехабилитационен курс в СБФТР, включващ ежедневно прилагане на комплексна кинезитерапевтична програма [упражнения за гъвкавост на гръбначния стълб; дихателна гимнастика; упражнения за поддържаща сила и обема на движения в горни и долни крайници; трениране на координацията; упражнения за равновесие, за стабилизиране позата и походката; прийоми за изправяне от леглото, от стола, от пода; трениране на мимическата мускулатура, дикцията, почерка; обучение в дейностите на ежедневния живот]. За статистическата обработка използвахме t-test (вариационен анализ ANOVA) и Wilcoxon rank test (непараметричен корелационен анализ). Сравнителният анализ на резултатите убедително демонстрира статистически достоверни благоприятни ефекти върху мускулната ригидност, бради и хипокинетизма, хипомимията, депресивитета; върху качеството на живот и самостоятелността в ежедневните дейности на паркинсоничните /телостоеж, походка, обличане, хранене, къпане, почерк, разговор/. Не установихме въздействие върху статичния тремор. Препоръчваме внедряването на комплексната кинезитерапевтична методика в отделенията/клиниките по неврология и неврологична рехабилитация, както и практикуването ѝ в домашни условия (пред огледало).

Ключови думи: Паркинсонизъм, Рехабилитация, Кинезитерапия, Дейности на ежедневния живот

PI-036

ЕФЕКТИВНОСТ НА МАНУАЛНАТА ТЕРАПИЯ ПРИ ЦЕРВИКАЛНО СВЪРЗАНО ГЛАВОБОЛИЕ

И.Колева¹, Н.Лишев¹, И.Миланов², Н.Топалов², Р.Йошинов³

*СБФТР - Овча купел, София, Отделение
по Кинезитерапия¹*

СБАЛНП "Св.Наум", София²

БАН, Лаборатория по Телематика³

Настоящото съобщение прави оценка на ефективността на мануалната терапия върху качеството на живот и труд на пациентите с цервикално свързано главоболие.

Проучването беше извършено върху 27 болни с цервикогенен тип цефалгия, провели 10-дневно лечение в стационара на СБФТР - Овча купел. Рехабилитационният комплекс се състоеше от индивидуално-съобразени специализирани мануално-терапевтични прийоми за шийния дял на гръбначния стълб: мекотъканни техники /вкл. постизометрични релаксации/, мобилизации и манипулации, аутомобилизации. Клиничното наблюдение и изследванията бяха извършени преди и след лечение, както и един месец по-късно. За статистическата обработка използвахме t-test (вариационен анализ ANOVA) и Wilcoxon rank test (непараметричен корелационен анализ).

Сравнителният анализ на резултатите показва статистически значим благоприятен ефект върху интензивността на болката и обема на движение в шийния дял на гръбначния стълб, върху производителността на труда и върху дейностите на ежедневния живот на пациентите.

Проучването демонстрира убедително, че мануалната терапия подобрява тежестта на главоболието, статиката на цервикалния гръбнак, качеството на живот и функционалната работоспособност на пациентите с цервикално свързано главоболие.

PI-037

ИНТЕНЗИВНО ЛЕЧЕНИЕ НА БОЛНИ

С МИАСТЕННИ КРИЗА - НАШИЯТ ОПИТ

*Я.Христов, Ц.Цанкова, М.Драгиев, М.Орозова,
М.Миланова, Т.Стефанов, Г.Благов, Е.Ваврек,
В.Тончева, Н.Симеонов, И.Стайков, С.Велкова,
П.Стаменов*

МБАЛ "Царица Йоанна", София, Неврологична клиника

Миастения гравис е автоимунно заболяване на нервномускулното предаване, при което се установяват антитела, насочени срещу ацетилхолиновите рецептори на постсинаптичната мембрана.

Миастенната криза, която се дефинира като респираторна недостатъчност, изискваща механична вентилация, е животозастрашаващо състояние, което се наблюдава при 15 - 20% от пациентите с миастения гравис. Смъртността при миастенни кризи от близо 40% през 1960 е намалена на приблизително 5% през 1970 година, което до голяма степен се дължи на подобряване на респираторните и интензивните грижи в реанимационните отделения.

Ние представяме нашия опит в интензивното лечение на болни с миастенни кризи за петгодишен период от време /1997 -2002 год./ В проучването са включени 17 пациенти с диагноза Миастения гравис, Миастенна криза, от тях 12 жени и 5 мъже.

Като предхождащи събития на кризата бяха установени: 1) инфекции в 52,9%; 2) промяна в дозировката на антихолинестеразни медикамент -5,8%; 3) проведена оперативна интервенция -5,8%; 4) неясни -35,3% .

Всички болни бяха интубирани, включени към респиратор, а в последствие трахеостомирани. Продължителността на ИБВ варираше от 2 до 42 дни, като средната продължителност беше 8,9 дни. Като асоциирани усложнения на ИБВ бяха регистрирани: ателектаза с пневмония в 2 случая; пневмония с плеврални изливи в 4 случая; пневмоторакс - 1; пневмония - 3 случая. На пациентите беше проведено лечение с антихолинестеразни средства, кортикостероиди и имunosупресанти, при двама болни имунобенин, а при един - плазмозаместване. При 16 пациенти изходът беше благоприятен, а при 1 - фатален. Така проведеното интензивно лечение е с ефективност, различаваща се от данните изнесени в достъпната литература.

PI-038

ЛЕЧЕНИЕ НА ТУБЕРКУЛОЗЕН МЕНИНГИТ
С АТИПИЧНО НАЧАЛО (ЛЕНИВ ТУБЕРКУЛОЗЕН
МЕНИНГИТ) ПРИ ДВЕ БОЛНИ

Ч.Дикова, И.Петрова, Н.Никоевски

МБАЛ "Александровска", София, Неврологична клиника

Туберкулозният менингит е заболяване, което изисква възможно най-ранно включване на антитуберкулозна терапия. Това до голяма степен има значение за благоприятния му изход. В литературата, обаче, се съобщават и случаи със започната специфична терапия късно след началото на заболяването.

Представени са два случая с протрахирано /до 6 месеца/ развитие на туберкулозен менингит от първоначал-

ната поява на неврологична симптоматика до манифестирането на синдрома на менингоарадукулерно гразнене, приложението на противотуберкулозна терапия и изход от нея.

Ключови думи: ленив туберкулозен менингит, атипично протичащ туберкулозен менингит, серозен туберкулозен менингит

PI-039

ПАЛИАТИВНИТЕ ГРИЖИ В НЕВРОЛОГИЯТА

И.Миланов¹, Д.Масларов², И.Нусимов³

СБАЛНП "Св. Наум", София¹

Първа МБАЛ, София, Неврологично отделение²

Първа МБАЛ, София, Неврофизиологична лаборатория³

Световната Здравна Организация дава следната дефиниция на палиативните грижи: "Палиативните грижи са активни грижи за пациенти, чието заболяване не се поддават на лечение. Първостепенна роля при тях имат контрола върху болката и други симптоми, както и решаването на психологичните, социалните и религиозни проблеми. Целта на палиативните грижи е да се постигне най-доброто възможно качество на живот за тези болни и техните семейства".

Тази дефиниция позволява да се очертаят основните изисквания към палиативните грижи:

- утвърждаване на живота и отношение към смъртта като нормален процес;
- създаване на система от специални медицински и болногледачески грижи към пациентите с нелечимо заболяване до настъпването на смъртта;
- облекчаване на човешкото страдание, болките и другите тежки симптоми;
- създаване на система, която помага на семейството да се справя с боледуването на болния и тежката загуба на близкия човек;
- интегриране на медицински, социални, психологични и духовни аспекти на грижите за пациентите.

Съвременната медицинска практика разглежда контрола върху боледуването от хронично прогресиращо заболяване като непрекъснат процес, в който се съчетават подходи за каузално и субституиращо лечение с палиативни грижи. Необходимостта от "континуитет на медицинско поведение" е в основата на разработваните съвременни медицински програми за продължително лечение, както и за палиативни грижи.

Въпреки, че палиативните грижи се разглеждат като грижи в хоспис и традиционно се свързват с третирането на пациенти с терминално раково заболяване, трябва да се приеме като основна концепцията за управление на медицинските практики към всеки пациент с прогресиращо нелечимо заболяване.

Палиативната медицина се занимава главно с контрол на симптомите, облекчаване на страданията и подобряване на качество на живота на пациенти с прогресиращи нелечими заболявания. Мъчителните симптоми, като болка, задух, кашлица, повдигане, повръщане, запек, анорексия, както и чувства като страх, гняв, негодувание, безнадеждност, безсилие, самота и изолация, обикновено могат да бъдат облекчени с подходящи фармакологични и нефармакологични средства.

Принципите на съвременната палиативна медицина се прилагат при редица неврологични заболявания: Алцхаймерова деменция и други прогресиращи деменции, латерална амиотрофична склероза, прогресираща множествена склероза, Паркинсонови синдроми, състояния след пълно прекъсване на гръбначния мозък с висока ший-

на локализация, locked-in syndrome, състояния след дифузни исхемични мозъчни инсулти, прогресиращи нервномускулни заболявания.

Много пациенти с прогресиращи неврологични заболявания умират след продължително боледуване, през което неврологът участва като основен или консултиращ лекар. Осигуряването на оптимални палиативни грижи при болните с прогресиращи нелечими неврологични заболявания изисква всички медицински решения да бъдат основани на смислена и реалистична оценка на потенциалните печалби и загуби при прехода от лечебни стратегии към всеобхватни палиативни грижи. Съчетаването на такива трудни реалности зависи както от подготовката и знанията на невролога, така и от неговата честност и състрадателност към пациента и неговите близки. Облекчаването на страданията и намаляване бремето на смъртта са сред най-важните неща, които неврологът може да осигури на своите пациенти с прогресиращи нелечими заболявания.

Развитието на неврологията в България е изправено пред необходимостта от въвеждането на нови знания от сферата на палиативната медицина, които да получат разбиране и да бъдат прилагани от невролозите в ежедневната им работа при пациенти с прогресиращи нелечими неврологични заболявания.

PI-040

ТЕРАПЕВТИЧНО ЛЕКАРСТВЕНО МОНИТОРИРАНЕ
В КЛИНИКАТА ПО НЕВРОЛОГИЯ НА
УНИВЕРСИТЕТСКА АЛЕКСАНДРОВСКА БОЛНИЦА
Р.Калачки, П.Янкова
МБАЛ "Александровска", София, Неврологична клиника

Един от основните инструменти за управление на терапията при епилептично болните е мониторирането на серумните концентрации на медикаментите. Чрез него част от проблемите, свързани с неуспеха на терапията могат да бъдат решени. Терапевтичното лекарство мониториране може да се използва по подходящ начин за планоцен контрол на пристъпите и минимизиране на страничните ефекти, когато серумните нива се разглеждат във връзка със специфичната за всеки пациент фармакокинетика и фармакодинамика.

Използването на серумните концентрации в клиничната практика изисква специфични познания за интерпретацията им. Въпреки че оптималните граници на серумните нива на ПЕС са често цитирани в литературата, нерядко се срещат разлики в терапевтичния отговор при всякакви дози. Най-често това е предизвикано от различия във фармакодинамичния ефект, свързани с възрастта, типа на епилепсия, съпътстващо патологично състояние или медикация.

Анализиран са данните от терапевтичното лекарство мониториране на класическите противоепилептични средства в Клиничната лаборатория на Клиниката по неврология при Университетската Александровска болница. Резултатите са интерпретирани в светлината на клиничната картина, етиологията, синдромологията, тежестта и давността на епилепсията. Обсъдени са случаите, в които терапевтичното лекарство мониториране би могло да допринесе за оптимизирането на лечението на болните с резистентни форми епилепсия.

PI-041

ЛЕЧЕНИЕ НА ТРИГЕМИНАЛНА НЕВРАЛГИЯ
С РК-MERZ

Д.Балдаранов, Р.Йосифова, А.Ночева, Т. Бенчева
У МБАЛ - София, Нервно отделение

Амантадин сулфат /А/ се прилага с успех при лечение на невралгии след херпес зостер. Ние приложихме А при болни с тригеминална невралгия /ТН/ самостоятелно или прибавено към провежданото лечение. Наблюдението е проведено при 6 болни: 4 мъже и 2 жени на средна възраст 60.5+6.6 год. /49г-69г/. От всички болни четири провеждаха лечение с карбамазепинови препарати с различни продължителности, а един с Торатах. При един болен лечението с РК - Merz 2x100 mg започнахме самостоятелно с установяване на заболяването. Болните са проследени в различни срокове - от 4 месеца до една година. Трима от болните са без оплаквания от пристъпно главоболие, двама с подобрение, а при един не се отчете промяна в състоянието. Обсъждат се евентуалните механизми на повлияване на ТН при лечение с РК - Merz.

PI-042

СЪВРЕМЕННИ ТЕРАПЕВТИЧНИ СТРАТЕГИИ
ПРИ ВЕРТЕБРОГЕННИТЕ БОЛКОВИ СИНДРОМИ

В.Мълчанова
МБАЛ "Александровска", София, Неврологична клиника

Болковите синдроми от вертеброгенен произход представляват едни от най-масовите заболявания на съвременния човек. Те се нареждат на трето място след грипа и битовия травматизъм /Попелянски, 1974/ или след главоболието и умората /Kelsy, 1990/. Данните на редица автори /Phaesan, 1974, Nahemson 1976, Berlioz, 1980, Pore, 1992 и др./ сочат, че за тяхната диагностика и лечение се изразходват огромни материални средства, което натовалява икономиките дори и на най-развитите страни в света. С развитието на професии, свързани с новите информационни технологии и компютризацията на човешкото ежедневие безспорно броят на вертеброгенните болкови синдроми ще се увеличи. Широкото им разпространение се дължи още и на една изключително важна тяхна особеност - склонността към рецидиви, свързана с анатомо-функционалните особености на гръбнака и неговите структури. Всичко това налага разработването и прилагането на значително по-ефективни и икономически по-изгодни терапевтични подходи и стратегии. С настоящия доклад се заостря вниманието на специалистите върху прилагането на ефективни и икономически по-изгодни терапевтични схеми при вертеброгенните болкови синдроми, базирани на съвременните концепции относно етиопатогенезата на тези синдроми. На основание на тези концепции и на дългогодишен научен и клиничен опит авторът изтъква, че ефективната и рационална терапия /в това число и хирургическата!/ при вертеброгенните болкови синдроми изисква включването и на елементи на вторична превенция на рецидивите. Адекватната терапия трябва да бъде насочена към онези структури на гръбнака, чиито лезии водят до развитието на асептично възпаление, което е основна причина за всяка болка. Изтъква се значението и мястото на такива лечебни методи, каквито са вертебралните манипулации и екстензиите за повлияване на т.н. "механични" лезии на интервертебралните дискове и стаби, които са основните източници на вертеброгенната болка. Същевременно се подчертава значението на миорелаксантите, чието въздействие при

наличието на болезнена и контрахирана мускулатура не е само симптоматично, а подпомага преодоляването на порочния кръг, особено при съществуването на диско-радикуларен конфликт. Обосновано е своевременното използване /временно и интермитентно/ на ортопедични пособия - лумбостати, колани и яки, успоредно с прилагането на всички останали лечебни методи /медикаментозни и физикални/. Достига се до извода, че адекватно прилагането терапевтични комплекси, целящи въздействие върху етиопатогенетичните фактори и механизми осигурява сигурни и трайни лечебни резултати - без излишна полипрагмазия.

PI-043

ЛЕЧЕНИЕ С CELECOXIB ПРИ ВЕРТЕБРОГЕННИ БОЛКОВИ СИНДРОМИ С ЛУМБАЛНА ЛОКАЛИЗАЦИЯ

В.Мъланова, М.Караджова

МБАЛ "Александровска", София, Неврологична клиника

Celecoxib представлява COX-2 специфичен инхибитор. Противовъзпалителният ефект на НСПВС се обяснява преди всичко с блокиране на COX-2 ензима, докато нежеланите действия се свързват с блокирането на COX-1 ензима. Терапевтичният ефект на НСПВС при вертеброгенните болкови синдроми се дължи на повлияване сълътстващото ги винаги асептично възпаление. Целта на настоящото проучване да се установи терапевтичният ефект на Celecoxib в съчетание с мануална терапия и без такава при вертеброгенни болкови синдроми с лумбална локализация.

Включени са общо 13 болни с лумбални болкови синдроми, от които 9 мъже (69.3%) и 4 жени (30.7%) на средна възраст 50г.10мес. Снежата анамнеза при болните е придружена с оценяване силата на болката (по визуалната аналогова скала) и засягането на ежедневните им дейности (Oswestry disability scale). Комплексното клинично изследване включва оценка на статиката, динамиката на лумбалния отгел на гръбначния стълб, неврологичен статус и специфична мануална сегментарна диагностика на гръбнака. При седем от пациентите е проведено лечение само с Celecoxib, а при другите шест - то е съчетано с вертебрални манипулации.

При пациентите, лекувани с Celecoxib болката е намаляла с 26.7% спрямо изходната стойност (по VAS - с 1.6 от изходна стойност 6 преди лечението) и ограничението в активността с 14.7% (подобрене с 2.7 от 18.4 по ODS). Обемът на движенията се увеличи съответно с 2.4 см. флексията (спрямо 24.5см. до пода преди лечението), 2см. и 1 см. - латерофлексията (спрямо 55.7см. и 55.3см. преди лечението).

При пациентите, лекувани с Celecoxib и вертебрални манипулации подобренето по отношение на болката беше с 50% (с 3.1 при 6.2 преди лечението) и с 32.8% се е подобрила ежедневната им активност (промяна с 6.3 спрямо 19.2 по ODS преди лечението). Обемът на движенията в лумбалния гръбнак се увеличи с 9см -за флексията (37.5см. преди лечението) и 2.5 и 2см.- за латерофлексията (спрямо 51.8см и 50.1 см.). Странични ефекти от Celecoxib не са наблюдавани при пациентите от двете групи.

Съчетаното приложение на Celecoxib с мануална терапия дава сравнително по-добри терапевтични резултати при вертеброгенните болкови синдроми с лумбална локализация, тъй като се въздейства и върху механичните причини, предизвикващи възпалителната реакция.

PI-044

КЛИНИЧНО ПРОУЧВАНЕ НА ЕФЕКТИВНОСТТА НА CELECOXIB ПРИ БОЛНИ С БОЛКИ В КРЪСТА

Д. Богданова, И. Миланов

СБАЛНП "Св. Наум", София, Отделение по клинична неврофизиология

Въведение: Болките в кръста са едно от най-честите оплаквания в неврологичната практика. Ефективни за лечение са нестероидните противвъзпалителни средства, които блокират синтеза на простагландини от арахидоновата киселина, като потискат катализиращия ензим циклооксигеназа (COX) в неговите две изоформи - COX1 и COX2. Лечението е свързано с редица нежелани странични ефекти, дължащи се на инхибицията на COX1. Затова през последните години вниманието на фармакологите е насочено към предимно и селективно инхибиране на COX2 ензима.

Целта на настоящото проучване е да се оцени терапевтичната ефективност на селективния COX2 инхибитор Celecoxib при болни с болка в кръста.

Контигент и методи: В проучването участваха 20 болни с болка в кръста от различен произход - дегенеративен, възпалителен и травматичен. Всички получаваха монотерапия с Celecoxib 200 мг еднократно дневно в продължение на 10 дни. Преди и след провеждане на лечението на всички болни беше проведено пълно неврологично изследване и пресорна алгометрия в точките на палпаторна болезненост на Valleux. Спонтанната болка в покой и при движение беше отчитана с помощта на Визуална аналогова скала. Болката при натиск (kg/cm²) беше измервана с помощта на пресорен алгометър. Резултатите бяха обработени статистически.

Резултати: При всички болни след 10 днешно лечение беше отчетено намаление на спонтанната болка в кръста при покой и движение. Чрез пресорна алгометрия при всички болни се установи обективно намаление на болките при натиск в точките на Valleux.

Значими нежелани странични ефекти от лечението не бяха установени.

Заключение: Селективният COX2 инхибитор Celecoxib е ефективен за лечение на болки в кръста от различен произход при липса на значими нежелани странични ефекти от медикамента.

PI-045

КОМПЛЕКСНИ ФИЗИКАЛНО - ТЕРАПЕВТИЧНИ И РЕХАБИЛИТАЦИОННИ ПРОГРАМИ ПРИ ДИАБЕТНА ПОЛИНЕВРОПАТИЯ

И.Колева

Специализирана болница по физикална терапия и рехабилитация, София

Настоящото съобщение обобщава резултатите от над 10-годишно проучване върху общо 202 болни с диабетна полиневропатия (ДПНП), провеждали курсове физикална терапия и рехабилитация в Неврологичната клиника на СБФТР - Овча купел. Целта ни беше да извършим нозометрична оценка на ефекта от приложението на различни физикално-терапевтични и рехабилитационни комплекси и да изработим алгоритъм за комбинирането на съответните процедури - като се съобразим с клиничния и еволютивен полиморфизъм на заболяването, диабетна полиневропатия (сензорна, сензо-моторна, автономна форма; симетричен или асиметричен вариант; проксимален или дистален тип; лека, средна или тежка степен на изразеност; различия в началото и хода на про-

тичане и т.н.). В зависимост от преобладаването на различните патерни (белези, симптомни и синдромни тежестни определители) на ДПНП и според наблюдаваната от нас ефективност на различните физикално-терапевтични и рехабилитационни методи върху съответните прояви на ДПНП - разработихме няколко комплексни програми, съдържащи: кинезитерапия (аналитична гимнастика, разновидности на масажа), пелюидотерапия (кални апликации, компреси с морска луга), електролечение (лекарствена електрофореза с Новокаин или с Нивалин, нискочестотно импулсно магнитно поле, електростимулации), светлечение, лазертерапия. При съблюдаване на принципите на синергизъм и антагонизъм и при съответно правилно съчетаване на физикална и медикаментозна терапия, както и на различните типове процедури - се обективизират статистически достоверни благоприятни резултати: редукция на възбудната сетивна симптоматика (парестезии, дизестезии, болка), подобряване на хипопалестезията (виброестезиометър на Riedel-Seifert) и на вегето-трофните нарушения (оценка по скалата на Sheraq и чрез лазер-доплерфлуометрия), нарастване силата на паретичните мускули (оценка чрез мануално-мускулно тестване), подобряване на някои електродиагностични белези (обективизиране чрез класическа електродиагностика и електромиография).

Ключови думи: гуабетна полиневропатия, нозометричен анализ, физикална терапия, рехабилитация, кинезитерапия, пелюидотерапия, електродиагностика, електрофореза, електростимулации, лазертерапия

PI-046

ЕФЕКТИВНОСТ НА ФИЗИКАЛНАТА ТЕРАПИЯ
ВЪРХУ БЕЛЕЗИТЕ НА АВТОНОМНА ДИСФУНКЦИЯ
ПРИ ПАЦИЕНТИ СЪС ЗАХАРЕН ДИАБЕТ
И ДИАБЕТНА ПОЛИНЕВРОПАТИЯ
С ДИАБЕТНО СЪПЪЛАЛО

*И.Колева¹, Зл.Стойнева², М.Дикова³, Р.Йошинов⁴
СБФТР, София¹*

*МБАЛ "Св.Ив.Рилски", София, Лаборатория
по невровегетология²*

*МБАЛ "Царица Йоанна", София, Клиника по физикална
терапия и рехабилитация³*

БАН, Лаборатория по телематика⁴

Осъществихме клинично наблюдение и количествена оценка (клинична и инструментална) на ефекта от приложението на комплексен курс физикална терапия и рехабилитация върху белезите на автономна дисфункция при най-често неврологично усложнение на захарния гуабет - гуабетната полиневропатия (ДПНП) с оформено гуабетно съпъвало. Експерименталната група включваше 20 болни с ДПНП (сензо-моторна форма, дистален симетричен тип), с белези на автономна дисфункция и оформено гуабетно съпъвало (I, II и III стадий по скалата на Sheraq), провели 20-дневен курс физикална терапия и рехабилитация в Неврологичната клиника на СБФТР - Овча купел. Приложеният физикално-терапевтичен комплекс включваше: аналитична гимнастика, масажни прийоми, компреси с морска луга, лазертерапия, ниско-честотно импулсно магнитно поле. Пациентите бяха изследвани преди и след лечение - чрез набор от клинични, инструментални вкл. невро-вегетологични и електродиагностични изследвания и измервания. Резултатите бяха обработени чрез софтуерен модул, базиран на нозометричния анализ и SPSS-системата. Обективизирахме статистически достоверни въздействия

на комплексната физикална терапия и рехабилитация: редукция на възбудната сетивна симптоматика (парестезии, дизестезии, болка), подобряване на хипопалестезията (виброестезиометър на Riedel-Seifert) и на дисталните вегето-трофични нарушения (оценка по скалата на Sheraq и чрез лазер-доплерфлуометрия), нарастване силата на паретичните мускули (оценка чрез мануално-мускулно тестване), подобряване на някои електродиагностични белези (обективизиране чрез класическа електродиагностика и електромиография). Препоръчваме добавянето на методите и средствата на физикалната терапия и рехабилитацията към комплексния подход при лечението и профилактиката на усложненията на този тип пациенти.

Ключови думи: гуабетна полиневропатия, физикална терапия и рехабилитация, вегетативна реактивност, автономна дисфункция

PI-047

ПОВЛИЯВАНЕ НА КОГНИТИВНОТО ФУНКЦИОНИРАНЕ НА ПАЦИЕНТИ С ПРОДРОМИ НА ШИЗОФРЕНИЯ СЛЕД ЛЕЧЕНИЕ С RISPOLERT И ПСИХОСОЦИАЛНИ ИНТЕРВЕНЦИИ

*П.Нанева¹, М.Райчева², Г.Петрова³, С.Василев³,
Т.Томов¹*

*МБАЛ "Александровска", София,
Клиника по психиатрия¹*

*МБАЛ "Александровска", София, Неврологична клиника²
Групова психиатрична практика "Аналитика"³*

Обосновка. Активните мерки за минимизиране на когнитивните нарушения и ексекутивния дисконтрол при продроми на шизофрено разстройство имат смисъл само в началото на заболяването (преди разгръщането на първия психотичен епизод, по време на него и в първия междуепизоден интервал). В това отношение не само различните нефармакологични стратегии, но и най-вече специализираните фармакологични стратегии имат диференцирано действие. Когнитивните маркери и ексекутивните функции са чувствителни предиктори за ранна намеса и относително стабилизиране на пациенти с продроми на шизофрено разстройство.

Цел на проучването е да се проследи ефекта на Risperolert в комбинация с психосоциални интервенции върху ексекутивните и когнитивни функции на пациенти с продроми на шизофрения.

Метод. Изследвани са 11 пациенти на възраст от 14 до 23 години, диагностицирани като имащи продроми на шизофрено разстройство. Проведено е лечение с медикамента Risperolert, както и специализирани психосоциални интервенции в продължение на 6 месеца.

Проследено е когнитивното функциониране двукратно - преди и след лечението посредством невропсихологична тестова батерия насочена предимно към ексекутивни функции, работна памет и интелектуално функциониране - Raven's Progressive Matrices, Wisconsin Card Sorting Test (WCST), Trail Making Test A,B (TMT), Stroop Test (C.W.Stroop-Test), вербална флуентност (VFT). Глобалната оценка на функциониране е измерена със скалите GAF-symptoms и GAF-disability (глобална оценка за функциониране - симптоми и инвалидност).

Резултати. Анализирани са няколко показателя на WCST - брой завършени категории, брой персеверации, брой отговори за завършване на първата категория и на първите шест категории, което отразяват процесите на концептуализация и подвижност на когнитивните стратегии. По тези показатели повторното изследване

установява значимо подобрене ($p = 0.003$ до $p = 0.046$). Отчита се и съществено по-високо ниво на интелектуално функциониране след отзвучаване на програмите ($p = 0.006$). Подобрене се отчита и в показателя за устойчивост

към интерференция и ексекутивен контрол Stroop Test ($p = 0.1$). Налице е тенденция за подобро общо ниво на психосоциално функциониране.

РЕЗЮМЕТА ПОСТЕРНИ СЕСИИ ВТОРА ПОСТЕРНА СЕСИЯ

РП-001

ОЦЕНКА НА КАРДИОВАСКУЛАРНАТА АВТОНОМНА РЕАКТИВНОСТ ПРИ БОЛНИ С ДИАБЕТНА ПОЛИНЕВРОПАТИЯ.

*И. Велчева, П. Дамянов, К. Христова, А. Запрянова,
Е. Титянова
СБААНП "Св. Наум", София*

Целта на проучването е да се оценят обективно промените в парасимпатиковите и симпатиковите кардиоваскуларни функции при болни с диабетна полиневропатия.

Изследвани са 10 клинично здрави лица и 10 болни с електромиографски доказана сензомоторна диабетна полиневропатия, лека форма. Прилаган е комплекс от местове за изследване на автономната реактивност. Посредством MP 100 компютризирана система с ЕКГ модул /Вюрас system Inc., САЩ/ са изчислявани промените в сърдечната честота чрез дължината на R-R интервалите на електрокардиограмата. Промените в систолното и диастолното налягане са определяни с неинвазивен монитор за артериално налягане - Colin 7000 /Medical Instruments group, САЩ/.

Установяват се значими различия в пулсовата вариация и в индексите за оценка на автономната реактивност между болните и контролите. Намерени са корелации между клиничните симптоми и изследваните показатели.

Обсъжда се клиничното и прогностично значение на получените резултати при болни с диабетна полиневропатия.

РП-002

ДИАБЕТНА АВТОНОМНА НЕВРОПАТИЯ

*Зл. Стойнева
МБАЛ "Св. Иван Рилски", София*

Автономната нервна система инервира всички органи в човешкия организъм, а диабетната автономна невропатия може да се прояви с дисфункция във всяка част на тялото. Често остава неразпозната не само от пациента, но и от лекаря, поради своето незабелязано начало и пръсната симптоматика от засягането на различни органи и системи.

Настоящата работа обсъжда най-честите клинични прояви на диабетната автономна невропатия и тяхната диференциална диагноза и посочва специализираните методи за оценка на автономната дисфункция.

Автономната невропатия при захарен диабет засяга предимно кардио-циркуляторната, гастро-интестиналната, уро-гениталната система, сугомоториката, адрено-медуларната система и зеничната инервация и реактивност.

Диагностиката на кардиоваскуларната автономна

невропатия включва: изследване на сърдечната честота и нейната вариация; оценка на сърдечната честота при дълбоко дишане с определяне на експираторно-инспираторното отношение между максималните и минималните R-R интервали от ЕКГ запис; анализ на артериалното налягане и сърдечната честота при ортостатизъм и изометрично мускулно съкращение и изчисляване на отношението на 30-ия към 15-ия R-R интервал от мониторирания ЕКГ запис след изправяне; спектрален анализ на много ниско-честотните (симпатикова дисфункция), ниско-честотните (ЛН - симпатикова дисфункция) и високо-честотните компоненти (НФ - парасимпатикова дисфункция) на ЕКГ и оценка на отношението ЛН/НФ (симпатиков дисбаланс); изследване на кожния вазомоторен отговор в крайниците чрез лазер-доплерово мониториране на кожния кръвен ток при функционални тестове на постурална промяна, топлинно или студово въздействие, исхемия, емоционален стрес, ноцицепция и пр. за определяне на кожния микроваскуларен риск от профични промени.

Нормалната сърдечна честота и вариация при дълбоко дишане изключва възможността от еректилна дисфункция вследствие автономна невропатия. Изключително необичайно е и установяването на вторична гастропареза вследствие автономна невропатия при пациент с нормални кардиоваскуларни автономни рефлексии.

Оценката на зеничните отклонения (намален диаметър на адаптираната към тъмнина зеница и нарушения по типа Argyll-Robertson) се извършват предимно в специализирани лаборатории.

Сугомоторни нарушения със зони на симетрична анхидроза и густаторна хиперхидроза се обективират чрез хидродермометрия.

Познанията върху диабетната автономна невропатия и своевременната и профилактика и лечение подобряват прогнозата и ограничават риска от сърдечно-съдови усложнения и невроартропатия на Charcot.

РП-003

ЕЛЕКТРОМИОГРАФСКО ПРОУЧВАНЕ ПРИ ПАЦИЕНТИ С ДИАБЕТ-II ТИП

*С. Новачкова¹, Г. Ончева², Д. Попова³, Д. Атанасова¹,
Н. Мурадян¹*

*МБАЛ " Царица Йоанна", София,
Неврологична клиника¹*

*МБАЛ "Св. Ив. Рилски", София, НО²
МБАЛ "Царица Йоанна ", КТВДЦ³*

Диабетът е най-разпространеното сериозно метаболитно нарушение, което причинява периферно-нервни увреждания. Те се срещат в 50- 70 % от случаите и се проявяват в различен етап от развитието на основното заболяване. Представени са резултатите от изследването на 84 пациента, 39 мъже и 45 жени, с клинично

доказана диагноза Diabetes mellitus II тип. Средната възраст на пациентите е 55,2 години за мъжете и 60,3 години за жените. Изследвани са с повърхностни електроди двигателните влакна на nn fibularis, tibialis, ulnaris и medianus- общо 284 нерва на краката и 227 - на ръцете; сетивните влакна на nn suralis, medianus, ulnaris- общо 219 нерва; Н-рефлексите от m.soleus- общо 82. При 40 пациента (47,6 %) увреждането на периферните нерви беше преценено като дистална симетрична полиневропатия. При 22,6 % електромиографските промени бяха преценени като диабетна множествена мононевропатия. При 9 пациенти се установи периферностволова увреда на отделни нерви - в 7 от случаите - карпал-тунел синдром. При 16 пациенти (19,0 %) намерихме само увреждане на сетивните влакна. Н-рефлексът е патологично променен в почти всички изследвани нерви - значително намалена амплитуда, в повечето случаи и увеличено латентно време. Пациентите са разпределени и според давността на диабета - 1-5 години, 6-10 години и над 10 години, но не установихме съществена зависимост с тежестта на полиневритния синдром.

PII-004

ИЗСЛЕДВАНЕ НА BLINK-REFLEX ПРИ БОЛНИ СЪС ЗАХАРЕН ДИАБЕТ

И. Трайкова, И. Петрова

МБАЛ "Александровска", София, Неврологична клиника

Целта на настоящето проучване е да се изследва влиянието на хипергликемията за възникване на измененията в параметрите /ЛВ/ и blink-reflex..

Важно е да се докаже възможността blink-reflex да се използва като метод за ранна диагностика на краниална невропатия при пациенти със захарен диабет II тип. При 55% от изследваните болни има blink-reflex с удължено ЛВ и R2I и R2C. При R1 няма значителни промени. Промените на R2I и R2C показват връзка с продължителността на заболяването.

Няма връзка между стойностите на R1, R2 и R2C, и възрастта на пациента.

Заклучение: Blink-reflex е метод за ранна диагностика за засягане на краниалните нерви при диабетици, когато все още няма клинични белези на участие на ЦНС.

PII-005

ДИАГНОСТИЦИРАНЕ НА АЛКОХОЛНА ПОЛИНЕВРОПАТИЯ ЧРЕЗ ПАРАМЕТЪРА РЕЗИДУАЛНА ЛАТЕНЦИЯ

А.Александров¹, Н.Самарджиева², А.Христова¹, Д.Козаров¹, Б.Ишијекова³БАН, София, Институт по биофизика¹II МБАЛ - София, Клиника по неврология²МБАЛ "Царица Йоанна", София, Неврологична клиника³

Целта на настоящото изследване е да се определи диагностичната роля на резидуалната латенция (РА) при болни с алкохолна полиневропатия (АПНП). РА по двигателните влакна се изчислява по формулата: $РА = ДЛ - (ДР/СП)$, където ДЛ е дистална латенция, ДР - дистално разстояние и СП е скоростта на провеждане. РА определя провеждането на импулсите по терминалните разклонения на двигателните влакна. Намалването на СП на крайните разклонения на нервите може да бъде прецизирано само чрез параметъра РА. Измерени са амплитудата на М-отговора, СП и ДЛ при следните нерви: medianus, ulnaris, peroneus и tibialis. Използвана е стандартна техника с повърхностни електроди. Изследване-

то е проведено при 40 болни от алкохолна полиневропатия, от които 3 жени на възраст от 50 до 57 г. (средна възраст 53.3 ± 2) и 37 мъже на възраст от 29 до 66 г. (средна възраст 46.5 ± 1.5). Получените резултати при АПНП при двигателните влакна на долните крайници за СП и ДЛ са: {n. fibularis: СП = 39.77 ± 0.71 (m/s) и ДЛ = 6.48 ± 0.19 (ms); n. tibialis: СП = 39.54 ± 0.68 (m/s) и ДЛ = 5.85 ± 0.33 (ms)}, а при горните крайници {n. ulnaris: СП = 48.25 ± 1.13 (m/s) и ДЛ = 4.02 ± 0.15 (ms); n. medianus: СП = 49.47 ± 1.32 (m/s) и ДЛ = 4.85 ± 0.22 (ms)}. Изчислените стойности на РА за съответните нерви при АПНП сравнени с контролната група са: n. fibularis: РА = 4.67 ± 0.18 (ms), здрави: РА = 3.11 ± 0.09 (ms); n. tibialis: РА = 4.07 ± 0.32 (ms), здрави: РА = 3.23 ± 0.05 (ms); n. ulnaris: РА = 2.63 ± 0.15 (ms), здрави: РА = 1.59 ± 0.03 (ms); n. medianus: РА = 3.43 ± 0.19 (ms), здрави: РА = 1.67 ± 0.03 (ms). Получените резултати при АПНП показват изразено намаляване на амплитудата на М-отговора, забавена СП и нормални ДЛ при двигателните влакна на долните и горните крайници. Намалената амплитуда на М-отговора доказва, че АПНП е от аксонален тип. При всички изследвани нерви n.medianus, n.ulnaris, n.peroneus и n.tibialis се наблюдава удължаване на РА спрямо контролната група, което показва, че АПНП е предимно дистален тип.

PII-006

ДИАГНОСТИЧНА СТОЙНОСТ НА БЛОКА НА ПРОВЕЖДАНЕ ПРИ ПАЦИЕНТИ СЪС СИНДРОМ НА ГИЛЕН - БАРЕ

Д.Атанасова, Б.Ишијекова, Н.Мурадян, С.Новачкова, М.Даскалов

МБАЛ "Царица Йоанна", София

Синдромът на Гилен-Баре (СГБ) е имунно-медиуран остър полирадикулоневрит с годишна заболеваемост 1-2/100 хил. население. Сегментната демиелинизация е основният патоморфологичен субстрат на заболяването. Електрофизиологичен критерий за нейното диагностициране е частичният или пълен блок на провеждане (БП) по двигателните и/или сетивни влакна на периферните нерви. Целта на проучването е да се определи диагностичната стойност на БП в ранния стадий на заболяването и динамиката му във времето. Изследвани са общо 16 пациенти със СГБ, от които 13 мъже и 3 жени на средна възраст 51 години (18-67 години). Според електрофизиологични критерии пациентите са разделени в две групи: 1/Група с демиелинизираща форма на заболяването - 10 пациенти и 2/. Група с аксонална увреда и насложена демиелинизираща компонента - 6 пациенти. Електрофизиологичните изследвания при пациентите са проведени от третия ден до първата година след началото на заболяването. Използвани са отвеждащи биполярни повърхностни електроди и супрамаксимална стимулация. Скоростта на провеждане по двигателните влакна и БП са определяни по n.fibularis, n.tibialis, n.ulnaris и n.medianus. Като проксимален блок на провеждане сме прели понижение на амплитудата и площта на негативния пик при проксимална стимулация с $>20\%$ в сравнение с амплитудата и площта на М-отговора при дистална стимулация. При демиелинизиращите варианти на СГБ в ранния стадий на заболяването (до 15 ден) блок на провеждане по двигателните влакна се регистрира в 61% от изследваните нерви. Най-често се установява по n.fibularis, следван от n.tibialis, n.ulnaris и n.medianus. При 47 от изследваните нерви на ръцете и краката е регистриран проксимален БП и от три нерва - дистален

БП (min 20% - max 72%). Максимално спадане на амплитудата на М-отговора (БП) се наблюдава до 30 ден от началото на заболяването (до 87% за n.fibularis) с последващо възстановяване на шестия месец и първата година. В ранния стадий на аксоналните варианти на СГБ с допълнителна демиелинизираща компонента, проксималния БП е представен в по-тежка степен в сравнение с демиелинизиращите варианти. Блокът на провеждане е важен диагностичен критерий за сегментна демиелинизация, често ранно установяване подпомага поставянето на диагнозата при липса на забавена скорост на провеждане и други електрофизиологични критерии за демиелинизация.

РП-007

НАШИЯТ ОПИТ ОТ ЛЕЧЕНИЕ С ИМУНОГЛОБУЛИН ПРИ ДЕЦА СЪС СИНДРОМА НА ГИЛЕН-БАРЕ М.Алексиева¹, Ш.Мехрабян², И.Литвиненко¹, А.Трайков²

СБАЛ по Детски болести, София¹
МБАЛ "Александровска", София,
Неврологична клиника²

Синдромът на Гилен-Баре (СГБ) е остра, потенциално животозастрашаваща, полирадикулоневропатия, с вероятно автоимунна генеза. Клинично се проявява с вяли парези, арефлексия, различни сетивни нарушения и белтъчно-клетъчна дисоциация от ликворното изследване. СГБ често се предхожда от инфекциозни заболявания. Поради потенциална опасност от развитие на остра дихателна недостатъчност, при всяко дете със съмнение за СГБ е задължителна спешна хоспитализация. Ние съобщаваме нашия опит при 3 деца със СГБ, лекувани с интравенозен имуноглобулин.

И трите деца са хоспитализирани в Интензивен сектор на СБАЛДБ след кратко предхождащо боледуване: при едно от тях от варицела, а при другите от респираторна инфекция. Диагнозата СГБ е поставена в клиниката въз основа на данните от клиничното, ЕМГ и ликворно изследвания. Клиничната картина се характеризира с парестезии и болки в долните крайници, в съчетание с прогресивна слабост с хипотония на мускулите, арефлексия, и ЕМГ данни за намалена скорост на провеждане по нервите в долните крайници и сегментна демиелинизация. Данните от ликворното изследване сочат негвусмислено за белтъчно-клетъчна дисоциация, характерна за СГБ. При трите деца се проведе лечение с интравенозен имуноглобулин с доза 400/мг/кг на ден за период от 4 дни. Първите клинични подобрения настъпиха за 48 часа, с подобрение в походката и отчетливо намаление на парестезиите и болките в крайниците. Неврологичният преглед към края на първия месец от началото на заболяването отчита наличие на СНР. Контролните ЕМГ изследвания в края на третия месец, показват нормална скорост на провеждане по изследваните нерви на долните крайници.

Нашият опит от лечение с интравенозен имуноглобулин при деца със СГБ, показва бързо клинично подобрение за 48 часа при липса на странични ефекти. Проследяването на болните деца сочи пълно отзвучаване на клиничните и ЕМГ отклонения в рамките на 3 месеца от началото на заболяването. Нашите резултати са в съгласие с тези на други автори, които съобщават, че ранното приложение на интравенозен имуноглобулин при СГБ намалява интензитета на паретичния период, в сравнение с деца лекувани с кортикостероиди.

РП-008

ХРОНИЧНА ВЪЗПАЛИТЕЛНА ДЕМИЕЛИНИЗИРАЩА ПОЛИНЕВРОПАТИЯ /ХВДП/ С АНАЛИЗ НА 16 СЛУЧАЯ

Н. Никоевски, О. Григорова, И. Петрова, П. Янкова,
В. Михайлова.

МБАЛ "Александровска", София

Етиологичното изясняване на хроничните полиневропатии обикновено е трудно, особено когато не се предприеме ликворно изследване. Установяването на хиперпротеинораксия и хипергаммаглобулиноораксия и ЕМГ данни за демиелинизиращ тип на увреда е основание за поставяне на диагнозата ХВДП и назначаване на съответна имунотерапия. Целта на проучването е да се анализират случаите с ХВДП, хоспитализирани в клиниката през последните 4 години. Проучени са 16 болни, 13 мъже и 3 жени, на възраст от 35 до 77 години. Над 50 години са 10 от пациентите. При 8 от болните първите прояви са след фебрилно състояние, преценено като "вирусна инфекция". При 15 от пациентите парезата започва от долните крайници и прогресира /над 2 месеца/ с обхващане и на горните крайници при 10 болни. Мускулната слабост засяга проксималните и дисталните отдели и само при 4 болни е по-изразена в дисталните части. При болен на 39 год. започва от ръцете и има десцендентен характер. При болен на 48 год. започва като множествена мононевропатия от долните крайници, по-късно се засягат и горните крайници и VI и VII чмн. Само при един пациент на 48 год. заболяването протича тип Лангри с обхващане на булбарните нерви и болният се превежда в интензивен сектор. Дистални сетивни нарушения се откриват при 13 болни. ЕМГ разкрива демиелинизиращ тип на увреда, а при 8 болни - и аксонална увреда. При 15 от болните е налице типичната белтъчно-клетъчна дисоциация.

РП-009

СТРУКТУРНО-КЛИНИЧЕН АНАЛИЗ НА ЧЕРЕПНО-МОЗЪЧНИТЕ МОНОНЕВРИТИ И МОНОНЕВРОПАТИИ

Т. Василева, В. Теменлева, В. Дошева
МБАЛ "Св.Георги", Пловдив

По литературни данни относителният дял на черепномозъчните /ЧМН/ мононеврити и мононевропатии е 15-20% от всички заболявания на периферната нервна система. Изолираното увреждане на ЧМН не застрашава живота на болния, но в случаите със затегнато протичане става причина за временна неработоспособност, създава дискомфорт или предизвиква козметичен дефект.

Цел: След ретроспективен структурно-клиничен анализ на по-важните етиологични фактори, на основните патогенетични механизми и ефекта от проведеното лечение, да се направят някои практически препоръки за диагностиката и терапевтичния подход при болни с черепномозъчни мононевропатии, мононеврити и невралгии.

Обект на проучването са 381 болни със засягане на отделни ЧМН, лекувани в клиниката по нервни болести на УМБАЛ "Св.Георги"-Пловдив за 10 годишен период /1993-2002г/.

Резултати: Със засягане на лицевия нерв са 274 /71,91%/ от болните, 57 /14,96%/ са с увреда на очевидгателните нерви и 50 /13,13%/ - с прояви от страна на тригеминалния нерв. Според установената честота водещо значение за изолираните увреди на ЧМН имат

простудно-възпалителните, съдово-исхемичните и ендокринно обменни фактори. При много висок процент от болните е постигнат благоприятен терапевтичен ефект.

Заклучение: Статистично - значимото доминиране на някои от проучените етиологични фактори и патогенетични механизми при различните мононеврити, мононевропатии и невралгии на ЧМН и отчетения терапевтичен ефект дават основание да се препоръча като основно лечение противовъзпалителното при лицевата пареза, вазоактивното - при очедвигателните нерви и симптоматичното, антинеуралгично при тригеминалната невралгия.

РП-010

НЕВРОПАТИЯ НА ОЧЕДВИГАТЕЛНИТЕ НЕРВИ - ВЪРХУ ЕТИОЛОГИЯТА И КЛИНИЧНАТА КАРТИНА ПРИ 20 СЛУЧАЯ

*О. Григорова, С. Черникова, И. Петрова, В. Михайлова
МБАЛ "Александровка", София*

Появата на диплопия и птоза води до съществен неврологичен дефицит и налага изследвания за установяване на етиологията и предприемане на съответно лечение. МРТ преобладава КТ при диагностицирането на интра- и екстрааксиални неопластични, възпалителни, съдови и други лезии, но понякога е необходимо провеждането на мозъчна ангиография, ЛП и други инвазивни изследвания при невропатия на очедвигателните нерви. Целта на проучването е анализ на случаи с лезия на очедвигателните нерви с оглед характеризирани на етиологията и клиничните особености. Проучени са 20 болни, 11 мъже и 9 жени, на възраст 51-82 години. Най-често е засегнат III чмн /9 болни/, следван от VI чмн /6 болни/, III и VI чмн /3 болни/, IV чмн /1 болни/, III, IV и VI чмн /1 болни/. При 11 болни краниалната невропатия се развива на фона на захарен диабет и след изключване на други причини се приема диагнозата "диабетна краниална невропатия" /ДКН/. При болна на 51 год. има рецидивираща лезия на левия очедвигателен нерв, а при друга болна на 69 години - на десния и по-късно на левия III чмн. При болен на 73 год. се развива двустранна ДКН на VI чмн, при болна на 70 год. - на III, IV и VI ЧМН вляво и при болен на 69 год. - на III вляво и на VI в дясно. При 8 болни се приема исхемична генеза на невропатията предвид наличието на съпътстващи сърдечно-съдови заболявания и след изключване на други причини с КТ, МРТ, ЛП, мозъчна ангиография, ЕМГ за миастенна реакция. Само при един болен на 52 год. се открива интрааксиална лезия - хипердензен фокус съмнителен за каверном в близост до IV вентрикул. При 14 от болните лезията на очедвигателните нерви се предхожда и/или съпровожда от хомолатерално главоболие, най-често в зоната на p.ophthalmicus. При болна на 55 год. лезията на III и VI ЧМН се предшества от ОНМК във ВБС.

РП-011

ЗАКРИТИ ЧЕРЕПНО-МОЗЪЧНИ УВРЕДИ НА ЗРИТЕЛНИТЕ НЕРВИ

*Хр.Цеков¹, С. Черникова², В. Бусарски¹
МБАЛ "Александровска", София,
Клиника по неврохирургия¹*

МБАЛ "Александровска", София, Неврологична клиника²

Обект на проучването са 29 болни с травматична увреда на зрителните нерви, лекувани в Клиниката по неврохирургия при ДУБ "Александровска", за периода 1984-

2002 година. Средната възраст на болните е 31,4 години. При 5 от случаите увредата на зрителните нерви е двустранна. При всички болни са провеждани конвенционални рентгенологични, КТ, а през последните години и ЯМР изследване, евокирани потенциали. Преперативно всички болни са лекувани с кортикостероиди, вазоактивни препарати, витамини. Липсата на заговолителен ефект от консервативното лечение, както и съмненията за компресия на зрителния нерв са основните индикации за провеждане на оперативно лечение. До един месец от травмата са оперирани 18 болни, до 3 месеца - 6, след 3 месеца - 5 болни. Известно подобрение на зрителните функции (до поява на перцепция на светлина) е отчетено при двама от 17-те болни с пълна слепота, при 3 от 7-те болни със зрителна острота под 0,01 е отчетено подобрение със стотни на зрителната острота и при половината от болните със зрителна острота над 0,01 е установено значително подобрение на визуса. По-благоприятна е прогнозата при болни със съхранена частично зрителна острота, липса на атрофия на папилата на зрителния нерв и наличие на отговор при изследване на зрителни евокирани потенциали.

РП-012

ТРИГЕМИНАЛНА НЕВРАЛГИЯ - ЕТИОЛОГИЧНА И КЛИНИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА

*О. Григорова, И. Петрова, В. Михайлова
МБАЛ "Александровска", София, Неврологична клиника*

Тригеминалната невралгия /ТН/ е най-честият тип невралгия и се среща средно 5-15/100 000, особено в напреднала възраст. Появата и в по-млада възраст налага предприемане на изследвания за изключване на туморни, съдови и други структурни лезии. Благодарение на МРТ и мозъчната ангиография в част от случаите на т.нар. идиопатична невралгия се открива съдово-нервен конфликт, който изисква васкуларна декомпресия. Целта на проучването е анализ на клиничните особености и извършените изследвания за етиологично изясняване на ТН при 20 пациенти, лекувани в клиниката през последните 5 години, от тях 12 мъже и 8 жени на възраст 28-77 години. Над 60 години са 10 от болните. Преобладава засягането на десния троичен нерв - 15 болни. Най-често са проявите едновременно от II и III клон /6 болни/ и по-рядко от един клон: II /5 болни/, III /3 болни/, I /3 болни/, трите клона /2 болни/, I и II /1 болни/. При всички пациенти са налице типичните стрелкащи болки, хиперестезия и болезненост в точките на Вале и само при 6 болни се установява хипестезия. Двама болни с дългогодишна идиопатична ТН имат трофични и вазомоторни нарушения с атрофия на гъвкателните мускули. Двама болни постъпват по повод рецидив на ТН независимо от проведената васкуларна декомпресия. Те са с трайна хипо- до анестезия и хипо- до анакузис. Само при 6 от болните се приема диагнозата "идиопатична ТН". При останалите се установяват следните заболявания, които са в причинна връзка с ТН: захарен диабет, мозъчна аневризма, краниален васкулит, синдром на Tolosa-Hunt, флеботромбоза на sinus cavernosus, МС, менингоем, арахноидна киста, невроборелиоза, прекаран хегрес zoster, след зъбна екстракция, системна сензомоторна полиневропатия.

РП-013

НЕВРИТИ НА ЛИЦЕВИЯ НЕРВ В ДЕТСКАТА ВЪЗРАСТ - ЗАБОЛЕВАЕМОСТ, ЕТИОЛОГИЯ, ДИАГНОСТИКА, ТЕРАПЕВТИЧНО ПОВЕДЕНИЕ

*Р.Божилова¹, В.Тергелчева¹, В.Томов¹, Д.Славчев²,
В.Божинова¹**СБААНП "Св.Наум", София,
Детска неврологична клиника¹**ГМБАА - София, Рентгенологично отделение²*

Невритите на лицевия нерв са най-честите моноврити в детската възраст, причинени от съчетание на различни вирусни инфекции, простудни фактори и анатомично стеснен Фалопиев канал.

Цел на изследването е анализирани на заболяемостта на невритите на лицевия нерв в детската възраст според обращаемостта към Детска неврологична клиника - УС-БААНП "Св.Наум" - София, етиологията, диагностично-терапевтичните подходи и резултатите от лечението.

Клиничен контингент: 37 деца с неврит на лицевия нерв, диагностицирани и лекувани в ДНК за 5 годишен период, на които са осъществени неврологични отоневрологични, УНГ изследвания, рентгенографии по Стенверс, томографии на петро-мастоидната област (16), ЕМГ изследвания (18).

Резултати: Разпределението на заболяемостта от неврит на лицевия нерв е съответно: през 1999 година - 10 деца, през 2000 година - 2 деца, през 2001 година - 5 деца, през 2002 година - 15 деца, през 2003 година - 5 деца. Вирусна етиология е установена при 13 деца (35%), невроборелиоза - при 1, простудни фактори при 14 (38%). Рецидивиращ неврит на лицевия нерв се установява при 8 деца (22%), при 4 (50%) от които е доказано стеснение на Фалопиевия канал; с протрахирано протичане на неврита са били 6 деца, при 50% от които също се визуализира стеснение на Фалопиевия канал. Бързо обратно развитие на симптоматиката е наблюдавано при 9 деца (24%), възстановяване в рамките на 30 дни - при 19 деца (51%) и протрахирано развитие - при 9 деца (24%), 3 от които с рецидивиращ ход. Развитие на патологични синкинезии са наблюдавани при 7 деца (19%). Медикаментозното лечение включва комплекс от дехидратация с Mannitol 10% 1 g/kg в продължение на 6 дни, нестероидни противовъзпалителни средства при всички; витамини от група В (35), пентоксифилин (30); антибиотици (16), нивалин (14), кортикостероиди (10). Физиотерапия е осъществена при 28 деца. Оперирани са 6 деца с последващо добро обратно възстановяване на функциите на мимическата мускулатура.

В заключение: Томографските изследване на морфологията на петро-мастоидната област са от съществено значение при децата с протрахиран ход или рецидивиращо протичане на неврита на лицевия нерв. Ранното комплексно лечение с дехидратиращи, нестероидни противовъзпалителни и вазоактивни медикаменти е свързано с благоприятен изход, а при протрахирано протичане са необходими курсове с кортикостероиди и нивалин.

РП-014

РЕФЛЕКСНА СИМПАТИКОВА ДИСТРОФИЯ - ДИАГНОСТИЧНИ КРИТЕРИИ

*Зл.Стойнева¹, В.Боснев²
МБАА "Св.Иван Рилски", София¹
АЕС АМФ²*

Целта е да се разгледат съвременни възгледи и диагностични критерии относно синдрома на рефлексна сим-

патикова дистрофия, описван в литературата като алгодистрофия, дистрофия на Sudeck, рамо-ръка синдром, ангиотрофоневроза, ангионевроза, транзиторна остеопороза, симпаталгия, каузалгия, а през последните години като комплексен регионален болков синдром-1 от Международната асоциация за изучаване на болката. Проявява се със сетивни нарушения - дифузна болка и гизестезии, които не обхващат зоната на един определен периферен нерв, микроциркулаторни разстройства с промени в цвета на кожата (еритема, цианоза, еритроцианоза) и/или едем, автономни судомоторни, терморегулаторни, невровакуларни и дистрофични промени в повърхностните и дълбоките тъкани и двигателни симптоми, локализиращи обикновено в един от крайниците.

Обичайни етиологични фактори са предхождаща травма, навяхване, пренапрежение, хирургична интервенция, фрактура, контузия, но са възможни и други причини.

Обсъждат се различни патофизиологични механизми като симпатикова адренергична вазоконстрикторна, холинергична судомоторна и адренергична пилomotorна дисфункция, периферна и централна неврална дисфункция, невrogenно възпаление, медирано от субстанция Р и други невротептиди, генетична предиспозиция с по-висока честота на антигена HLA-DQ1.

Съществени за диагнозата са:

- предхождаща нокса или инактивитет;
- продължителна болка, алодиния или хипералгезия, непропорционални на причината;
- оток по време на някоя от фазите на развитието на заболяването;
- промени в кожния кръвен ток или абнормна судомоторна активност в болковия участък;
- дистрофични нарушения на косми, нокти или други меки тъкани;
- нарушена подвижност на ставите;
- нарушена двигателна функция, проявена като слабост, тремор или дистония.

Електромиографията допринася за диференциране на ранните фази на комплексния регионален болков синдром тип 1 от тип 2. Чрез инфрачервена или течнокристална термография или термисторна термометрия се доказват нарушения в кожната температура с асиметрия и хипертермия или хипотермия и висок температурен градиент спрямо околните тъкани над 30С, които се приемат като достоверен дискриминант. Лазер-доплеровата флоуметрия установява промените в кожния кръвен ток и вазомоторната активност при топлинно и студово въздействие, постурална промяна и реактивна хиперемия. Количественият судомоторен аксон-рефлексен тест доказва абнормна потносекреторна функция на симпатиковите окончания.

Диагнозата се основава на клиничната картина с наличие на болка или автономна дисфункция с внимателно извършени и интерпретирани тестове. Ранната диагноза на симпатиково обусловената болка и своевременното лечение предотвратяват хронифицирането на болестния процес. Персистиращите симптоми, дистрофичните промени и първично "студения" тип синдром на рефлексна симпатикова дистрофия са с по-лоша прогноза. Своевременният мултимодален терапевтичен подход подобрява прогнозата.

РП-015
ДИСТАЛНА АВТОНОМНА НЕВРОПАТИЯ

*Зл. Стойнева¹, В. Боснев², Б. Милева³
МБАЛ "Св. Иван Рилски", София¹
АЕС АМН²
НЕЛК³*

Целта е да се представят съвременните аспекти на патогенезата, диагнозата и трудово-лекарската експертиза на дисталната автономна невропатия (вегетативната полиневропатия) на горните крайници от динамично пренапрежение и микротравматизация, въздействие на преохлаждащ микроклимат, токсични нокс и други вредни фактори на работната среда.

Продължителните системни натоварвания на мускулно-сухожилните, ставните, перифернонервните и микроциркулаторните структури, без достатъчни интервали за възстановяване, водят до промени в тъканния метаболизъм и биохимия, в клетъчните медиатори и взаимодействия, предизвикват хипоксия и оксидативен стрес. Нарушава се функционалното равновесие между ендotelно-зависимите и ендotelно-независимите констрикторни и дилататорни фактори, което допринася за микроциркулаторните разстройства и нарушението тъканно хранене. Статичното пренапрежение, нерационалната организация на производствения процес, ергономичните неблагоприятия са допълнителни рискови фактори.

Дисталната автономна невропатия се проявява с регионален болев синдром в акралните части на горните крайници, терморегулаторни, диафорезни, невровакуларни, микроциркулаторни, пермеабилитетни и невродистрофични нарушения.

Чрез капилароскопия се установяват микроциркулаторните и пермеабилитетните нарушения в нутриционните кожни съдове. Термисторната термометрия и инфрачервената или течено-кристалната термография доказват дистална хипертермия на горните крайници в началните стадии и хипотермия при прогресиране на патологичния процес. Лазер-доплеровата флоуметрия установява повишена перфузия в началните фази с намален терморегулаторно обусловен микровакуларен дилататорен капацитет при топлинно въздействие и повишен ендotelно-зависим капацитет при постисхемичния хиперемичен отговор. В напредналите фази на заболяването кожният кръвен ток се понижава, вазомоторната активност намалява, снижава се максималният микровакуларен дилататорен капацитет при топлинно въздействие, редуцира се постисхемичният хиперемичен отговор и вено-артериоларният постурален симпатиков аксон-рефлексен кожен отговор. Функционалните автономни вазомоторни тестове - студов, топлинен, на реактивна хиперемия, позиционен вено-артериоларен, допринасят за изясняване на невровакуларните нарушения и за оценка на кожните вазомоторни дисфункции с участието на симпатикови и холинергични нерви, ендotelно-произхождащи и неендotelно-произхождащи вазоактивни вещества, перифернонервни окончания. Дисталната доплерова сонография обективизира повишено периферно съдово съпротивление в дигиталните артерии на ръцете в изразените стадии. Чрез хидродермометрия се доказва абнормна судомоторна функция на симпатиковите окончания.

Обсъждат се промените в нормативната уредба относно начина за регламентиране на характера на заболяването и трудово-лекарската експертиза. Ранната диагностика в специализираните лаборатории за изследва-

не на автономната нервна система и своевременното адекватно терапевтично поведение предотвратяват инвалидизирането на пациента.

РП-016
THE SIGNIFICANCE OF F WAVE FOR THE EARLY DETECTION OF UREMIC NEUROPATHY IN PATIENTS ON LONG-TERM HEMODIALYSIS

*P. Risteski, M. Petkovski, Lj. Dimitrovski.
Military Hospital Skopje, Macedonia, Department of Neurology and Psychiatry*

Background and aim: Uremic neuropathy represents a reversible, generalized dysfunction of the peripheral nerves, which results from uremic intoxication, and is regarded as an important indicator of insufficient dialysis treatment. The aim of this clinical study was to determine the sensitivity of the F wave, compared to conventional neurophysiological assessments, for the early detection and evaluation of uremic neuropathy.

Material and methods: We compared 20 patients on long-term hemodialysis with 20 healthy controls. In both groups we estimated the values of motor nerve conduction velocity (MNCV) and sensory nerve conduction velocity (SNCV), using conventional EMNG. Both groups were additionally compared for the values of the F wave for n. ulnaris.

Results: Patients on long-term hemodialysis had slower MNCV and SNCV in 25-66,7% of cases. On the other hand, prolongation of the conduction velocity of the F wave was found in all 20 patients (100%), with the value of 59,9 m/s \pm 2,1. This represented a significant difference versus the healthy controls (52,1 m/s \pm 1,8, p<0.05).

Conclusion: Our results show that F wave is a simple and sensitive neurophysiological method for the early detection and evaluation of uremic neuropathy, even before the occurrence of clinical symptoms and deterioration of the sensorimotor nerve conduction velocity.

РП-017
АВТОЗОМНО - ДОМИНАТНА НЕВРОПАТИЯ С МЕЖДИННИ СКОРОСТИ НА ПРОВЕЖДАНЕ ПРИ БЪЛГАРСКА ФАМИЛИЯ

*В. Гергелчева¹, И. Търнев¹, Б. Илиекова¹, И. Литвиненко², Б. Цанков¹, Н. Иванова³, И. Кременски³, А. Йорданова³
Катедра по неврология, МУ - София¹
Катедра по педиатрия, МУ - София²
СБАЛАГ "Майчин дом", София, Лаборатория по молекулярна патология³*

Наследствената моторно-сетивна невропатия /НМСН/ е най-честото наследствено заболяване на периферната нервна система. Фенотипът на НМСН се състои от моторна и сетивна невропатия при отсъствие на друго системно нарушение и без установена придобита причина. Автозомно-доминантните форми се подразделят според скоростите на провеждане /СП/ на НМСН1 с ниски СП - демиелинизиращи и НМСН2 с нормални или близки до нормалните СП - аксонални. НМСН показват широка генетична хетерогенност. Досега са съобщени мутации в над 12 гена. Наличието на фамилии с междинни СП поставя предизвикателство пред съвременната класификация на НМСН. Наскоро бяха описани 2 фамилии с междинни СП и скачени с два отделни локуса - 10q24.1-q25.1 и 19p12-p13.2.

Представяме клиничните и неврофизиологичните данни при едно българско родословие от 20 болни с междинни скорости на провеждане и изключена скаченост с

известни локуси и гени. Родословието обхваща болни от 6 поколения, 10 жени и 10 мъже с възраст на изследване от 22 години до 90 години. Възрастта на начало на заболяването варира от 7 до 59 години. При всички болни се установява моторно-сетивна невропатия с преваляване на моторните симптоми и засягане повече на долни крайници. СП по двигателните влакна на n. medianus са в диапазона от 33 m/s до нормални. Сетивни потенциали /СНАП/ от горни крайници се отвеждат и при най-възрастните пациенти. Налице са някои полови различия в клиничните и неврофизиологични промени с по-леко засягане на жените. В ход е молекулярно-генетичния анализ за скаченост на представената фамилия, което ще доведе до идентифицирането на нов локус за интермедиерен тип полиневропатия.

PII-018

ДВЕ АВТОЗОМНО - РЕЦЕСИВНИ ДЕМИЕЛИНИЗИРАЩИ НЕВРОПАТИИ: КЛИНИЧНИ И ЕЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧНИ ПРОМЕНИ В ДЕТСКА ВЪЗРАСТ

*В.Гергелчева¹, И.Търнев¹, Б.Илиева¹, Ю.Петрова¹,
И.Литвиненко², А.Шмаров¹, Р.Русев³, В.Божинова¹,
А.Белопитова¹ и А.Калайджиева⁴*

Катедра по неврология¹; Катедра по педиатрия², МУ-София; Катедра по неврология³, МУ-Плевен; Едит Коуан Университет, Пърт, Австралия⁴.

Автозомно-рецесивните /АР/ демиелинизиращи наследствени моторно-сетивни невропатии /НМСН/ най-често се определят като НМСН тип 4. Засегнатите индивиди притежават типичен фенотип с дистална мускулна слабост и атрофия, сетивни нарушения и често - деформитети на стъпалата. Установено е, че АР НМСН са с по-тежко протичане и по-ниски скорости на провеждане /СП/ от автозомно-доминантните НМСН 1 демиелинизиращи форми. До сега са известни 8 отделни локуса и 5 гена при АР НМСН.

В последните няколко години бяха идентифицирани две АР демиелинизиращи НМСН сред българските роми - НМСН тип Лом /НМСНЛ/ и НМСН тип Русе /НМСНР/. И двете форми невропатии са с начало в детска възраст, като при НМСН тип Лом протичането обикновено е по-тежко - с по-ранно начало, по-бърза прогресия, по-ниски скорости на провеждане и засягане и на слуха в трето десетилетие. При НМСН тип Лом се установени мутация в NDRG1 гена върху 8q24. НМСН тип Русе е картирана върху 10q23, мутацията е в процес на идентификация.

Представяме клиничните и електрофизиологични данни при 13 пациенти на възраст до 16 години, 11 пациенти с НМСНЛ и 2 деца с НМСНР. При всички деца с НМСНЛ началото е ранно - от 2 до 8 год. възраст, след 7 г. се установява тежка дистална мускулна слабост, при всички са налице сетивни нарушения и деформитети на стъпалата с изключение на най-младите, м.с.СЕП при всички изследвани са абнормни. СП от долен крайник намаляват с възрастта от 34 до 10 m/s, а в горен крайник - от 30.6 до 4.3 m/s. При всички изследвани деца над 4.5 г. сетивни потенциали /СНАП/ не се отвеждат. С НМСНР са изследвани две деца на възраст 5 и 9 г. Възрастта на начало е съответно 5 и 7 г., тежка дистална мускулна слабост в краката и сетивни нарушения се установиха при пациента на 9 год., деформитети на стъпалата - и при двамата. СП в долни крайници са от 33 до 22 m/s, а в горни - от 38 до 26 m/s, като при пациента на 9 г. след три години СП в долен крайник не се отвеждат, а в горен крайник СП са снижени с 8-10 m/s.

Описанието на случаи с АР невропатии в детска възраст допринася за изясняване експресията на заболяването в зависимост от възрастта, неговия дебют и прогресия. Изясняването на клиничните и неврофизиологични различия при двете АР невропатии, установени в България, позволява още клинично разграничаване, правилно насочване за генетично верифициране и при желане - профилактика с пренатална диагностика.

PII-019

УВРЕЖДАНЕ НА ПЕРИФЕРНАТА НЕРВНА СИСТЕМА ПРИ ЛАЙМСКА БОЛЕСТ

*В. Дренски, Св. Генева, А. Капрелян, М. Петкова,
М. Терзиева*

СБААНП "Св.Наум", София

Лаймската болест е полиморфно, мултисистемно инфекциозно заболяване, причинено от *Borrelia burgdorferi*, което се предава при ухапване от кърлежи-преносители. Засягането на периферната нервна система е типично за втория и третия стадий на инфекцията. Авторите описват четири болни, от които 2 жени и 2 мъже, пролежали в стационара на I Неврологична клиника, МБАЛ "Св.Марина" - Варна, от 2001 до 2003 година. Диагноза на Невроборелиоза е поставена по клинични, ЕМГ и лабораторни серологични изследвания, като е използван методът ELISA. При описаните болни е установена в различна степен увреда на периферната нервна система. Наблюдавани са краниални невропатии които се появяват 3 седмици след манифестиране на еритема мигранс. Засегнати са III, IV и VI ЧМН. При описаните пациенти клиничният преглед доказва двигателни и сетивни нарушения, съчетани с дистални парестезии и загуба на вибрационен усет. ЕМГ промени са по типа на сегментна демиелинизация и аксонална дегенерация. Предвид многообразието на периферно-нервната патология при лаймска болест се прави широка диференциална диагноза със следните заболявания: ретробулбарен неврит, парализа на Бел, атипична лицева болка, тригеминална невралгия, фибромускулна дисплазия, синдром на хронична умора и радикулоневропатии с друга етиология.

PII-020

ПРОФЕСИОНАЛНО ОБУСЛОВЕНИ ПЕРИФЕРНО-НЕРВНИ УВРЕЖДЕНИЯ

В.Костова

МБАЛ "Св.Ив.Рилски", София, ОПНБОИ

Периферно-нервните увреждания в горните крайници, тяхната диагностична експертиза и лечение са едни от най-значимите проблеми на професионалната неврология през последните години. Редица периферно-нервни увреждания могат да се обуславят от производствени рискови фактори - стереотипни движения на ръцете, системно статично пренапрежение, тежък физически труд и значително динамично натоварване, вибрации, ниски температури, токсични нокс и други. Поради мултифакторната генеза на периферно-нервните болести обаче е трудно да се оцени етиологичният дял на производствените рискове за развитието им.

Професионалните периферно-нервни увреждания могат да се класифицират по йерархичен принцип според медицинската диагноза, определяща нервните структури, ангажирани в патологичния процес. Друг принцип на класифициране се основава на етиологичните производствени рискове - професионални периферно-нервни болес-

ми, предизвикани от физични фактори, химични нокси, бактериални агенти, прах и пренапрежение.

Класификацията на професионалните перифернонервни увреждания се развива главно поради необходимост от: динамично наблюдение и профилактика на такива случаи; съобщаването и регистрирането им за нуждите на инспекциите по труда и за осъществяване на осигурителните компенсации.

Направен е опит за обединяване на двата принципа на класифициране на професионалните перифернонервни увреждания, като са спазени препоръките на СЗО за обособяване на групи: професионална болест - причиняващ производствен агент/рисков фактор - рискови професии/производства (в които се наблюдава увреждането).

Диагнозата на професионалните перифернонервни увреждания се разглежда на 2 нива:

изграждане на клиничната (медицинска) диагноза - чрез използване на общоприети и рутинни методи и методики на неврологията

оформяне на етиологичната диагноза - чрез анализ на клиничната симптоматика, данните за експозицията на производствени рискове и комбинацията между тях и на специфичните критерии за професионална обусловеност.

При приемането или отхвърлянето на професионален характер на перифернонервните увреждания трябва да се спазва съответната наредба, приета с Постановление на МС - 79/29.03.2001, както и изискването обсъжданата нозологична единица да фигурира в Списъка на професионалните болести (ПМС - 80/29.03.2001).

Изграждането на акуратна диагноза на професионалните перифернонервни болести определя правилния терапевтичен подход в тези случаи:

1/ етиологично лечение - прекратяване на контакта с причиняващите фактори и агенти от работното място (според степента и формата на увреждането) чрез определяне на:

временно трудоустрояване на работа без неблагоприятните производствени рискове

временна неработоспособност

трайно намалена работоспособност

2/ патогенетично и симптоматично лечение - насочено към етиопатогенетичните механизми и/или към повлияване на симптомите на болестта.

PII-021

THORACIC OUTLET SYNDROMA (CASE REPORT)

S.Radulovik-Bekarovska¹, R.Ljapchev¹, N.Baneva¹,

N.Bekarovski²

Clinic Center Skopje, Macedonia Clinic for Neurology¹

Clinic Center Skopje, Macedonia Clinic of Urgent Internal Medicine²

Introduction: Thoracic Outlet Syndrome (TOS) is due to compression of brachial plexus elements or subclavian vessels in their passage from the cervical to the subclavia area. TOS is controversial syndrome in regard to its incidence, diagnostic criteria and treatment. Unless there is significant motor deficit or subclavian artery compression, the treatment should be conservative as long as possible.

Aim of the study is to show a rare case of TOS affecting a very young female.

Case report: 19 years old female was admitted at the Clinic of Urgent Internal Medicine in Clinic Center Skopje, because of severe pain and bluish right hand. After urgent laboratory findings and analgesic treatment, she was transferred to the

Clinic for Neurology. Urgent neurological examination showed: severe pain in right hand especially in ulna I an innervations area, sensitive deficit in the same innervations area, mild atrophy of small muscles of hypothenar and m.m.interosseous. Addson test was positive. Anamnestic examination showed that pain and bluish hand rises to a power when the hand is burdened. Pain with rising intensity exists more than two years, and was treated by family physician only with analgetics. In the next few days, several examinations, as RTG on shoulder, color Doppler sonography, electromyography, arteriography, SEP, were done, and a final diagnosis of lesion of C8 and Th1 and partial occlusion of a.subclavia I.dex were founded. The patient was transferred to Thoracovascular surgery.

Conclusion: this case shows that TOS can develop even in teen ages.

PII-022

КОМПРЕСИОННИ МОНОНЕВРОПАТИИ В ГОРНИТЕ КРАЙНИЦИ С ПРОФЕСИОНАЛЕН ХАРАКТЕР - КЛИНИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА И ЕТИОЛОГИЧНА ДИАГНОЗА

А.Накова¹, В.Костова¹, Г.Ончева²

МБАЛ "Св.Ив.Рилски", София, ОПНБОИ¹

МБАЛ "Св.Ив.Рилски", София, ДКБ²

Компресионните невропатии възникват в резултат на локално увреждане на двигателната и/или сетивната функция на периферния нерв, предизвикано от константно притискане. Тези мононевропатии могат да се развият във всяка точка на нерва, но обикновено поради анатомични особености съществуват уязвими места. Причините за развитието на компресионните невропатии са разнообразни: вродени аномалии, посттравматични тъкани и тъканни реакции (калус), тумори, възпаление на нерва и околните тъкани, хеморагии, наследствени и дегенеративни процеси, обменно-метаболични нарушения, амилоидоза и други. Определено значение в генезата на компресионните невропатии имат и производствените рискови фактори. Професионално обусловените компресионни невропатии са тези перифернонервни увреждания, при които производствените рискове предизвикват постепенно механично нервно увреждане и са основният етиологичен момент за развитието им. Целта на проучването е да се направи ретроспективен анализ на клиничните особености и оценка на етиологичната диагноза на професионалните компресионни мононевропатии при болни, хоспитализирани в Неврологично отделение за период от 3 години.

Обект на проучването са 43 болни, стационарни по повод оплаквания от страна на горните крайници в неврологично отделение на МБАЛ "Св.Ив.Рилски" в периода 2000 - 2002 г., на възраст от 35 до 58 години, 19 мъже и 25 жени. Използвани са общоприетите методи за поставяне на медицинската диагноза - компресионна невропатия: насочена анамнеза, неврологичен статус, биохимични изследвания, рентгенографи на шийни прешлени, ЕМГ и ЕНМГ, при необходимост КТ на шийния отдел на гръбначния стълб (за нуждите на диференциалната диагноза). Поставени са следните медицински диагнози: невропатия на н. medianus при синдром на карпалния канал - при 29 души; невропатия на н. ulnaris при синдром на кубиталния канал - при 12 болни; невропатия на н. ulnaris при синдром на Guyon - у 2 души. При 1 болен се доказва едновременно увреждане на 2 различни нерва - н. ulnaris и н. medianus, а при друг пациент - комбинирана лезия на един и същ нерв при компресия на различни нива (притис-

кане на п. ulnaris в областта на лакътя и на китката). Представят се и два случая на компресионни мононевропатии в горните крайници, демонстриращи проблемите в интерпретацията на клиничните данни и при оформяне на етиологичната диагноза. При изследвания контингент компресионните невропатии в горните крайници са наблюдавани най-често при следните професии: саяджийки, механошлосери в лаярски цех, тъкачки, шофьори на тежкотоварни машини, шивачки на електрически машини, монитоработници, автобояджии. Анализът на професионалните дейности очертава основните производствени рискове, очертаващи взаимовръзка с установените перифернонервни увреждания - повтарящи се, многобройни движения или извиване и усукване на ръцете, китките и пръстите; системен натиск или усилена флексия на пръстите, свързани с наложен ритъм или значително усилие; системна хронична микротравматизация или повтарящи се движения на флексия и екстензия в лакътя, принудителна работна поза с притискане в кубиталната област, вибрации, студово въздействие и други.

Дискутира се значението на получените резултати за изграждане на етиологичната диагноза на компресионните мононевропатии в горните крайници, както и за целите на медицинската профилактика.

РП-023

КОМПРЕСИОННО-ИСХЕМИЧНИ НЕВРОПАТИИ - ПРИНЦИПИ НА ДИФЕРЕНЦИАЛНАТА ДИАГНОСТИКА

*Д. Масларов, И. Нисимов.
Първа МБАЛ - София*

Диференциалната диагноза на компресионно-исхемичните невропатии изисква целенасочено търсене и откриване на определени симптоми, както такива характерни за всяка периферна невропатия, така и специфични в зависимост от локализацията на компресията на определен нерв.

Първият въпрос е дали пациентът действително има мононевропатия. Причина за локална слабост могат да бъдат заболяване на моторния неврон, заболяване на нервно-мускулното предаване или миопатия. Миелопатия, сирингомиелия, табес дорзалис и не на последно място конверсионни прояви могат да се представят със симптомите на някои компресионно-исхемични невропатии.

Следва обсъждане на диференциално-диагностичните възможности, чрез насочено търсене на прояви на общи и/или локални фактори и заболявания: ендокринни (захарен диабет, акромегалия), инфекциозни, алкохолна болест, полава принадлежност и др. Необходимо е проследяване на професионални и битови рискови фактори, предиспозиращи към хронична микротравматизация на определен участък на периферен нерв.

По начина на възникване компресионно-исхемичните невропатии в повечето случаи се причисляват към мононевропатиите с бързо начало. В тези случаи трябва да се имат пред вид в ДД план: ревматоиден артрит, краиални невропатии и диабетна амиотрофия при захарен диабет, ногозен периартериит, компресия на нерва от притискаща хеморазична колекция извън характерните зони (тунели), пенетриращи рани и не на последно място увреда на ствола на нерва от инжектиране на лечебно средство или термално въздействие.

Общото физикално и неврологичното изследване не винаги могат да доведат до дефинитивно разграничава-

не на някои типове невропатии от тези с компресионно-исхемична генеза. Неврологичното изследване в началната фаза на болестта не винаги позволява да се установят типичните за поражението на нервния ствол септивни, двигателни, трофични и вегетативни разстройства. В тези случаи трябва да се приложат провокационни тестове, предизвикващи локална хипоперфузия. Към тези специфични тестове се причисляват тестът на Тунел-Голдбърг, тестът за компресия на нерва в "областта на капана" с пръст, турникетен и елевационен тест, тестове за форсирани и максимални по обем движения и др.

Парестезиите и болките са с характерна динамика в различните стадии на заболяването, отпадните сетивни и двигателни симптоми са в съответната зона на инервация на нерва дистално от компресията, докато от вегетативните симптоми най-често се срещат възникването на отоци и променена потна секреция.

Електромиографското изследване е основен етап в диагностичната стратегия при компресионните невропатии, което потвърждава наличието на характерния за тези невропатии "блок в провеждането в областта на тунела" и дава информация за вида, патофизиологията и степента на засягане на периферния нерв.

Поставянето на точна клинична диагноза на компресионна невропатия в ежедневната практика е в право пропорционална зависимост от степента на познание на отделните специфични симптоми при тази група заболявания.

Опитът показва, че само последователна диагностична стратегия, базирана на неврологични доказателства, прилагана при болните с компресионна невропатия позволява правилно и своевременно да се определи локализацията на компресията, да се оцени нейната тежест, както и особеностите в патогенезата и протичането във всеки отделен случай.

РП-024

КОМПРЕСИОННО-ИСХЕМИЧНИ НЕВРОПАТИИ - КЛАСИФИКАЦИОННИ ПОДХОДИ И ПРИНЦИПИ НА ЛЕЧЕНИЕ

*Д. Масларов, И. Нисимов.
Първа МБАЛ, София*

Компресионно-исхемичните невропатии представляват група синдроми, включващи неинфекциозни заболявания на стволите на периферните нерви, обединени на основата на един от главните патогенетични фактори - локална компресия на определен участък от нерва. Такава компресия е възможна най-често на места, където стволът на нерва преминава през естествени морфологични образувания: цепнатини, отвори, канали или тунели. В тези своеобразни "капани" под влияние на различни динамични и статични фактори, водещи до притискане на нервния ствол, настъпва кратковременно остро или продължително исхемизиране на нерва.

Създадени са различни класификации, базирани на определени признаци: честота на срещане на синдром (чести и редки), топографско-анатомична (черепно-мозъчни нерви, на шията и раменния пояс, на ръката, на тазовия пояс и крака) и др. Много варианти са описани в литературата с епоними (името на автора, първи описал съответния синдром), други носят името на тунела, отвора, връзката, преградата или мускула, покрай който или през който преминава нерва и т.н. Съществува необходимост от единна клинична класификация на компресионно-исхемичните невропатии за целите на

неврологичната практика.

Методите на лечение най-общо могат да се разделят на консервативни и хирургични. При случаите с лекостепенна компресия на нервния ствол, изразяваща се в запазена моторна функция и ниска степен на болката и парестезиите, потвърдени от електромиографското изследване, лечението започва със стандартни дози нестероидни противовъзпалителни средства, кортикостероиди (локални инжекции в областта на "капана" или мехлеми, локално въведени с фонофореза), също така могат да се прилагат и диуретици при определени случаи. При някои компресионни синдроми фиксирането на крайника в определена позиция и имобилизацията само по време на сън или за по-дълъг период от време е от решаващо значение и необходимо условие за благоприятно протичане. Съществено място в консервативното лечение намират физиотерапевтичните процедури: ултразвук, йонофореза, фонофореза, миорелаксиращ масаж и др.

Когато симптомите са тежки, не се повлияват от консервативното лечение и има електромиографски данни, показващи сигнификантна прогресираща компресия, се пристъпва към хирургично лечение. Оперативните техники са различни в зависимост от локализацията, но основно цялостна декомпресия на нерва в стенолитичния участък. Повечето от операциите са представителни на "еднодневната хирургия", което още веднъж показва необходимостта от навременното им прилагане.

РП-025

АВТОНОМНИТЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ СИНДРОМ НА КАРПАЛНИЯ ТУНЕЛ

*П.Атанасова¹, А.Атанасов², Н.Чалъкова¹
МУ, Пловдив, Катедра по неврология¹*

МУ, Пловдив, Катедра по ортопедия и травматология²

Автономната дисфункция на ръката при пациенти със синдром на карпалния тунел е клинична находка, която често съпътства сетивните и двигателните нарушения в зоната, инервирана от *n. medianus*. Тя може да се регистрира и оцени с показателите на симпатиковия кожен потенциал, предизвикан с дистална електрическа стимулация на срецуположния *n. medianus* и отведен от дланта на изследваната ръка.

Цел на нашата работа е да установим честотата и степента на автономна дисфункция на ръката със синдром на карпалния тунел.

Материал и методика. Изследвахме 30 здрави лица (контролна група) на средна възраст $46 \pm 4,5$ години и двете ръце на 50 пациенти (18 мъже и 32 жени) на средна възраст $47 \pm 3,8$ години. С едностранен синдром на карпалния тунел, потвърден с абнормни ЕМГ и ЕНГ находки (сетивни и двигателни) за периферностолови генерационни промени в зоната, инервирана от *n. medianus* са 36 пациенти, а с двустранна клинична симптоматика са 14 пациенти. За отвеждане и регистриране на СКО използвахме стандартна методика.

Резултати. Липсващите СКО и абнормните СКО ($AB > 1100$ мс и $A < 1000$ мкВ), корелират със степента на дистална травматична невропатия на *n. medianus* при пациенти със синдром на карпалния тунел, разделени по тежест на автономната, сетивната и двигателна симптоматика в три клинични подгрупи.

Абнормните СКО са един от ранните и надеждни показатели за дистална травматична невропатия на *n. medianus* при синдром на карпалния тунел.

РП-026

ДИАГНОСТИЧНА СТОЙНОСТ НА ЕЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧНОТО ИЗСЛЕДВАНЕ ПРИ БОЛНИ С РАДИКУЛОПАТИИ L3, L4

*Н.Мурадян, С.Новачкова, Д.Атанасова, Б.Ишпекова
МБАЛ "Царица Йоанна", София, Неврологична клиника*

Въпреки че радикулопатиите на горните лумбални коренчета се срещат относително по-рядко в сравнение с тези на L5, S1, електрофизиологичното изследване на коренчетата L3, L4 има важно значение за определяне тежестта на увредата, особено когато клиничните данни противоречат на данните от невроизобразяващите изследвания. Електромиографското изследване при болни с радикулопатии на горните лумбални сегменти най-често включва излена електромиография и определяне на провеждането по *n. femoralis*. Н-рефлексът представлява електрофизиологичен еквивалент на спинален моносинаптичен рефлекс и обикновено се изследва от *m. soleus*, по-рядко от *m. quadriceps femoris*. Целта на настоящото изследване е да се определи диагностичното значение на корелацията между М-отговора и Н-рефлекса от *m. quadriceps femoris* при горни лумбални радикулопатии. Изследвани са 57 болни с клинични данни за радикулопатии L3, L4 на средна възраст 49,8 години (от 20 до 70 години). На всички болни е проведена излена електромиография с концентричен електрод и стимулация на *n. femoralis* с определяне време на провеждане и амплитудата на М-отговора. Изследван е и Н-рефлексът от *m. vastus medialis* с определяне амплитудата и интервала Н-М (в ms). Предварително за всеки болен е изчислена нормална стойност за този интервал в зависимост от възрастта и ръста на пациента по формулата на Aiello и съавтори $Y = 0,044X + 0,099Y - 2,94 \pm 1,2$. Времето на провеждане по *n. femoralis* и амплитудата на М-отговора при всички болни са в нормални граници. При 51,9% от болните са установени отклонения от нормата за интервала Н-М. Изследването на Н-рефлекса и количествената методика за определяне на интервала Н-М е относително прост метод и може да се използва като важно допълнение към другите електрофизиологични изследвания при радикулопатии L3, L4. Проводимостта по моторните и сензорните влакна на дъгата на моносинаптичния рефлекс може да бъде забавена както при коренчева, така и при периферно-стволова увреда на *n. femoralis*. При нашите болни провеждането по *n. femoralis* е в нормални граници. Методиката може да се използва и при невропатии, засягащи проксималната част на бедрения нерв.

РП-027

РАДИКУЛЕРНИ СИНДРОМИ ПРИ ЦЕРВИКАЛНА МИЕЛОПАТИЯ

П. Богданова

МБАЛ "Александровска", София, Катедра по неврология

Цервикалните радикулерни синдроми се наблюдават често в неврологичната практика във връзка с по-голямата изразеност на дегенеративните промени в тази област с напредване на възрастта. С провеждането на новите изобразяващи методи и особено МРТ стана възможна визуализацията на патологичните промени и все по-често се поставя диагнозата "цервикална миелопатия". Целта на проучването е да установи каква е честотата на цервикалните радикулерни синдроми при цервикална вертеброгенна миелопатия. Проучени са 30 болни на възраст от 25 до 77 години, 22 мъже и 8 жени.

Над 50 годишна възраст са 18 от болните. Диагноза-та е поставена на базата на клиничните прояви, неврологичния статус, КТ, МРТ, ЕМГ, ЛП. При неврологичното изследване цервикална радикуларна симптоматика е установена при 8 болни (26,6%), която най-често е двустранна /7 болни/ и има полирадикуларен характер /6 болни/. Бирадикуларен С7-С8-синдром се установява при 2 болни. При МРТ се открива стеноза на цервикалния канал при 5 болни, дискови пролапси на С5-С6-С7 и на по-високо ниво при 2 болни. ЕМГ изследването потвърждава установената клинично коренчева увреда. Заклучава се, че е необходимо по-целенасочено търсене на цервикални радикуларни прояви при цервикална миелопатия за изясняване на спондилогенния произход на миелопатията

PII-028

КОМПЮТЪР-ТОМОГРАФСКИ НАХОДКИ ПРИ ПАЦИЕНТИ СЪС СИНДРОМ НА "НИСКИ ЛУМБАЛГИИ" ОТ ТОРАКО-ЛУМБАЛЕН ПРОИЗХОД

М. Караджова, Ив. Димитров, В. Мълчанова
МБАЛ "Александровска", София, Неврологична клиника

Синдромът на "ниски лумбалгии" от торако-лумбален произход е описан през 1972г. от R. Maigne. Лумбалгията, дължаща се на засягане на торако-лумбалния преход (Th11-L2) имитира клиничната симптоматика, предизвикана от заболяванията на диска в ниските лумбални сегменти. Синдромът се изяснява с проектирана болка в територията, инервирана от трите разклонения на спиналните нерви, произхождащи от торако-лумбалните сегменти - r. dorsalis, r. ventralis и латералното перфорантно разклонение на r. ventralis.

Целта на настоящото проучване е с помощта на компютърна томография да се установят патологичните процеси, причиняващи клиничната симптоматика на този синдром.

Изследвани са общо 51 болни с клинично диагностициран синдром на торако-лумбалния преход: 14 мъже (27.5%) и 37 жени (72.5%). Извършените КТ-срезове са на общо 96 вертебрални сегмента. Само Th12-L1 сканирахме при 10 пациента, Th11-Th12 при един, и L1-L2 -при един. Два последователни сегмента са сканирани при 42 пациента (от тях - на Th11-Th12 и Th12-L1- при 41, а на Th12-L1 и L1-L2 -при един от случаите).

Установи се асиметрия на интервертебралните стави (facet tropism, asymmetry) при 59 нива (61.4%), от които 21 са и със спондилартроза (21.9%). Спондилартроза беше установена при 29 сегмента (30.2%). Патология на диска се откри при общо 24 сегмента (25%) - 21 (21.9%) - с остеохондроза, един - с дисков пролапс (1%) и два - с дискови протрузии (2%). Намерени бяха също така и изразени остеопоротични промени, остеолиза при мултиплен миелом, метастаза и други патологични находки. При изследването на 3 нива (14.28%) не се установиха данни за нито едно от изброените нарушения. КТ-срезове на два последователни сегмента установиха внезапна промяна от торакален към лумбален тип интервертебрални стави при 34 от пациентите (80.9%).

Данните от настоящото проучване подкрепят хипотезата относно ставния произход на клиничната симптоматика на синдрома на торако-лумбалния преход. Установяването при голяма част от пациентите внезапен преход предполага дисхармонията във функционирането на този сегмент.

PII-029

ДИАГНОСТИЧНА СТОЙНОСТ НА ЕЛЕКТРОМИОГРАФСКИТЕ ТЕСТОВЕ ПРИ БОЛНИ С ЛУМБОСАКРАЛНИ РАДИКУЛОПАТИИ (L4, L5, S1)

Б.Иштекова, М.Даскалов, Н.Мурадян, Д.Атанасова, С.Новачкова, П.Стаменова
МБАЛ "Царица Йоанна", София, Неврологична клиника

Дискогенните радикулопатии са най-често срещаните заболявания на периферната нервна система. Дисковите хернии като правило причиняват лумбосакралните радикулопатии. Комплексното електромиографско изследване на болни с лумбосакрални радикулопатии дава неоспорима информация. Независимо от напредъка в радиологията, електродиагностичните изследвания са единственият лабораторен тест, който определя състоянието на нервните коренчета, който осигурява както диагностични, така и прогностични данни. Целта на настоящия доклад е да се докаже надеждността на електрофизиологични тестове при притискане на лумбосакралните коренчета. Изследвани са 242 болни с лумбосакрални радикулопатии - 128 жени и 114 мъже. Болните са на възраст между 22 и 79 години. При компютърната томография се установява дискова херния на едно или две нива (L4-L5, L5-S1), при някои болни и стеснен канал. Потвърдена е клиничната диагноза по топка. Електромиографското изследване включва излена електромиография на мускулите инервирани от n. peroneus и n. tibialis, скорост на провеждане по двигателните влакна на тези нерви, а също така амплитудата на М-отговорите, F-вълните и А-вълните, получени от m. extensor digitorum brevis и m. abductor hallucis, Н-рефлекса, отведен от m. soleus и магнитна стимулация на спиналните моторни коренчета L5, S1. При една част от изследваните болни се открива денервация на мускулите, забавена скорост на провеждане по двигателните влакна на n. peroneus и n. tibialis и намалена амплитуда на М-отговорите. Установява се също така липса или намален процент на F-вълните, липса или намалена амплитуда на Н-рефлекса и на спиналните моторни евокирани потенциални. Нашите данни показват, че с комплексното електромиографско изследване е точно, поради което то се налага в случаите с лумбосакралните радикулопатии. Електрофизиологичните тестове за оценка на лумбосакралните радикулопатии са предмет на обсъждане. Стойността и ограниченията на различните процедури се разглеждат. Находките в пациентите с лумбосакрални радикулопатии на двете нива (L4-L5, L5-S1) се обобщават.

PII-030

КЛИНИЧНО ПРОУЧВАНЕ ПРИ ПАЦИЕНТИ С ВЕРТЕБРОГЕННИ БОЛКОВИ СИНДРОМИ ОТ ТОРАКО-ЛУМБАЛЕН ПРОИЗХОД

М.Караджова
МБАЛ "Александровска", София, Неврологична клиника

Лумбалната болка, предизвикана от засягането на торако-лумбалния преход имитира клиничната изява на дисковата патология на ниските лумбални сегменти. Често синдромът на торако-лумбалния преход придружава лумбо-сакралните болкови (вкл.и коренчеви) синдроми. Той се изяснява в три форми (лумбалгична, псевдовисцерална и псевдомералгична), които могат да бъдат самостоятелни или комбинирани по различен начин. Прецизирането на засегнатите вертебрални сегменти и клиничната симптоматика е възможно чрез клинично

изследване на лумбалния гръбнак, включващо неврологични и специализирани мануално-диагностични тестове.

Целта на проучването е да се установи клиничната изява на синдрома на торако-лумбалния преход при пациенти с лумбални болкови синдроми и да се определят неговите форми и честотата на всяка от тях сред общия брой пациенти.

Материал и методика: Проучването включва 30 пациента с данни за синдром на торако-лумбалния преход на средна възраст 41 години и 7 месеца. Двadesет от пациентите са жени (66.7%) и десет - мъже (33.3%). Комплексното клинично изследване се състои от анализ на гръбначната статика, динамиката на лумбалния гръбнак, неврологичен статус и специфично мануално сегментарно изследване на гръбнака.

Резултати: При 5 от пациентите (16.7%) открихме синдрома на торако-лумбалния преход самостоятелно изявен. При останалите 25 пациента (83.3%) този синдром беше комбиниран със симптоматика от ниските лумбални сегменти, 15 от които (60%) имаха лумбардикуалгия. Лумбална форма открихме при 28 пациента (93.3%), а при 19 от тях (63.3%) беше изявена напълно. Симптоматика от псевдо-висцералната форма открихме също при 28 пациента (93.3%). Данни за псевдомералгична форма се установиха при 13 пациента (43.3%).

Заклучение: Лумбалгията е широко разпространена, но наличието на симптоматика от торако-лумбалния преход (самостоятелна или в съчетание с лумбалгия от лумбо-сакрален произход) рядко се разпознава. Откриването ѝ е важно с оглед адекватното терапевтично поведение при вертеброгенните болкови синдроми в лумбалната област на гръбначния стълб.

PII-031

DISABILITY IN WORKERS DUE TO DISCUS HERNIA IN LUMBOSACRAL PART OF THE SPINE

N.Gogov, I.Gogov, V.Gogova

*Medicine Centar Strumica, Department of Neurology
Department of Geriatrics, Skopje, Macedonia*

Objective of this study was to investigate the frequency of Discus hernia in lumbosacral part of the spine in the Unit of Physiatry and Rehabilitation within the Department of Geriatrics in Skopje. The investigation comprised all patients treated ambulatory within the period 2000 to 2001.

Material and methods: A uniform approach of this problem included diagnosing in classical manner (anamnesis, general neurologic and functional investigations, x-ray, electromyography). A total of 108 patients were investigated, 53 (49%) men, 55 (51%) women. Characteristics of these patients concerning sex, age, working ability, type of occupation, way of treatment (surgical or conservative, or combination of both). We tried to determine the occupational damages in actively working patients, which could have significance for the appearance of this disease.

We investigated most frequently hernia localization and found out that the most frequent was L5-S1, occurring in 62 (57.4%) patients, then L4-L5 in 35 (30.5%). L3-L4 rarely occurred, because in some patients there were more marked changes in two or more segments of the spine. This disease was most frequently represented from 30 to 50 years of age, there was no difference between the sexes in 55 (50.9%) patients. Eight men (7.4%) and 5 (4.6%) women were operated on. Concerning the working ability in the group investigated, we found 64 (59.2%) patients being able for work. An index for frequency of separate professions due to unstable

data for professional exposition could not be found in the working actively patients.

Data from our investigation showed that men became ill most frequently, aged between 30 to 50 year-old, but in the last two years they were found in younger population too. Type of profession: work in bent position, lifting weight, exposition to some chemical noxes and inadequate food. But during the recent years, stress factor may be the most responsible for these diseases, discus hernia, the consequences for the working ability in these individuals is worried.

Conclusion: The discus hernia in the lumbosacral part of the spine in the working actively patients decreases the patients' working ability and causes great disability.

PII-032

КЛИНИКО-ЕЛЕКТРОМИОГРАФСКО ПРОУЧВАНЕ ПРИ БОЛНИ, ДИАГНОСТИЦИРАНИ КАТО ПАРКИНСОНОВА БОЛЕСТ

*М.Орзова, С.Новачкова, М.Даскалов, Я.Христов
МБАЛ I Царица Йоанна, София, Неврологична клиника*

Известно е, че диагнозата Паркинсонова болест не винаги се поставя лесно и че съществува ясна тенденция за хипердиагностика в това отношение. Проучването е проведено при 55 болни, насочени към центъра по паркинсонизъм на МБАЛ I Царица Йоанна с предварителна клинична диагноза Паркинсонова болест. При всички пациенти е проведено пълно неврологично клинично изследване. С оглед определяне характеристиката на тремора е осъществено и електромиографско изследване. Клинично диагнозата Паркинсонова болест беше поставена при наличие на поне два от кардиналните симптоми на заболяването. Идиопатичен паркинсонизъм е изключван при пациенти с мултиинфарктна енцефалопатия, нормотензивна вътрешна хидроцефалия, продължително лечение с калциеви антагонисти или невротипици, както и при такива суспектни за мултисистемна атрофия или супрануклеарна погледна парализа. При 21 болни (38%) диагнозата Паркинсонова болест не е потвърдена. От тях при 14 болни (66,7%) се касае за есенциален тремор на Минор, при четирима (19%) - за мултиинфарктна енцефалопатия и при трима (14,3%) за друго заболяване. Подчертава се значението на ЕМГ изследването за диференциране на различните видове тремор (тремор на Минор, усилен физиологичен тремор и др.), като се използват възприетите ЕМГ критерии. При групата пациенти се установява подчертана тенденция към хипердиагностика на Паркинсоновата болест в доболичната сфера, което води до напълно излишни финансови разходи и рискове за здравето на болните.

PII-033

КТ ПРОМЕНИ ПРИ БОЛНИ С ПАРКИНСОНИЗЪМ

*О.Григорова, И.Петрова, С.Ванева, Ст.Сарафов
МБАЛ "Александровска", София, Неврологична клиника*

Паркинсонизмът най-често се дължи на паркинсонова болест, но може да се наблюдава и при групи системни дегенерации /прогресивна супрануклеарна парализа, стрипатонигрална дегенерация, мултисистемна атрофия, кортикобазална ганглионарна дегенерация/, както и при болестта на Wilson, болестта на Алцхаймер, болестта на Якоб-Кройцфелдт, МСБ и мултиинфарктна енцефалопатия, комуницираща или обструктивна хидроцефалия, травматична енцефалопатия и др. Компютърната томография при болни с паркинсонова болест не разкрива съществени промени освен мозъчна атрофия често

неразличима от нормалното стареене и по-скоро има за задача да изключи друга етиология на паркинсоновия синдром. Целта на проучването е да се анализират КТ находките при болни с клинична диагноза "паркинсонизъм". В проучването са включени 135 пациенти на възраст от 27 до 83 години, 80 мъже и 55 жени. При КТ се установява нормална находка при 65 болни и промени при 70 болни: корова атрофия - 36, вътрешна хидроцефалия - 2, корова атрофия и вътрешна хидроцефалия - 9, мултиинфарктна енцефалопатия - 5, корова атрофия и исхемични лезии - 9, малкомозъчна атрофия - 1, церебеларна и стволова атрофия - 1, корова и церебеларна атрофия - 1, арахноидна киста - 1. Заклучава се, че КТ е необходима за установяване степенята на дегенеративния процес и за откриване на съпътстващи заболявания, които може допълнително да засилват степенята на неврологичния дефицит.

PII-034

НАЙ-ЧЕСТИ ГРЕШКИ В ДИАГНОСТИКАТА НА ПАРКИНСОНОВАТА БОЛЕСТ

Д.Христова, З.Захариев

МБАЛ "Св.Георги", Пловдив, Неврологична клиника

По данни на НЗОК през 2002 година в България се лекуват от Паркинсонова болест (ПБ) повече от 30 000 души. Болестността на ПБ в различните страни макар и да варира в много широки граници се определя средно около 0,15%. Грешките в диагностиката на ПБ представляват много голям проблем, тъй като имат сериозни медицински, социални и икономически последици.

Целта на нашето проучване е прецизиране на диагнозата ПБ, както и отчитане на грешките направени при първичната диагностика на заболяването.

Материал и методи: За периода от I.IV.2002 година до I.VI.2003 година в клиниката по неврология бяха прегледани общо 866 болни - 399 (47,07%) - жени и 467 (53,93%) - мъже на възраст от 22 години до 94 години, средна възраст 68,82 години, насочени от невролозите на ДКЦ, съобразно Наредбата на НЗОК. От тях 642 (74,13%) болни бяха диагностицирани амбулаторно, а 224 (25,87%) след хоспитализация. Диагнозата ПБ беше поставена съобразно критериите на Българските и международни консенсуси, използвайки основно клиничния метод (анамнеза, неврологичен, психичен и соматичен статус), както и отчитайки ефекта от клиничния тест с Мадопар дисперсна форма и от Леводопа терапията. При част от случаите за уточняване на тремора беше проведено и ЕМГ изследване, а за потвърждаване на други заболявания при хоспитализацията и много лабораторни изследвания, както и КТ и МРТ.

Резултати: От общо 866 болни насочени с диагноза ПБ поставените от нас диагнози са както следва: ПБ - 354 (40,87%), атипичен паркинсонизъм - 9 (1,03%), симптоматичен (токсичен, васкуларен, туморен, възпалителен) - 62 (7,16%), псевдопаркинсонизъм (субкортикална васкуларна енцефалопатия и Алцхаймерова болест) - 86 (9,93%), тремори - 301 (34,75%), без паркинсонови прояви (артрозна болест, исхемична миелопатия, страхово-депресивен синдром и други) - 46 (5,31%).

Обсъждане: Първично поставената диагноза ПБ е била отхвърлена в 59,12% от случаите. Най-честата е грешката в разграничаването на тремора (34,75%). В 5,31% погрешно е диагностициран паркинсоновия синдром, в 7,16% доказан паркинсонизъм не е уточнен етиологично, а в 1,03% паркинсоновия синдром е бил съчетан с други неврологични прояви, които не са били разпознати в

рамките на други невродегенеративни заболявания. Анализът на тези данни дава основание да се приеме, че в първичната диагностика на ПБ вероятността за грешки е много висока, най-вече в посока на хипердиагностика за сметка на треморите, както и на други заболявания протичащи с и без паркинсонизъм. Всичко това потвърждава ролята и мястото на профилирани диагностични центрове в диагностичния процес на ПБ.

PII-035

КОРОВ САЙЛЪНТ ПЕРИОД ПРИ ПАРКИНСОНОВА БОЛЕСТ

В.Теменлиева, Д.Христова

МУ - Пловдив, Катедра по неврология

Въпреки, че диагнозата Паркинсонова болест е предимно клинична, не се отказваме от прилагането на някои електрофизиологични методи, които биха могли да внесат допълнителна информация.

Цел на настоящата работа е да се проучи коровия сайлънт период при болни с Паркинсонова болест, при които клинично се установяват признаци на мускулна ригидност.

Материал и методи - проучени са 20 болни на възраст от 48 до 72г /средна възраст 60,5 г./ с клинично доказана Паркинсонова болест с давност на заболяването от 1 до 3г., при които не се откриват признаци на мускулна ригидност при обективното изследване. Проведено е и изследване на 20 здрави лица от същия възрастов диапазон. С метода на магнитната стимулация е проучено времето на коровия сайлънт период, като е направено сравнение на данните от двете групи изследвани лица.

Резултати и обсъждане - при контролната група от здрави лица се намери сайлънт период $136,20 \pm 38,40$ мсек, а в групата болни $90,40 \pm 28,80$ мсек. При 80% от болните се установява статистично значимо скъсяване на сайлънт период. Повечето автори приемат, че скъсенят сайлънт период е израз на нарушения на инхибиторните механизми на корово ниво.

Заклучение - измерването на коровия сайлънт период при диагностично неясните случаи би могло да допринесе за по прецизната диагноза Паркинсонова болест, особено в случаите, когато клинично не се установява мускулна ригидност.

PII-036

EXPERIENCE IN TREATMENT OF PATIENTS WITH PARKINSONIAN SYNDROME IN AMBULATORY-POLYCLINIC CONDITIONS

A.Kandikjan

Zdravstven dom na Skopje, Oddelenie za nervni i dusevni bolesti, Polyclinic "Bucarest"

Objective: To present twenty years of experience in permanent efforts to find optimal combination of drugs and regular dosage for individual patients with Parkinsonian syndrome. Material and methods: In this paper pharmacotherapeutic experiences, etiological and lethal causes among the patients with Parkinsonian syndrome (PS) in unintentional example of 100 patients according to the method of statistical analysis are presented and analyzed. REZULTS: First principle in the therapy of PS is individual dosage and gradual titration of the therapy. It is recommended to start the treatment with monotherapy (bromocriptin), and after that, to start successive politherapy: levodopa/carbidopa, anticholinergics, selegelin, prociklidin, tolcapon and vitamins. Everyday kinezitherapy and walking are sine qua non and are an essential supplement to

pharmacotherapy of the patients with PS. Depressive syndrome is often present among the patients with PS and according to our experience, the treatment with amitryptilin remedies has shown the best results. Rarely, PS is associated with dementia which can be treated with klozapine therapy.

Discussion: Regular administration of pharmacotherapy to the patients with PS enables their rehabilitation and resocialization. Through twenty years of experience, most often found etiological factor for PS was craniocerebral trauma. We also mention that we have found associated etiological factors at some patients such as: trauma and increased cholesterol, alcohol and trauma, heredity and trauma. Anyway, adequate and optimal dosage of therapy of patients with PS can contribute to relatively good quality of life and advanced old age.

PII-037

ДИЗАВТОНОМИИ И КАЧЕСТВО НА ЖИВОТ ПРИ ПАРКИНСОНОВА БОЛЕСТ

Б.Иванов, А.Хавезова, Д.Минчев, Н.Делева
МУ - Варна, Катедра Неврология

Въведение: Паркинсоновата болест (ПБ) се среща при около 1% от популацията във възрастта над 65 г. и сериозната инвалидизация, до която води, обуславя високата социална значимост на заболяването.

С увеличаване продължителността на живот на населението се наблюдава повишено преваляване на възрастово-свързани хронични заболявания като ПБ, които значително понижават качеството на живот (КЖ) на популацията.

Редица фактори повлияват КЖ при ПБ - двигателните нарушения, ефектът от лечението, депресията, емоционалните и когнитивни нарушения, дизавтономните симптоми, социалните ограничения и изолацията. Дизавтономните са често срещани при ПБ и, макар и леки до умерени по тежест, могат да се появят още в ранните стадии на заболяването и при нелекувани болни.

Контингент и методи: 160 пациенти с ПБ и автономни нарушения попълниха съставен от нас въпросник за дизавтономни прояви и отговориха на въпроси за влиянието на тези симптоми върху КЖ. Пациентите бяха 80 мъже и 80 жени, на възраст 47- 73 г., с давност на заболяването от 1,5 до 11 г., 40 в I стадий по скалата на Hoehn-Yahr, 40 във II стадий, 40 в III стадий и 40 в IV стадий.

Въпросите касаеха влиянието на дизавтономните симптоми върху КЖ на пациентите и включваха 3 степенуване по тежест - лека, умерена и висока.

Резултати: Всички пациенти посочиха поне 1 оплакване, което влияе в различна степен по тежест върху КЖ.

Най-голямо влияние оказват обстипацията - 46% от пациентите, инконтиненцията на урината - 34%, никтурията - 23% и повишената потливост - 23%. В малка степен влияние оказват спешните позиви за уриниране - 19%, сиалорейата - 18%, себорейата - 16%, ортостатичната хипотензия - 10% и гагенето - 10%. Тези симптоми повлияват КЖ основно при пациентите в III и IV стадии по Hoehn-Yahr.

Обсъждане: Нашите резултати сочат, че в ранните стадии на заболяването дизавтономните симптоми почти не оказват влияние, докато в стадии III и IV по Hoehn-Yahr нарушенията играят по-значима роля за влошаване на КЖ при пациентите. Изключение прави обстипацията, която може да се прояви още в ранните стадии на заболяването, а е възможно дори да предшества двигателните симптоми на болестта.

Заклучение: Автономната дисфункция се среща често при ПБ и допринася немалко за влошаване КЖ при тези пациенти, особено в късните стадии на заболяването. Повлияването на дизавтономните симптоми би могло да се окаже от важно значение при лечението на ПБ за подобряване КЖ при тези пациенти.

PII-038

РЯДЪК СЛУЧАЙ НА МНОЖЕСТВЕНА СКЛЕРОЗА В СЪЧЕТАНИЕ СЪС СИСТЕМЕН ЛУПУС ЕРИТЕМАТОДЕС И СИНДРОМ НА СЪОГРЕН

С.Генева, Н.Делева, А.Капрелян, М.Терзиева,
И.Димитров

МУ - Варна, Катедра по Неврология

Множествената склероза (МС) е имуномедирано демиелинизиращо заболяване на нервната система, което се свързва както с генетични, така и с фактори на околната среда.

От многото патогенетични теории за появата на заболявания от групата на ССТБ - т. нар. смесена съединителнотъканна болест, общоприета и най-обоснована е имунологичната теория. В съвременната литература се приема съществуването на т. нар. смесени или припокриващи се синдроми, които показват едновременно или последователно признаци на две или повече "чисти" колагенози, които могат да се комбинират и да преминават една в друга.

Описани са съчетания на множественна склероза и системен лупус еритематодес (СЛЕ), както и на МС със синдром на Съогрен.

Авторите описват един клиничен случай - жена М.Д.Г. на 48 години, хоспитализирана многократно в неврологична и ревматологична клиника на МБАЛ "Св. Марина" - Варна, представляващ особен интерес поради рядкото съчетание на три аутоимунни заболявания, развили се последователно във времето след операция за карцином.

На десетгодишна възраст е осъществена тиреоидектомия по повод карцином на щитовидната жлеза с продължаваща досега заместителна терапия на постоперативен хипотиреоидизъм и хипопаратиреоидизъм. Две години по-късно развива остър дисеминиран миелит с последващи N пристъпи от съчетание на пирамидни, кординационни, сетивни, зрителни и TP смущения. Лечувана с кортикостероиди с частично възстановяване с диагноза МС, клинично сигурна по Позер. Диагнозата е потвърдена с МРТ изследване.

На 42-годишна възраст развива клинична картина на сух кератоконюнктивит и намалено слюнотделяне. След сцинтиграфия на слюнчените жлези е уточнен синдром на Съогрен. На 47 г., по повод оточност и ограничени, болезнени движения, предимно в малките стави на крайниците, фебрилитет и пеперудообразен обрив по лицето, е приета клинично диагноза СЛЕ. Проследените имунологични изследвания потвърждават наличието на аутоимунен процес.

Описаният клиничен случай представлява интерес с оглед продължаващите търсения на възможни генетични и други фактори и дизимунни механизми, чиито сложни взаимовръзки могат да доведат до клинична изява на няколко аутоимунни заболявания.

Същевременно, наличието на подобна коморбидност е факт от съществено значение за клиничното, диагностично и терапевтично мислене.

РП-039

СЛУЧАЙ С PLATYBASIA (АНОМАЛИИ В ПРОКСИМАЛНИЯ ШИЕН СЕГМЕНТ НА ГРЪБНАКА),
 ДИАГНОСТИЦИРАН И ЛЕКУВАН КАТО
 МНОЖЕСТВЕНА СКЛЕРОЗА

М.Орозова, Ц.Цанкова

МБАЛ "Царица Йоанна", София, Неврологична клиника

Представя се болна на 35 години, диагностицирана и лекувана като множествена склероза. Клинично се установява изразен квадрупаретичен и координационен синдром с бавна прогресия на симптоматиката. Провежданото лечение с високи дози урбазон е довело до известно подобрене на неврологичните прояви. Ликворното изследване, показващо умерена хиперпротеиноракия и хипергамаглобулинемия без олигоклоналност, не е подкрепило автимунизацията на заболяването. Направената на по-късен етап МРТ не разкрива плаки на демиелинизация. Установяват се аномалии в проксималния шиен сегмент на гръбнака, компресия върху продълговатия мозък и горния цервикален отдел на гръбначния мозък с прогресираща медуларна атрофия. Находката на МРТ промени диагнозата множествена склероза в насока на този изключително рядък синдром.

РП-040

ЕПИЛЕПТИЧНИ ПРИСТЪПИ, КАТО ДЕБЮТ
 НА МНОЖЕСТВЕНА СКЛЕРОЗА

Ш.Мехрабиан, Р.Калачки, П.Шотеков, А.Трайков

МБАЛ "Александровска", София, Неврологична клиника

Епилептични пристъпи не са често срещан симптом при множествена склероза (МС), въпреки че тяхната поява е три пъти по-честа отколкото в общата популация. Те се появяват предимно при наличие на вече разгърната клинична картина на заболяването, а сравнително рядко са първа проява на болестта, при липса на друг неврологичен дефицит. Наблюдават се обикновено при рекурентно-ремитентна и вторично-прогресиентна форми на МС, а значително по-рядко при първично прогресиентната форма на заболяването.

Патогенетично появата на епилептични пристъпи е свързано с наличие на субкортикално или кортикално-субкортикално разположени плаки на демиелинизация. В клинично отношение, най-честите прояви са генерализирани припадъци или парциални пристъпи с вторична генерализация, а по-рядко се срещат и комплексни парциални пристъпи. МРТ-изследването е най-подходящия метод, както за диагностициране на МС, така и за оценка на корелацията между ЕЕГ-находката и локализацията и размера на лезиите в централната нервна система. От терапевтична гледна точка, при болните с епилептични припадъци като проява на пристъп на МС е важно съчетаването на антиепилептични средства с кортикостероидна терапия.

Представеният случай на дебют на МС с епилепсия, 5 години преди появата на други неврологични симптоми, подчертава необходимостта от изключване на диагнозата МС при млади болни с епилепсия и липса на потенциална епилептогенна етиология.

РП-041

ХРОНОБИОЛОГИЧНИ АСПЕКТИ НА SCLEROSIS
 DISSEMINATA

Т.Маркова, Е.Витева

МБАЛ "Св. Георги", Пловдив, Неврологична клиника

Проучването цели да уточни рискова група хора, за които е по-вероятна потенциалната възможност за по-късно развитие на Sclerosis disseminata /МС/ на основание на ретроспективен анализ на датата на раждане /забременяване на хора вече заболяли от церебро-спинална форма на МС с хронично-ремитентно протичане. Търсят се корелации между времето на екзацербациите на МС и сезонната характеристика на Слънчевите лъчения.

Обект на проучването са историите на заболяването на 241 болни от МС, клинично наблюдавани през периода 1992 -2001 година.

Ползвани са клинични /екзактна анамнеза, соматичен, психичен и неврологичен статус/ и параклинични /анализи на кръв, имунологичен статус, ликвор; очен статус, ЗЕП, КАТ на главен мозък, МРТ на главен мозък и шиен гръбнак/ методики, проследени в хода на заболяването на всеки отделен болен.

Установява се, че съотношението мъже:жени е 1:1,59. От МС боледуват хора в творческа възраст /21 - 40г./, като клиничното начало се маркира по-рано /14 - 20г./ два пъти по-често при жените. През годината се отбелязват два месечни максимума на раждане: летен /май-юни-юли/ и есенен /октомври/, т.е. периодичност 2:6 месеца. От МС по-често боледуват жени с рождана дата през октомври и юни, и мъже родени през май. Месечни минимума на раждане са налични през месеците април, август-септември и ноември.

При 190 от болните са отчетени 634 екзацербации на заболяването, като 337 /60,06%/ от тях формират единствен през годината продължителен максимум през месеците декември-май, с подчертано струпуване на болните през март. Това е показателно за влиянието на редуцираното Слънцегреене в условията на намален имуносупресивен ефект в тези месеци.

РП-042

ДИАГНОСТИЧНИ ПРОБЛЕМИ ПРИ БОЛНИ С МНОЖЕСТВЕНА СКЛЕРОЗА И ОСТРО НАСТЪПИЛА
 ЦЕНТРАЛНА ХЕМИПАРЕЗА

Кс.Кметска, Д.Георгиев, Н.Топалов, Т.Петрова

СБААНП "Св. Наум", София, Неврологична клиника

Разнообразната клинична картина на Множествена склероза понякога създава диагностични затруднения. Проблем са пациентите с остро или подостро настъпила централна хемипареза, при които трябва да се изключат други заболявания: мозъчен инфаркт /съответно всички възможни етиологични причини при млади хора/, неоплазми, концентрична склероза на Бало.

Ние представяме три случая с гореописаната симптоматика - две жени /29 г. и 41 г./ и един мъж /33 г./ без данни за второ огнище и с нормален ликвор. Проведени са: имунологично, офталмо- и отоневрологично изследване, евокирани потенциали, доплерова сонография. От съществено значение за диагнозата бяха КТ и МРТ. Представен е снимков материал и са илюстрирани различията между МС-плаките и находките при двете възможни заболявания.

PII-043

МНОЖЕСТВЕНА СКЛЕРОЗА В ДЕТСКА ВЪЗРАСТ -
ДИАГНОСТИЧНИ АСПЕКТИ ПРИ ДЪЛГОСРОЧНО
ПРОСЛЕДЯВАНЕ

Л.Белопитова¹, В.Гергелчева¹, В.Божинова¹, Р.Петков²
СБАЛНП "Св.Наум", София,
Детска неврологична клиника¹
МБАЛ "Александровска", София,
Катедра по рентгенология²

Множествената склероза (МС) в детска възраст е относително рядко заболяване. Цел на проучването е дългосрочно проследяване на деца със сигурна и възможна МС. В детска неврологична клиника са проследени за период от 2 до 8 години 33 деца от 3 до 18-годишна възраст с първоначална диагноза "Остър дисеминиран енцефаломиелит". При 15 деца са налице данни за множественна склероза. Останалите 18 деца са диагностицирани с възможна МС. Магнитно-резонансна томография (МРТ) проведена при 23 деца установи множествени хиперинтензни лезии T2W при 17 деца: 14 деца със сигурна МС и 3 деца с възможна МС. Клиничните прояви не винаги кореспондират с размера и локализацията на МРТ-лезии на демиелинизация. Клиничното проследяване установи нормализиране на неврологичния статус при 24 деца (73%) и огнищна неврологична симптоматика при 9 деца (27%) (7 деца с множествена склероза и 2 с възможна МС). Проследяването на МРТ находка при децата с МС установи намаление на размера на лезиите при 3 деца; уголемяване или наличие на нови лезии при други 9 деца, като 2 от тях са без клинични данни за нови пристъпи. Потърсени са корелации между различните параклинични методи на изследване - ликворно изследване, транскраниална магнитна стимулация, евокирани потенциали, компютърна томография и МРТ. Обсъжда се ролята на МРТ за ранна диагноза на МС при деца. Динамичното проследяване на патологичните промени е от прогностично значение за хода на заболяването - дефинитивно отзвучаване на болестния процес при остър дисеминиран енцефаломиелит или преход към МС.

PII-044

OVERVIEW TO DIAGNOSTIC CRITERIA
FOR SCLEROSIS MULTIPLEX

A.Dimova¹, V.Daskalovska²
Medical Center D-r T.Panovski, Bitola, Macedonia¹
Clinical Center, Skopje, Macedonia, Clinic of Neurology²

Aim: To make an overview to diagnostic criteria (DC) for multiple sclerosis (MS), to popularize new DC according to Mc Donald et.al. (2001) and to show their superiority by means of additional clinical methods: evoked potentials (EP), cerebrospinal fluid (CSF) and MRI finding.

Material and methods: We overviewed and compared DC according to: Schumacher et al. 1965; Mc Donald et Halliday 1977; Poser et al. 1983; Polman et al. 1985; Sanders et al. 1986; Giesser et al. 1986; Mc Donald et.al. 2001.

Results: DC from 1965 and 1977 defined MS as: clinically definitive, possible, and probable, but the diagnosis can not be made during the first exacerbation. According to Poser et al., DC included CSF and 4 definite categories: clinically definite, biologically definite, clinically probable and biologically probable MS. New DC recommended by Mc Donald et al. included: EP, CSF, MRI, dissemination in time and space and defined it into 3 categories: MS, possible MS (in diagnostic procedure), and non MS.

Conclusions: Mc Donald's diagnostic criteria from 2001

were recommended by IFMS. They are superior and give opportunity to diagnose the disease even within the first clinical attack as well as in clinically mute lesions, which is of particular meaning for an early therapeutic treatment with immunomodulatory therapy.

PII-045

КОГНИТИВНИ НАРУШЕНИЯ ПРИ БОЛНИ
С МНОЖЕСТВЕНА СКЛЕРОЗА

А.Трайков¹, Г.Николова², А.Шалаявска², С.Иванова²,
С.Янчева², Д.Георгиев².
МБАЛ "Александровска", София¹
СБАЛНП "Св.Наум", София²

Установено е, че множествената склероза (МС) води до когнитивни нарушения с различна интензивност при 40-60 % от болните. Наред с тези данни, редица проучвания не установяват значими нарушения в когнитивните функции при болните с МС. Целта на настоящото проучване е изясняване на когнитивния синдром при МС. Изследването се провежда при 30 (18 жени и 12 мъже) болни с клинично сигурна МС (пристъпно-ремисентна форма) и при 18 (12 жени и 6 мъже) клинично здрави лица. Когнитивните функции при болните и здравите контроли бяха оценявани с батерия, съставена от субтестове и съкратени версии на широко използвани невропсихологични методики.

При паметовите тестове, анализът показва значимо нарушение на краткосрочната ($p=0.0001$) и дългосрочна ($p=0.0003$) вербална памет. По отношение на тестовете, които изследват различни аспекти на екзекутивните функции, сравнението показва значими разлики между двете групи за всички тестове (от $p=0.025$ до $p=0.0004$), с изключение на вербалната флуидност ($p=0.5$).

В заключение, проучването показва, че когнитивният профил при пристъпно-ремисентната форма на МС включва нарушение в свободното припомняне, както и дефицит в абстрактното мислене, концептуализацията, конкурентното манипулиране на информация и флексибилността на мисловните процеси, които отразяват различни аспекти на екзекутивните функции и се свързват със синдрома на фронто-субкортикални лезии.

PII-046

СУБЕКТИВНА ЗРИТЕЛНА ДИСФУНКЦИЯ ПРИ МС:
ТЕСТУВАНЕ С VFQ-25

А.Цукева, Н.Делева, А.Капрелян, И.Димитров
Медицински Университет - Варна

Зрителните нарушения са често срещана проява при мултипла склероза (МС). Зрителните функции и в частност субективният зрителен дефицит представляват важна страна от качеството на живот при пациенти с МС. Неспецифичният въпросник на Националния очен институт в САЩ: NEI-VFQ и съкратеният му вариант VFQ-25 са валидирани за зрително-специфична оценка на качеството на живот при пациенти с МС. Цел на настоящото проучване е да се изследва субективната зрителна дисфункция на болни с МС чрез българска редакция на VFQ-25.

Контигент и методи: Интервюирани са 108 болни с клинично сигурна диагноза МС, регистрирани в МС център - Варна и 30 здрави лица чрез VFQ-25. В проучването са включени пациенти без анамнеза за оптичен неврит и такива след прекаран оптичен неврит, при които е извършено рутинно невроофтальмологично изследване,

в т.ч. зрителна острота.

Резултати и обсъждане: Средните точкови резултати от VFQ-25 са значимо по-ниски (влошени), сравнени с групата от изследвани 30 здрави лица. Редица проучвания доказват, че при пациентите с МС е налице значителна субективна дисфункция, която не може да бъде установена единствено чрез тестване на зрителната острота. Прилагането на въпросници за изследване на зрителната функция може да допринесе за идентифицирането на по-малко познатите и търсени субклинични зрителни нарушения, проявяващи се при нормална зрителна острота. Настоящото проучване потвърждава възможността VFQ-25 да бъде използван в диагностичния процес при пациенти с МС за ефективно измерване на субективния зрителен дефицит.

РП-047

АНАЛИЗ НА НЕВРООФТАЛМОЛОГИЧНИТЕ ПРОЯВИ ПРИ БОЛНИ С МС

*Н.Делева, А.Цукева, С.Генева
Медицински Университет - Варна*

Невроофталмологичната симптоматика като част от клиничната картина на МС включва клинично проявени и субклинични зрително-сензорни нарушения, аферентни зенични дефекти, очедвигателни разстройства.

В настоящата работа си поставихме за цел проучване на клиничната характеристика и честотата на невроофталмологичните прояви при МС. Проведено е рутинно невроофталмологично изследване при 108 болни с церебрална форма на МС (31 мъже и 87 жени) на средна възраст 39.34 ± 11.59 , преминали през МС - център, Варна като е приложен специално изработен протокол за невроофталмологично изследване на болни с МС. Протоколът включва както анамнестични данни, осигуряващи информация освен за клинично изявените и за субклиничните зрителни нарушения, така и резултатите от невроофталмологично тестване: изследване на зрителна острота по Snellen, статична периметрия чрез периметър на Goldman, изследване мотилитета на очните ябълки, фундоскопия, изследване на зеницата, тестване на цветоусещането с псевдоизохроматична таблица на Ishihara.

Резултати и обсъждане: Резултатите от анализа на данните, документираните в протоколите, оформят следната картина на установените зрителни нарушения: най-голяма е честотата на субклиничните зрителни нарушения - при 98 болни (91%), следвани от очедвигателните - при 59 болни (54%) и от оптичния неврит - при 45 болни (42%). При 29 болни (27%) заболяването дебютира с оптичен неврит. Установени са дефект в периферното зрение при 5 болни (4.6%) и нарушение в цветоусещането при 16 болни (15%). Патологична находка при фундоскопия е открита при 63 болни (58%), като при 12 от тях (19%) липсва анамнеза за прекаран оптичен неврит. Двадесет и шест болни (24%) имат нарушения в зрителната острота, като 9 от тях са изследвани в острата фаза на оптичния неврит.

Анализът на резултатите потвърждава данните от литературата за честотата и клиничната характеристика на зрителните нарушения сред МС болните. Прилагането на протокола за невроофталмологично изследване на болни с МС осигурява възможност за системно търсене и установяване на данни за

зрителната дисфункция, както при клинично изявените, така и при субклиничните зрителни нарушения. Документирането по този начин и обработката на получената информация може да послужи не само в неврологичната практика, но и при клинични проучвания.

РП-048

ХАРАКТЕРИСТИКА НА ОЧЕДВИГАТЕЛНИТЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ 360 БОЛНИ С МНОЖЕСТВЕНА СКЛЕРОЗА

*С.Черникова
МБАЛ "Александровска", София, Неврологична клиника*

Изследвана е група от 360 болни с множествена склероза (128 мъже и 232 жени) със средна възраст 32,5 години, варираща от 15 до 55 години, хоспитализирани в Неврологична Клиника на "Александровска болница", София, за период от 12 години (от 1990 до 2002 година). Невроофталмологичното проучване включва: определяне на зрителна острота с корекция; кинетична изоптерна периметрия, компютърна периметрия в последните години; офталмоскопия; изследване за двоино образи с червено стъкло и свещ; оценка на очния мотилитет, а при единични болни и електроокулография. Шестдесет и седем болни (18,6%) съобщават за налчие на преходни епизоди на двоино виждане в по-ранни стадии на заболяването без обективна находка в момента на изследването, като при 38 болни диплопията е дебютен симптом. При 46 болни (47,0%) обективно се установява инфрануклеарна или нуклеарна очедвигателна лезия (при 26 - инфрануклеарна лезия на VI черепномозъчен нерв, при 17 - на III черепномозъчен нерв и при 3 - нуклеарна лезия на III черепномозъчен нерв). Четиридесет и четири болни (44,9%) са с картина на унилатерална или по-често билатерална интернуклеарна офталмопареза. При 8 болни (8,2%) са налице данни за супрануклеарна очедвигателна лезия: при 3 - хоризонтална погледна пареза, при 2 - вертикална погледна пареза и при 3 болни - синдром "едно и половина" на Fisher, т.е. общо при 98 болни (27,2%) се установява обективна находка на очедвигателно нарушение. Интернуклеарната офталмопареза е най-честото и най-типично за заболяването очедвигателно нарушение, докато инфрануклеарната или супрануклеарна очедвигателна лезия има диагностична стойност единствено в контекста на останалата неврологична симптоматика.

РП-049

ХАРАКТЕРИСТИКА НА ПРОМЕНИТЕ ПРИ ЗРИТЕЛНИ ПАТЕРНИ ЕВОКИРАНИ ПОТЕНЦИАЛИ (ЗПЕП) ПРИ БОЛНИ С МНОЖЕСТВЕНА СКЛЕРОЗА (МС).

*А. Хараланов, Е. Мермекчиева
МУ-София*

Целта на проучването е да се установят промените в конфигурацията на ЗПЕП при болни с множествена склероза. Болните са разделени на три групи. В първа група са болни без оплаквания от нарушение на зрението и са с двустранно нормални ЗПЕП. Във втората са болни с липсващи оплаквания от нарушено зрение, но с моно или бинокулярни абнормни ЗПЕП. В трета група са болните с оплаквания от нарушено зрение и абнормни ЗПЕП. Протоколът на изследването включва данни от анамнезата, неврологичния и очен статус, ЯМР и СТ на мозъка и лечение. Създаден е сет от стилизирани характерни патерни, най-често регистрирани при болните с

МС. Проследено е разпределението на честотата на тези патерни в различните групи.

РП-050

СЛУХОВИ МОЗЪЧНО-СТВОЛОВИ ПРЕДИЗВИКАНИ ПОТЕНЦИАЛИ (СМСПП) ПРИ БОЛНИ С КЛИНИЧНО СИГУРНА МНОЖЕСТВЕНА СКЛЕРОЗА (МС)

*А. Хараланов, Е. Мермекчиева
МУ-София*

Целта на проучването е да се установят промените в конфигурацията на СМСПП при болни с клинично сигурна множествена склероза. Болните са разделени на

три групи според данните от СМСПП и ядрено магнитен резонанс (ЯМР). В първа група са болни с нормални СМСПП и липса на субтенториални лезии. Във втората са болни с липсващи оплаквания от нарушение на слуха, но с абнормни СМСПП и липса на субтенториални лезии. В трета група са болните с абнормни СМСПП и наличие на субтенториални лезии. Протоколът на изследването включва данни от анамнезата, неврологичния статус, обективна аудиометрия, отоневрологично изследване, ЯМР. Чрез съпоставка със сет от стилизирани характерни патерни за СМСПП е проследено разпределението на честотата на тези патерни в различните групи.

РЕЗЮМЕТА ПОСТЕРНИ СЕСИИ ТРЕТА ПОСТЕРНА СЕСИЯ

РП-001

СЛУЧАЙ НА СУБАКУТЕН СКЛЕРОЗИРАЩ ПАНЕНЦЕФАЛИТ С АТИПИЧНИ АБСАНСИ И МИОКЛОНИЧНО-АТОНИЧНИ ПРИСТЪПИ КАТО ПЪРВИ СИМПТОМ

*П. Димова, В. Божинова
СБАЛНП "Св. Наум", София,
Детска неврологична клиника*

Представя се двугодишната еволюция на 10-годишно момче със субакутен склерозиращ паненцефалит (ССПЕ). След 6-месечна изява на атипични абсанси и миоклонично-атонични пристъпи с ЕЕГ-корелация от генерализирани пароксизми от комплекси острие-бавна вълна и полиспайк-бавна вълна при детето се развива хориоретинит и граматичен интелектуален ударък по време на кортикостероидно лечение. Невроизобразяващите изследвания не разкриват патологични отклонения дори по време на разгърнатата картина на болестта с изразен неврологичен дефицит, миоклонии, полиморфни епилептични пристъпи и геменция. ССПЕ прогресира бързо до стадии III - IV, като едва по време на хроничното вегетативно състояние компютърната томография установява изразена мозъчна атрофия. Типичните генерализирани периодични разряди заместват епилептиформните абнормности в ЕЕГ. Началното антиконвулсантно лечение е с временен ефект, а от приложението на изопринозин не е отчетен съществен благоприятен ефект. Този случай е сред малкото описани в литературата с епилептично начало на ССПЕ и още по-редките случаи с атипични абсанси и миоклонично-атонични пристъпи като първи симптом на болестта.

РП-002

ДНЕПТ КАТО ПРИЧИНА ЗА РАЗВИТИЕ НА ТЕМПОРАЛНА ЕПИЛЕПСИЯ С 12 ГОДИШНА ДАВНОСТ

*Д. Стоилова¹, Р. Калпачки¹, П. Шотеков¹, И. Кълев²,
К. Романски³
Медицински университет - София, Катедра по неврология¹
Медицински университет - София,
Катедра по патонатомия²
Медицински университет - София,
Катедра по Неврохирургия³*

Представяме 28 годишна пациентка с темпорална епилепсия с 12 годишна давност, постъпила за лечение в

Неврологична клиника на УБ "Александровска" в състояние на комплексен парциален епилептичен статус. В хода на заболяването при пациентката се наблюдават прости и комплексни парциални пристъпи (поне 4 месечно), като и вторично генерализирани (около 1 месечно). Неврологичният статус при пациентката при престоя в клиниката е нормален - липсва общомозъчна и огнищна неврологична симптоматика. При поставяне на диагностична епилепсия на 16 годишна възраст е направен КТ на главен мозък, който е разчетен като норма. При пациентката не са провеждани други невроизобразителни изследвания за 12 годишния ход на заболяването, въпреки терапевтичната резистентност на епилепсията, наложена политерапия с честа смяна на комбинациите и лош контрол на епилептичните пристъпи. На направената в клиниката МРТ на главен мозък се установява десностранна темпорополарна кистична туморна формация, несъпътствана от значим мас-ефект. От хистологичното изследване след проведената при пациентката оперативна интервенция са налице данни за доброкачествен невроектодермален примитивен тумор (ДНЕПТ).

Представяме случая като пример за рядък тумор, асоцииран с епилепсия с 12 годишна давност и за потвърждение на необходимостта от провеждане на невроизобразителни изследвания при пациентите с епилепсия.

РП-003

ПРОСЛЕДЯВАНЕ НА ПРОБЛЕМИ ВЪВ ВНИМАНИЕТО И ОБУЧИТЕЛНИ ЗАТРУДНЕНИЯ ПРИ ДВЕ ДЕЦА С ЕПИЛЕПСИЯ

*Б. Александрова, Е. Богданова
БАН, Институт по психология*

При децата с епилепсия съществува по-голям риск от появата на обучителни затруднения като съпътстващ заболяването дефицит. Различни фактори допринасят за тези проблеми, но сегашните ни знания все още не дават възможност за предсказване на изоставането в обучението на всяко отделно взето дете с епилепсия.

Повечето изследователи описват наличието на когнитивни дефицити по отношение на паметта, вниманието, концентрацията, както и в бързината на преработване на информацията и вземане на решение (Aldenkamp et al., 1999). Някои автори идентифицират специфичен за тези деца тип обучителни затруднения, който се характеризира със забавено изпълнение на по-

сложни зрителни задачи и тежък дефицит в аритметичните умения, наречен *mental slowing sub-type* (Vermeulen et al., 1994).

Настоящото изследване проследява развитието на две деца с епилепсия, отключена в ранна детска възраст, при които се наблюдават изразени обучителни затруднения. Децата са на комбинирана медикаментозна терапия, останала непроменена в периода на провежданите изследвания и до настоящия момент.

Те са изследвани в три последователни години с: българската стандартизация на скалата на Векслер за интелигентност; невропсихологичен статус (кратка версия за деца), както и няколко специализирани теста за оценяване на вниманието - коректурна проба, тест на Струп (първа българска адаптация на М.Райчева, 1999), задача за зрително-моторно проследяване (Trail Making Test) и допълнителна суб-тест към теста за интелигентност Digit span за обхват на числовата памет.

На фона на интелектуално развитие с гранични стойности, наблюдаваният профил напълно съответства на описания в литературата. Децата са изключително затруднени с аритметичните операции; в задачи, изискващи превключване на вниманието и устойчивост към интерференцията на разсейващи въздействия. Те се различават значимо от здравите контроли по времето за изпълнение на местовите задачи, психомоторната скорост, обема на краткосрочната оперативна памет. И двамата показват значителни затруднения и дефицит в пространственото мислене и конструктивните способности.

Проследяването на общото когнитивно развитие на децата показва известно подобрение по отношение на някои умения. Обсъжда се значението на провежданата индивидуалната корективна работа, съобразена с препоръките от направените изследвания за наблюдаваната положителна промяна.

РП-004

ФАМИЛНА ПЪРВИЧНО-ГЕНЕРАЛИЗИРАНА ЕПИЛЕПСИЯ ПРИ БЪЛГАРСКИ РОМИ

И.Търнев¹, П.Щепетовски², В.Гергелчева¹, М.Радионова¹, М.Йонова³, Р.Велизарова¹, Р.Петков⁴, П.Жентон⁵
МУ- София, Катедра по неврология¹
Медицински факултет на Тимон, Марсилия²
Психиатричен диспансер, Пловдив³
МУ- София, Катедра по рентгенология⁴
Център Сент Пол, Марсилия⁵

Идентифицирани са две големи ромски родословия /общо над 100 засегнати индивида/ с автосомно-доминантна идиопатична генерализирана епилепсия.

Анамнестичните данни бяха събрани от основни информанти от всяка фамилия. Неврологичен статус беше проведен при 41 пациенти. Стандартни електроенцефалографски изследвания бяха проведени при 22 пациенти. При някои от тях се проведе и психологично изследване. Магнитно-резонансна томография на главен мозък беше проведена при 8 пациенти.

Възрастта на начало на заболяването варираше широко между 2 месеца и 8 години. Симптомите на заболяването бяха генерализирани тонично-клонични пристъпи без аура, по всяко време на деня или нощта. Неврологичният статус беше нормален при всички пациенти с изключение на един с десностранна централна хемипареза. При психометричното тестване 9 от 22 пациенти бяха с лека умствена изостаналост, а един от пациентите беше с граничен интелект. Генерализирана парок-

сизмална активност от остри вълни и острия е установена при 11 от изследваните пациенти. При двама пациенти се установи фоточувствителни пароксизмални прояви. При 9 пациенти е установена дифузна бавновълнова активност. При 4 пациенти са установени фокални ЕЕГ промени.

Всички пациенти принадлежат на силно ендегамни ромски подгрупи: Кардараши и Тракийски Калайджии, представляващи генетични изолати. Около 45% от браковете в тези групи са кръвнородствени. Изследването на родословията показва автосомно - доминантно унаследяване.

РП-005

КОГНИТИВНИ НАРУШЕНИЯ ПРИ ПАЦИЕНТИ С ПАРЦИАЛНИ ПРИПАДЪЦИ С ИЛИ БЕЗ ВТОРИЧНА ГЕНЕРАЛИЗАЦИЯ

*Р.Велизарова, М.Радионова, Д.Чавдаров, М.Райчева,
А.Трайков*
МБАЛ "Александровска", София, Неврологична клиника

В литературата липсват точни и консистентни данни относно когнитивните нарушения при възрастни пациенти с епилепсия. Според последните проучвания, смущенията в когнитивните функции при тези болни са често, но изследването на хетерогенни болни създава затруднение при описание на техния патерн. Целта на това проучване е да се изследват когнитивните способности на хомогенна група нелекувани възрастни болни, с локализационно-свързана епилепсия.

Изследвахме 25 пациенти с комплексни парциални припадъци с или без вторична генерализация (MMSE 28,7), които бяха сравнени с 25 здрави контроли (MMSE 29,5). Контролната група съответстваше точно на групата болни по възраст, пол и образователен ценз. Всички участници в проучването бяха оценени с невропсихологична батерия предназначена да измерва вербална и невербална памет, внимание, реакционно време, назоваване, конструктивен праксис и екзекутивни функции. Пациентите с епилепсия имат значимо по-лоши резултати от контролната група в задачата с време на реакция, в местовите за вербална и невербална дългосрочна памет, вербална флуидност, Digit Symbol и Trial Making Test B ($p < 0,05$ до $0,0001$).

Въпреки приблизително сходното общо когнитивно ниво, пациентите с епилепсия показват нарушение в способността за извличане на информация от дългосрочния паметов склад, както и екзекутивни нарушения предимно при тестове изискващи когнитивна флексибилност и самоконтрол. Същевременно, резултатите сочат, че с помощта на сравнително лесно приложима батерия е възможно определянето на когнитивния дефицит при болни с епилепсия. Предстоящите клинични проучвания, при широко навлизаните в практиката нови противоепилептични средства, би трябвало да тестват и ефекта им върху когнитивното функциониране.

РП-006

ЖЕНИ С НОВОДИАГНОСТИЦИРАНА ЕПИЛЕПСИЯ - ЕХОГРАФСКИ СКРИНИНГ НА МАТКА И ЯЙЧНИЦИ ПРЕДИ ЗАПОЧВАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕ

Д.Димова, В.Мазнейкова, Г.Ганева, Р.Кузманова
СБАЛНП „Свети Наум“, София

Целта на проучването бе да се установи чрез ехографско изследване статуса на вътрешните гениталии на жени с новодиагностицирана епилепсия преди започване-

то на антиепилептично лечение.

В проучването бяха включени жени на възраст от 16 до 35 години с епилептични припадъци с давност до 1 година, които не са провеждали антиконвулсивна терапия. Ехографските изследвания бяха извършвани от специалист по ехография с клинична специалност по акушерство и гинекология на апарат Aloca SSD1700 и Kretz - Medisson - Sonoase 6000С чрез вагинален мултичестотен трансдюсер.

Изследвани бяха 20 жени с епилепсия. Парциални епилептични припадъци се установиха при 9 от пациентките; генерализирана епилепсия - при 11 болни от изследвания контингент. При извършените ехографски изследвания 15 пациентки бяха с нормален гинекологичен статус. Ехографското изследване на останалите 5 жени показва единични или множествени овариални кисти. На всички пациентки са проведени хормонален профил и клинични наблюдения. При нито една от изследваните жени с новодиагностицирана епилепсия не бе установена разгърнатата картина на поликистозен овариален синдром.

РП-007

ЛОНГИТУДИНАЛНИ ЕЛЕКТРОЕНЦЕФАЛОГРАФСКИ ПРОУЧВАНИЯ ПРИ ВЪЗРАСТНИ КЛИНИЧНО ЗДРАВИ ЛИЦА

*И.Манчев¹, Пл.Цанев², М.Маринова², В.Манчева¹
Трайкийски университет, Стара Загора, Катедра по
неврология и психиатрия¹
МБАЛ-Стара Загора, Неврологична клиника²*

Проведени са лонгитудинални електроенцефалографски проучвания при 500 клинично здрави лица (200 мъже и 300 жени) на възраст 50 - 79 години, подбрани рандомизирано от официалните изборителни списъци на градски район със 150 000 жители, в рамките на изследване на цереброваскуларни рискови фактори. След две години е осъществено второ епидемиологично проучване на същата контингент и със същите методи. Използван е 24-канален електроенцефалограф Galileo Planet 300 на фирмата Esaote Biomedica. Данните са обработени статистически с методите на алтернативния, вариационния и корелационния анализ. При преценката за наличие на абнормност и границите на нормата в параметрите на ЕЕГ за тази възраст, приехме наблюдаваните от Obrist (1976) при здрави стари хора четири типа ЕЕГ промени: забавяне на алфа-ритъма с намалена реактивност, нарастване на бързовълновата активност (14-30Hz), дифузни бавновълнови промени и леко набелязани фокални абнормности (минимални нисковолтажни бавновълнови и възбудни промени предимно темпорално). Установените минимални абнормни промени на мозъчната електрическа активност са най-чести при жените на възраст 60-79 години и са статистически значимо повече, в сравнение с мъжете на същата възраст. Не са намерени статистически значими корелации между абнормните ЕЕГ промени и проучваните рискови фактори за мозъчносъдова болест.

РП-008

ЕКЗЕКУТИВНИ ФУНКЦИИ ПРИ ПАЦИЕНТИ С ПРОДРОМИ НА ШИЗОФРЕНИЯ И С ПЪРВИ ПСИХОТИЧЕН ЕПИЗОД

*М.Райчева¹, П.Нанева², Г.Петрова³, С. Василев³
МБАЛ "Александровска", София, Неврологична клиника¹
МБАЛ "Александровска", София, Клиника по психиатрия²
Групова психиатрична практика "Аналитика"^{1b}*

Обосновка. Най-сериозните промени в неврокогнитивните функции при пациенти с шизофрения се развиват по време на препсихотичния период и при първи пристъп на болестта. Стратегиите за идентифициране на пациентите през тези две фази от болестта се развиват интензивно през последните години. Те включват психофармакологични и психотерапевтични подходи. Прогромите и първия психотичен епизод са критичен момент в планирането на лечението. До голяма степен това е определящо за повлияването или неповлияването на следващи епизоди.

Цел. Да се анализират особеностите на неврокогнитивния профил на пациенти с прогromи на шизофрения и на пациенти с първи епизод на шизофрения преди започване на специализирано лечение (психофармакотерапия и психотерапия).

Метод. Изследвани са 11 пациенти с прогromи на шизофрения и 18 пациенти с първи психотичен епизод във възрастовия диапазон 14 - 26 години. Сравнени са показателите на няколко когнитивни процеси, оценени с невропсихологична тестова батерия, включваща тестове за изследване предимно на екзекутивните функции, работната памет и интелектуалното функциониране Raven's Progressive Matrices, Wisconsin Card Sorting Test (WCST), Trail Making Test A,B (TMT), Stroop Test.

Резултати. Анализът на резултатите показва относително сходство в когнитивния профил на двете изследвани групи пациенти като различията по отделните показатели варират от статистически значими до незначими. Най-съществени са разликите по отношение на TMT, особено във втората част на теста, която оценява когнитивната подвижност, превключваемост и психично темпо ($p = .019$). Изразена тенденция към значими междугрупови разлики се отчитат в показателите на WCST и Stroop Test, които отразяват процеси на работната памет и устойчивостта към интерференция. По-добри резултати имат пациентите с прогromи в променливите "неуспех при поддържане на формирана когнитивна стратегия" (failure to maintain the set), брой формираните категории (WCST) и интегративния бал за интерференция (Stroop Test). Същата тенденция се наблюдава и по отношение на нивото на интелектуално функциониране (SPM Raven), което е значимо по-тежко блокирано при пациентите с първи психотичен пристъп. Стойностите на повечето показатели на изследваните екзекутивни функции и в двете групи пациенти са под нормативните стандарти за съответната възраст. Заключение. Сравнителният анализ показва наличие на дисекзекутивен синдром и в двете групи пациенти на този ранен етап от болестта, който е по-изразен при болните с първи пристъп на шизофрения. Установените различия в неврокогнитивния профил на пациенти с прогromи и пациенти с първи пристъп на шизофрения са предпоставка за планиране на ранни медикаментозни и специализирани психотерапевтични интервенции, което е условие за предпазване от рецидив и подобро социално функциониране.

РП-009

АСИМПТОМНА АТЕРОСКЛЕРОТИЧНА КАРОТИДНА
И ВЕРТЕБРАЛНА ПАТОЛОГИЯ

Е. Василева

МБАЛ "Царица Йоанна", София, Неврологична клиника

Настоящото проучване има за цел да даде информация за разпространението на атеросклеротичните лезии на вътрешните сънни и вертебрални артерии, както и на някои рискови фактори за МСБ, в контингент от здрави индивиди. Обхванати са 171 лица (51 мъже и 120 жени) на възраст от 50 до 85 години, които са без анамнестични и клинични данни за настоящи или прекарани преходни нарушения на мозъчното кръвообращение или исхемични мозъчни инсулти. При всички болни е осъществена цветна дуплекс доплерова сонография на каротидни и вертебрални артерии. 22% от болните са с нормална находка по отношение на всички изследвани съдове комплексно. Каротидна патология (атеросклеротични плаки, умерени, високостепенни стенози, оклузии) е открита в 63% от случаите, като е двустранна в две трети от тях. Комбинирана (каротидна и вертебрална) патология е установена в 10% от болните, а изолирана вертебрална патология - в 5% от случаите.

От изследваните общо 342 вътрешни сънни артерии, 164 са без патологични промени. В останалите 178 вътрешни сънни артерии е открита следната патология - нестенозиращи атеросклеротични плаки (пог 30% стенозиране) - 40% (136/342), умерени стенози - 15% (50/342), високостепенни стенози - 5% (11/342), оклузии - 0%. От 342 вертебрални артерии (V2 сегмент) патологични промени са открити само в 8%. Обсъжда се и честотата и значението на някои от рисковите фактори за МСБ - артериална хипертония, дислипидемия, захарен диабет в изследвания контингент.

РП-010

КРЪВЕН ТОК В ЕКСТРАКРАНИАЛНИТЕ АРТЕРИИ НА
ГЛАВАТА И СЪРДЕЧНА ФУНКЦИЯ ПРИ БОЛНИ С
МОЗЪЧНОСЪДОВА БОЛЕСТ: КОРЕЛАТИВНИ ПРОУЧ-
ВАНИЯ С ЦВЕТНО ДУПЛЕКС-СКЕНИРАНЕ, КОМПЮ-
ТЪРНА ТОМОГРАФИЯ И ЕХОКАРДИОГРАФИЯЕ. Титянова¹, И. Велчева¹, К. Христова¹, П. Дамянов¹,
Н. Топалов¹, П. Матеев²СБАЛНП "Св. Наум", София, Катедра по неврология¹
БАН, София, Институт по математика и стохастика²

С цел да се проучи взаимоотношението между каротидната патология, мозъчната морфология и сърдечната функция са изследвани 28 болни с транзиторни исхемични атаки (ТИА), 30 болни с хронични мозъчни инфаркти (ХМИ) и 11 здрави лица посредством цветно дуплекс скениране на магистралните артерии на главата, трансторакална ехокардиография (ЕхоКГ) и конвенционална компютърна томография (КТ) на главния мозък. Корелирани са сонографските показатели (диаметър на лумена на артерията, скорост на кръвния ток, морфология, локализация и тежест на плаките), находката от КТ и данните от ЕхоКГ изследване: телесистолния и телесистолическият размер на лява камера, фракция на изтласкване (ФИ), размери на аортата и стените на сърдечните кухини, ударен обем (УО) и сърдечен минутен обем (СО). При болните с ТИА преобладават нискостепенните стенози, а при болните с ХМИ нараства честотата на хемодинамично значимите стенози на ВСА. В сравнение с контролите при болните с мозъчносъдова болест се установяват различни промени в ЕхоКГ с пре-

обладаване на несиметрична хипертрофия и намален контрактилитет на лявата камера. Снижението на кръвния ток на общата сънна артерия при болните се асоциира с понижени ФИ, СО, УО и зачестяване на патологичните промени в КТ. Заклучава се, че за оценка на хемодинамичните кардиоцеребрални нарушения и тяхното влияние върху морфологичните мозъчни промени при ТИА и ХМИ се препоръчва паралелно прилагане на дуплекс скениране на магистралните артерии на главата, ЕхоКГ и КТ.

РП-011

МОЗЪЧЕН ИНСУЛТ СЛЕД ЗЛОУПОТРЕБА
С ПРОТЕИНИИ. Стайков¹, Ю. Петрова², П. Стаменова¹, П. Шотеков²
МБАЛ "Царица Йоанна", София, Неврологична клиника¹
МБАЛ "Александровска", София, Неврологична клиника²

Цел: Употребата на протеини за увеличаване на мускулната маса е широко разпространено и представлява сериозен медицински и обществен проблем. Представяме случай на исхемичен мозъчен инсулт (ИМИ) свързан със злоупотреба с протеини при 17-годишен пациент занимаващ се с бодибилдинг. Смятаме, че злоупотребата с протеини е вероятната причина за мозъчния инсулт.

Случай: Представяме случай на 17-годишен младеж, занимаващ се с бодибилдинг, който остро развива десностранна централна хемиплегия и хемипареза, частична сензо-моторна афазия и количествени нарушения на съзнанието - до степен на сопор. Три месеца преди началото на ИМИ с намерение да увеличи своята мускулна маса, пациентът употребява в голямо количество яйчен и суроватъчен белтък под формата на хранителни добавки. Като резултат за тези месеци той увеличава теглото си с около 15 кг., изразяващо се главно в натрупване на мускулна маса. Пациентът няма други рискови фактори и е бил напълно здрав преди появата на ИМИ. Всички лабораторни показатели, включително антифосфолипидните, антикардиолипидните и антинуклеарните антитела са нормални. Ехокардиографското изследване не показва отклонение от нормата. В деня на приемането компютърната томография показва наличие на обширна хиподензна зона в басейна на лява средна мозъчна артерия. Транскраниалната Доплерова сонография показва силно повишен кръвен ток със значителна турбулентност в областта на средна мозъчна артерия (СМА) в ляво, редуциран кръвен ток в лява предна мозъчна артерия (ПМА) и увеличен кръвен ток в дясната ПМА. Направената 1 месец по-късно Магнитно-резонансната томография показва хиперинтензни в T2 лезии обхващащи левия фронтален и париетален оперкулум, инсулата, горзалното краче на лявата вътрешна капсула и дълбокото бяло вещество около левия фронтален рог. Магнитно-резонансната ангиография (МРА) показва значима стеноза в областта на M1 сегмента на лявата СМА и по-тесен лумен на лявата ПМА - A1 сегмент с отчетлива редукция на кръвния ток. След 18-месечно лечение с клопидогрел и провеждане на рехабилитация, пациентът е с добро възстановяване и показва леко изразена десностранна централна хемипареза. Проведената 18-месеца по-късно МРА показва около 60% стенозиране на лявата СМА с белези на частична реканализация и по-тесен лумен на лявата ПМА - A1 но с нормален кръвоток - вариант. Цветно-кодираната транскраниална дуплекссонография показва умерено

повишен кръвен ток в областта на лявата СМА - максимална систолична скорост от 1.59 м/сек с изразена турбуленция.

Заключение: Страничните ефекти при злоупотреба с анаболни стероиди могат да бъдат тромбоемболични, сърдечносъдови, психични и други заболявания. Не са известни сериозни странични ефекти при употребата на протеини. Въпреки това, в този случай ние предполагаем, че именно злоупотребата с протеини е вероятната причина за мозъчния инсулт при наличен вариант на лявата ПМА.

РП-012

АНТИОКСИДАНТЕН ПРОФИЛ НА КРЪВТА
ПРИ ПАЦИЕНТИ С ИСХЕМИЧЕН ИНСУЛТ
В ОСТЪР СТАДИЙ

*М. Дановска², М. Александрова¹, А. Живков³, М. Попова²,
В. Симеонова²*

*МБАЛ - Плевен, Втора неврологична клиника¹
ВМИ - Плевен, Секция "Физика и биофизика"²
МБАЛ - Плевен, Кардиологична клиника³*

Смята се, че патофизиологията на исхемичния инсулт е свързана с увеличена генерация на активни форми на кислорода и процеси на липидна пероксидация.

Докладваните в литературата проучвания за антиоксидантния капацитет на кръвта при пациенти след остър церебрален съдов инцидент са противоречиви. Липсват данни за антиоксидантния статус на пациентите в хода на острия етап на инсулта.

В настоящата работа при 25 пациенти с исхемичен инсулт са измервани нивото и активността на редица неензимни и ензимни антиоксиданти в кръвта в хода на острия стадий на инсулта. Търсена е връзка между тези показатели и тежестта на неврологичния дефицит, размера на огнищната лезия и нивото на инвалидност. Установява се, че каталазната и глутатион-пероксидазната активности на кръвта са увеличени при пациентите с инсулт, но това увеличение не отразява тежестта на неврологичния дефицит и не корелира с размера на огнищната лезия. В същото време активността на тези ензими остава висока в хода на целия остър стадий. Не се наблюдава разлика в активността на еритроцитната супероксиддисмутаза и концентрацията на сулфхидрилни съединения в кръвта между пациентите с инсулт и контролата.

Резултатите показват, че промяната в антиоксидантния потенциал на кръвта при пациенти с остър исхемичен инсулт не е пряко свързана с патогенезата на мозъчното увреждане. Бъдещи изследвания със симултантно измерване на допълнителни компоненти от антиоксидантния потенциал на организма биха дали отговор на въпроса, защо невропротективното лечение с антиоксиданти е ефективно при експериментални модели, но не и при клинични изследвания.

РП-013

СТРУКТУРА НА СЪНЯ В ОСТРИЯ СТАДИЙ
НА МОЗЪЧЕН ИНСУЛТ

Ф. Киров, С. Цеков, Д. Минчев

*МБАЛ "Света Марина", Варна, II Неврологична клиника,
ОИАРНЗ*

Цел на това проучване е да се изследва структурата на съня в острия стадий на исхемичен мозъчен инсулт. Изследвани бяха тридесет пациента (възраст 49.6±16.2) с компютър томографски доказан мозъчен инсулт. По-

лисомнографските записи се провеждат през първите десет гена от началото на инцидента. Нито един от болните не беше със синдром на обструктивна сънна апнея. Тежестта на инсулта бе определена с National Institute of Health Stroke Scale, (NIHSS), функционалният дефицит с Barthel Index (BI) и Rankin score. Статистическият анализ включи Wilcoxon Rank Sum Test, Spearman rank корелация и ANOVA.

Резултати: Total Sleep Time (TST), Stage 1, Stage 2, Slow Wave Sleep (SWS), Sleep efficiency (SE) и Wakefulness After Sleep Onset (WASO) не се различават значимо според мястото на лезията. NIHSS и BI корелират значимо с WASO и SE при корова локализация ($r_s = -0.597$, $p = 0.031$, $r_s = 0.54$, $p = 0.056$).

Заключение: Локализацията на исхемичния мозъчен инсулт в острия стадий не променя специфично структурата на съня. При коровите инсулти, стабилността на съня е свързана с тежестта на неврологичния и функционален дефицит.

РП-014

ОРГАНИЗАЦИЯ НА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА
НА ИНСУЛТНО БОЛНИ СЛЕД СТАРТИРАНЕ НА
ЗДРАВНАТА РЕФОРМА В БОЛНИЧНАТА ПОМОЩ
В МБАЛ ПЛЕВЕН

*М. Попова¹, М. Дановска¹, А. Живков², В. Симеонова¹,
Хр. Лиловски¹*

*МБАЛ - Плевен, Втора неврологична клиника¹
МБАЛ - Плевен, Кардиологична клиника²*

Целта на настоящата работа е да се уточни колко от пациентите с мозъчен инсулт от Плевенска област, регистрирани през цялата 2002 година, са лекувани амбулаторно или в болнични заведения.

Използвани са статистическите отчети на МЗ, формуляр 3.0 - 15а и данните на ЦМСБС на "МБАЛ Плевен" ЕАД. В Плевенска област са разкрити неврологични отдели в градовете Белене, Гулянци, Кнежа, Левски и град Червен бряг. За да се проведе съвременно специфично лечение на мозъчен инсулт е необходимо видът на инсулта да бъде доказан с точност до 100%.

През 2002 година, след стартиране на здравната реформа в болничната помощ, силно намалява броят на пациентите с мозъчен инсулт, насочвани за болнично лечение в "МБАЛ Плевен" ЕАД. Регистрираните пациенти с мозъчен инсулт (общо 443 на брой) са хоспитализирани в районните болници (с изключение на 19 инсултно болни от град Червен бряг). В град Плевен 646 инсултно болни са насочени за болнично лечение, а 188 - оставени за лечение въкъщи. Специализирани клиници за лечение на мозъчните инсулти в остър стадий са създадени само в университетските болници. В този смисъл конкурентно здравно заведение на Втора неврологична клиника в Плевенска област не съществува.

Обсъждат се възможните причини за оставяне на пациентите за лечение в домашни условия: несъвършенства в законовата база на здравната реформа, несъвършенства в организацията за насочване на пациенти за болнично лечение в град Плевен, недостатъчни контакти на общо практикуващите лекари с невролозите от Втора неврологична клиника на "МБАЛ Плевен" ЕАД. В клиниката са създадени критерии за насочване на пациенти с мозъчен инсулт към неврологична клиника и неврологичните отдели по образец на американската администрация.

РП-015
РЕХАБИЛИТАЦИОНЕН МЕНИДЖМЪНТ
СЛЕД МОЗЪЧЕН ИНСУЛТ- ОРГАНИЗАЦИОННИ
ПРОБЛЕМИ, НЕОБХОДИМОСТ ОТ ПРОМЕНИ,
ПЕРСПЕКТИВИ

А. Хавезова

МБАЛ "Св. Марина", Варна, II Неврологична клиника

Цел и обект на проучване: Мозъчният инсулт /МИ/ представлява една от най- честите причини за заболяемост, тежка инвалидизация и смъртност както у нас, така и в световен мащаб. Повече от половината от пациентите, преживяли МИ имат различна степен на физикален, когнитивен, емоционален, социален и професионален дефицит. Адекватната и ранна рехабилитационна стратегия съставлява интегрална част от мениджмънта на пациенти с МИ, подпомагаща редукцията на инвалидизацията и тяхната социална реинтеграция. Методика: Извършено е проспективно проучване на резултатите от проведена ранна рехабилитация на 95 пациенти, лекувани в неврологичната клиника по повод на първи съдов мозъчен инцидент. Оценката обхваща всички нива на модела на WHO - увреждане, дефицит и инвалидност. Използвани са стандартизирани неврологични скали /MMSE, Barthel ADL Index, Functional Independence Measure, Pulse Profile, McMaster Health Index/. Оценката е извършена при приемане, изписване на пациента и 6 месеца по-късно.

Резултати: При нашите пациенти рехабилитацията започва след 8 ± 3 дни от началото на МИ при стабилизирана мозъчна хемодинамика. Основавайки се на богат литературен материал и собствени наблюдения е разгледана взаимовръзката между отделните елементи, включени в индивидуалната възстановителна програма /диагностика, планиране, интервенция и оценка/. На базата на комбинация от стандартизирани индекси е формиран единен рехабилитационен профил, позволяващ оценяване и мониториране на функциите на пациента. Ефективният мениджмънт на този континуум представлява ключ към създаване на адекватна стратегия и повишаване качеството на индивидуалната рехабилитационна програма. Въвеждането на ранни рехабилитационни мероприятия показва сигнификантно съкращение на дължината на престоя в стационара, добри резултати от прогностичните скали при изписване на пациента, както и намаление на риска от усложнения. Анализът на съотношението цена - ефективност представлява въпрос на бъдеща дискусия. За целта е необходимо да се обсъдят и въведат у нас подходящи стандарти за качество в процеса на рехабилитация, да се създаде унифицирана базова документация за оценка на състоянието, както и да се промени моделът на обгрижване на тези пациенти в дома с акцент върху ефективни обучителни програми.

РП-016

ДИСЕКАЦИЯ НА ВЪТРЕШНАТА СЪННА АРТЕРИЯ:
КЛИНИЧНО И НЕВРОСОНОГРАФСКО ОПИСАНИЕ
НА ЕДИН СЛУЧАЙ.

*М. Клисурски, Е. Василева, И. Стайков, Ц. Цанкова,
П. Стаменова*

МБАЛ "Царица Йоанна", София, Неврологична клиника

Установяването на дисекация на каротидна или вертебрална артерия, като причина за исхемичен мозъчен инсулт има важно значение, поради необходимостта от

специфично терапевтично поведение в острата фаза на мозъчносъдовия инцидент, както и във връзка с вторичната профилактика, осъществявана при контрол на състоянието чрез доплерсонографско проследяване.

Представяме 53 годишен болен, който внезапно, нощно време, развива левостранна централна хемипареза до плегия за ръката, централна лезия на 7 и 12 ЧМН в ляво, както и хоризонтална погледна пареза. При пациента липсват рисков фактори за МСЗ освен хиперхолестеролемия, установена при хоспитализацията. КТ на главен мозък няколко часа по-късно демонстрира ранни белези на мозъчна исхемия в басейна на АСМА. Девет часа след възникване на симптоматиката бе проведено ултразвуково изследване. Постоянно-външната Доплерова сонография на екстракраниалните мозъчни артерии показва данни за висока резистентност на дясната обща сънна артерия, с минимален кръвоток в дясна вътрешна сънна артерия (ВСА), както при оклузия. Транскраниалната Доплерова сонография показва асиметрия, със значително по-ниски скорости на дясна СМА. Цветната дуплекс Доплерова сонография демонстрира високорезистентен патерн в дясна обща сънна артерия с липсващ кръвоток в дясна ВСА. При болния бе проведено лечение с хепарин, а в последствие със синтром. Повторната КТ на главния мозък, осъществена след 72 часа, разкри добре демаркиран корово-подкорков мозъчен инфаркт в басейна на АСМА. При контролното доплерсонографско изследване от 3-я ден бе установена реканализация с пълно възстановяване на кръвотока в дясната ВСА.

Важно значение за поставяне на диагнозата в този случай имат анамнестичните и клинични данни, характерната поява на силна болка с типична локализация и комплексното съвременно Доплерово и Дуплекс сонографско изследване. Индиректно доказателство за дисекация е наблюдаваното бързо възстановяване на съдовата хемодинамика (в рамките на 3 денонощия или по-кратко), както и че този обструктивен процес настъпва при екстракраниални мозъчни артерии без изразени атеросклеротични или други съдови промени. Дискутира се характерът и видът на дуплекс-сонографския образ на дисекация на ВСА.

РП-017

РАННИ КЛИНИЧНИ И КОМПЮТЪРТОМОГРАФСКИ
ДАННИ ЗА АНЕВРИЗМАЛЕН СУБРАХНОИДЕН
КРЪВОИЗЛИВ

М. Орозова, Ц. Цанкова, П. Стаменова

МБАЛ "Царица Йоанна", София, Неврологична клиника

Най-честата причина, обуславяща спонтанния САК е руптура на мозъчно-съдова малформация. Изясняването на етиологичната принадлежност на кръвоизлива в най-ранния стадий е от съществено значение за правилното терапевтично поведение и благоприятен изход.

Цел на настоящето проучване е да се формулират, доколкото е възможно, диагностичните критерии за аневризмалния произход на субарахноидния кръвоизлив. Изследването е проведено върху 318 ангиографиран болни с доказан спонтанен САК. Обособена е група от 182 болни (57,2%) с доказана мозъчно-съдова малформация като източник на кървене, сравнена по отношение на някои анамнестични, клинични и компютъртомографски данни с такава от 136 болни (42,8%) с неаневризмален кръвоизлив.

Анализът на анамнестичните данни разкрива, при пациентите с доказана малформация, по-висока честота

на епилептични гърчове (10,4%), както и на епизоди на краткотрайна загуба на съзнание в началото на инцидента (9,3%) в сравнение с тези с неадекватно ангиографско изследване (съответно 2,2% и 3,7%). Така наречените "предупредителни сигнали", предшествващи в различен интервал от време развитието на САК, се установяват анамнестично в 9,3% при болните с аневризма. Те се манифестират с внезапно настъпило краткотрайно тилно главоболие, съпроводено понякога с гадене и/или повръщане, перiorбитална болка, лезии на трети ЧМН. Подчертават се някои особености в клиничната характеристика на аневризмалния САК, като тежест на клиничната картина, оценена по скалата на Hunt & Hess, компютърномографска находка. По-тежкия САК по клинични и КАТ данни е основание да се обсъжда аневризмалният произход на кръвоизлива. Разпределението на визуализираната на КАТ кръв в субарахноидното пространство, може да бъде индикатор и за локализацията на аневризмата. Т.нар. аневризмален тип КАТ, с характерно натрупване на кръвта в определени области, с или без оформяне на интрацеребрален хематом, се установи при 36 болни.

Нашето проучване показва, че сред пациентите със САК още в най-ранния стадий на заболяването може да се оформи група с най-голяма вероятност за аневризмален произход на кръвенето. Обособяването на този контингент болни е един от най-важните аргументи в полза на ранна ангиография и последваща оперативна интервенция.

РП-018

КОМПЮТЪРНО-ТОМОГРАФСКА АНГИОГРАФИЯ

*Б.Павлов, А.Трифонов, Д.Балгаранов
V МБАЛ - София*

Компютърно-томографската ангиография е неинвазивна методика. Не изисква допълнително ангиографско оборудване. Достъпна е, бързо и ефективно се изпълнява в хода на диагностичния. Дава възможност за бърза диференциална диагноза.

Не може да изключи ангиографското изследване. За периода от март 2001 до април 2003 година от нас бяха извършени рутинно при стандартни условия 235 КТ ангиографии.

КТ ангиография провеждаме за диагностициране на аневризми на Вилзиевския кръг и при налични субарахноидни кръвоизливи с неясен произход, за АVM и при състояние след операция с налагане на клипсове. Добри резултати имаме при исхемичните инсулти. Добре се изобразява патологията на каротидите.

РП-019

АНТИФОСФОЛИПИДЕН СИНДРОМ ПРИ ОСТРИ РАЗСТРОЙСТВА НА МОЗЪЧНОТО КРЪВООБРАЩЕНИЕ

*Д.Минчев, А.Хавезова, Д.Георгиева
МБАЛ "Св.Марина", Варна, II Неврологична клиника*

Цел на проучването е да анализираме в динамика мястото на антифосфолипидния синдром при остри нарушения на мозъчното кръвообращение.

Методи: Изследвана е група от двадесет и осем пациента, между 47 и 61 годишна възраст. Критерии за включването на болните в изследването бяха: наличие на огнищен неврологичен дефицит, УЗДСГ данни за нарушен мозъчен кръвоток. КТ или ЯМР данни за мозъчен инсулт. Пациентите бяха разделени на групи, в зависимост от клиничното или ренгенологично изследване: хе-

морагичен инсулт; емболичен; тромботичен инсулт.

Изследването на антифосфолипидни антитела се осъществява по метода на ELISA при норма < 1.1 или < 20, проследени в дванадесет месечен период.

Резултати: От всички болни при дванадесет от пациентите (43%), се доказва наличието на антифосфолипидни антитела в повишен титър, като 10 бяха с исхемичен инсулт, а 2 (15%) с хеморагичен. Проведеното лечение с невропротектори, антиагреганти и имуномодулиращи средства, показва подобрене на клиничната картина и антифосфолипидния синдром.

Заклучение: Обобщените клинични, ренгенологични и имунологични данни, допускат участие на повишения титър на антифосфолипидните антитела в патогенезата на острите разстройства на мозъчното кръвообращение. Изследването им е наложително при мозъчните инсулти, с оглед разширяване на прогностичните критерии и адекватен терапевтичен подход.

РП-020

АНТИФОСФОЛИПИДЕН СИНДРОМ В ДИФЕРЕНЦИАЛНАТА ДИАГНОЗА НА МОЗЪЧНИТЕ ИСХЕМИИ В ДЕТСКАТА ВЪЗРАСТ

*В.Божинова, В.Гергелчева, В.Томов
СБАЛНП "Св.Наум", София,
Детска неврологична клиника*

Етиологията на мозъчните исхемии в детската възраст е изключително разнообразна. В последните години се обръща внимание на антифосфолипидния синдром (първичен и вторичен) като причина за преходни нарушения на мозъчното кръвообращение и исхемични инсулти в детската възраст.

Представят се 6 наблюдения на деца с мозъчни исхемии (3 момчета и 3 момичета), развили се от 9 месечна възраст до 13 години при установени серумни антифосфолипидни антитела. При 5 деца заболяването е с остро развитие, при 4 от тях с рецидивиращ характер, при 1 - с псевдотуморно протичане. С различна давност се засягат двустранно сифоните на вътрешната сънна артерия (2 деца), клонове на средните мозъчни артерии (5 деца), задните мозъчни артерии (2 деца), само при един пациент локализацията е едностранна. При 4 от пациентите началната клинична изява е парциален епилептичен синдром, който предхожда от 1 месец до 2 г. развитието на хемипаретична и екстрапирамидна симптоматика. При 2 деца остро се развиват исхемии в базалните ядра двустранно. При едно от децата се установяват и ангиографски белези за тоуа-тоуа. При 4 от децата при проследяване се установява поява на нови огнищни неврологични синдроми, а при СТ успоредно с остатъчните лезии - прогресираща мозъчна атрофия. При имунологичните изследвания освен антикардиолипинови антитела при всички пациенти, при 3 от децата се установяват и антиглавкомускулни, антимиохондриални антитела, а при 2 - и антинуклеарни антитела и LE клетки, без пълна констелация за поставяне на диагноза на Lupus erythematoses.

Дискутират се диференциално-диагностичните възможности за вторичен антифосфолипиден синдром при ревматологични заболявания, първичен мозъчен васкулит, MELAS, хомоцистеинемия, протеин С и S дефицит, тоуа-тоуа.

В заключение: При деца с мозъчни исхемии при антифосфолипиден синдром се установяват множествени исхемични лезии и прогресираща мозъчна атрофия при невроизобразяващите изследвания, рецидивиращи инсулти

или прогресиращо развитие на нови неврологични синдроми.

РП-021

ДОПЛЕРСОНОГРАФСКИ ПРОМЕНИ ПРИ БОЛНИ СЪС СИНДРОМА НА SNEDDON

Ч. Дикова, Ю. Петрова, П. Шотек

МБАЛ "Александровска", София, Неврологична клиника

Синдромът на Sneddon е рядко системно съдово заболяване с основна проява артериопатия с предимно мозъчна и кожна локализация. Етиологията му е неизвестна. Честотата на заболяването е около 0.26% от всички случаи с мозъчно-съдова болест.

Материал и методи: Изследвани са 36 болни със сигурна диагноза синдром на Sneddon. Доплерсонографското изследване е проведено с апарат "Angiodine".

Резултати: При 18 от изследваните болни (50%) Доплеровата сонография на екстракраниалните и периферни съдове е с нормален спектрален анализ. При останалите болни се наблюдават следните промени в екстракраниалните съдове: тромбоза, стенози, вариетети. При част от тези болни тези промени са доказани ангиографски. Мониторирани са 4 болни, от които при един са установени НЕС.

При изследването на периферните съдове се наблюдават повишено съдово съпротивление при 14 болни (39%), данни за тромбоза при един и стеноза при 4 болни.

Получените от нас резултати при Доплерсонографското изследване на болните със синдрома на Sneddon са близки до тези получени от други автори. Те показват, че при тези пациенти е необходимо да се провеждат Доплерсонографски изследвания за поставяне на сигурна диагноза синдром на Sneddon и осъществяване на лечение и профилактика.

Ключови думи: синдром на Sneddon, Доплерова сонография

РП-022

ДОПЛЕРОВА СОНОГРАФИЯ НА КАРОТИДНИТЕ И ВЕРТЕБРАЛНИ АРТЕРИИ ПРИ БОЛНИ С ХИПОТИРЕОИДИЗЪМ

Ст. Тодоров, Д. Минчев, П. Йорданова, К. Христов

МБАЛ "Света Марина", Варна, II Неврологична клиника

Хипотиреозизмът протича с хиперхолестеролемия, която е рисков фактор за начални прояви на МСЗ.

Цел: Проучване на ДС промени в екстракраниалния кръвоток /скорост, съдова резистентност/ при отчитане на когнитивния дефицит и липидния профил у болни с ранни и късни прояви на хипотиреозизъм.

Методи: Изследвани са 52 болни (47 жени и 5 мъже при средна възраст 44.5±1.6), от които 30 с доказан хипотиреозизъм и 22 със субклинична проява на заболяването

Резултати: Отчетоха се следните ДС параметри - максимална систолна скорост, максимална диастолна скорост в kHz, съдова резистентност - индекс на Пурсело. При всички болни в динамика са наблюдавани серумни липиди, ММТ и КТ/МРТ, без данни за хипертонична болест и ший-

на спондилоартроза.

Доказа се повишена съдова резистентност при 41 болни (80%) според индекса на Пурсело, промени в систолната и диастолна скорости у 36 (72%) и когнитивни нарушения при 40 (79%) от болните. Повишени бяха холестеролът и триглицеридите.

Заклучение: Доказаната ДС, латентна каротидна и вертебрална съдова недостатъчност, налага при хипотиреозизъм да се търсят ранни прояви на мозъчносъдова недостатъчност. В съчетание с доловените когнитивни нарушения и хиперлипидемия, се приема наличието на рисков момент, относно появата на атеросклеротични мозъчносъдови промени.

РП-023

ДЕМЕНЦИЯ ПРИ НЕВРОЛУЕС: КЛИНИЧНО, НЕВРОПСИХОЛОГИЧНО И НЕВРОИЗОБРАЯВАЩО ПРОСЛЕДЯВАНЕ

А. Трайков¹, Ш. Мехрабиан¹, Г. Пехливанов², Е. Петрова², М. Райчева¹, Н. Цанков²

МБАЛ "Александровска", София, Неврологична клиника¹

МБАЛ "Александровска", София,

Клиника по Дерматология и Венерология²

Невролуесът все още представлява значителен медицински проблем в развиващите се страни и появата му при пациенти със СПИН е причина за нарастващия брой на нови случаи в развитите страни. Ние описваме случай на 56 годишен пациент с оплаквания датиращи от преди около две години - намалено внимание и концентрация, паметови смущения, характерови промени, намален слух с тинитус и атаксия. При първичния преглед когнитивното функциониране показва снижение до степен на лек дементен синдром (MMSE=23). Невропсихологичното изследване на вербална памет, внимание, назоваване, вербална флуидност показва умерено до значително снижение за различните когнитивните процеси. Поставената диагноза невролуес се базира на положителни серологични тестове на серума (VDRL-TRHA) и данните от ликворното изследване с плеоцитоза (лимфоцити 82%), повишен белтък и положителен тест за сифилис. МРТ на главен мозък показва умерена степен на вътрешна хидроцефалия с генерализирана корова атрофия.

При пациента се проведе лечение с пеницилин i.v. След първия месец лечение се установи клинично подобрение в поведението, паметта и ориентацията (MMSE=24). Контролното МРТ на главния мозък отчете леко снижение на вентрикулната дилатация. При контролното невропсихологично изследване на третия месец се регистрира значително подобрение в когнитивното функциониране (MMSE=26) - по-високи показатели при заучаване на 10 думи, Boston Naming Test и Digit Span.

В заключение, трябва да подчертаем, че невролуесът е важен при диференциална диагноза на всеки пациент с когнитивен спад и характерови промени. По време на проследяване, невропсихологичното изследване е задължителен елемент за верифициране на терапевтичния резултат.

РП-024

ЧЕСТОТА НА $\epsilon 4$ АЛЕЛА НА АПОЛИПОПРОТЕИН Е
ПРИ ПАЦИЕНТИ С БОЛЕСТТА НА АЛЦХАЙМЕР В
БЪЛГАРИЯ

Л.Трайков¹, Г.Николова², И.Търнев¹, М.Райчева¹,
И.Райчев², Ш.Мехрабиан¹, С.Янчева²
МБАЛ "Александровска", София¹
СБААНП "Св. Наум", София²

Наличието на $\epsilon 4$ алела на гена за Аполипопротеин Е (АпоЕ) е свързано с увеличен риск от поява на болестта на Алцхаймер (БА), в различна степен при различните етнически групи. Целта на настоящото проучване е да се определи честотата на епсилон 4 алела на АпоЕ при български пациенти с болестта на Алцхаймер.

Проучването включва 21 пациенти, които отговарят на критериите на DSM-IV за деменция от Алцхаймеров тип и критериите на CERAD (Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease) за вероятна БА. Клиничната диагноза е поставяна без наличие на данни за фенотипа на АпоЕ.

Разпределението на честотата на АпоЕ алелите при нашите болни са 0.02, 0.69 и 0.29 съответно за $\epsilon 2$, $\epsilon 3$ и $\epsilon 4$. Пациентите с наличие на поне един алел епсилон 4 са 52%.

От стойностите на честотата на АпоЕ $\epsilon 4$ алела може да бъде направено заключението, че българите носители на $\epsilon 4$ алела са свързани с по-голям риск да бъдат диагностицирани като страдащи от БА. Разпределението на АпоЕ алелите при пациенти с болестта на Алцхаймер в България се доближава до резултатите на други автори (Am J Pathol 1994, 145:1472), установени в серия от болни с патоморфологична верификация на диагнозата: $\epsilon 2$ - 0.03; $\epsilon 3$ - 0.64; $\epsilon 4$ - 0.33.

РП-025

ДИАГНОСТИЧНА СТОЙНОСТ НА НЯКОИ
КОМПЮТЪРТОГРАФСКИ ПАРАМЕТРИ
ПРИ БОЛЕСТТА НА ХЪНТИНГТОН

Н.Топалов¹, Д.Георгиев¹, И.Колева²
СБААНП "Св.Наум", София¹
СБФТР - Овча купел, София,
Отделение по кинезитерия²

Болестта на Хънтингтон (БХ) е автозомно-доминантно прогресивно невродегенеративно заболяване, характеризиращо се с хореични движения, когнитивен дефицит и психиатрични симптоми.

Цел: Да се определят някои компютъртомографски параметри при клинично верифицирани болни с БХ и да се сравнят резултатите с тези, получени при здрави контроли.

Методика и пациенти: Посредством компютърен томограф SOMATOM AR TX на Siemens (орбитомеатална линия, срезове през 5мм) измерихме зоната на главата на нуклеус каудатус (ЗГНК: площта в зоната на главата на нуклеус каудатус на репрезентативен срез) и бикаудалното разстояние (БКР: минималното разстояние между главите на двете опашати ядра) при 10 пациента с БХ (средна възраст 42 години), средна продължителност на заболяването 3,7 години и при 10 съответстващи по възраст здрави контроли.

Резултати: При болните с БХ установихме средни

стойности за ЗГНК - 0.40 cm², при контролите - 1.20 cm² и средни стойности на БКР при болните с БХ - 2.74 cm, за контролите - 1.55 cm.

Извод: Нашите резултати и тези публикувани в литературата поддържат мнението, че бикаудалното разстояние и зоната на главата на нуклеус каудатус са специфични и лесно осъществими компютъртомографски параметри, подкрепящи сериозно клиничната диагноза за болест на Хънтингтон.

Ключови думи: бикаудално разстояние, болест на Хънтингтон, нуклеус каудатус, компютърна томография

РП-026

КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧНО ПРОУЧВАНЕ НА АВТОЗОМНО-ДОМИНАНТНА ХЕРЕДИТАРНА СПАСТИЧНА ПАРАПЛЕГИЯ, ДЪЛЖАЩА СЕ НА ГЕНЕТИЧНИ ДЕФЕКТИ В СПАСТИНОВИЯ ГЕН

И.Търнев¹, Б.Бужов¹, Р.Русев², Н.Иванова³
МБАЛ "Александровска", София, Неврологична клиника¹
МУ- Плевен, Катедра по неврология²
СБАЛАГ "Майчин дом", София,
Лаборатория по молекулярна патология³

Хередитарните спастични парализации са хетерогенна група от наследствени заболявания, чиято основна клинична черта е спастичността в долните крайници. До сега са известни над 20 различни форми с автозомно-доминантен, автозомно-рецесивен и Х-свързано унаследяване.

Цел на настоящето проучване е клинично-генетично изясняване на три фамилии с автозомно-доминантна хередитарна спастична парализация: българска - с 3 засегнати индивиди, циганска - също с 3 засегнати и турска - с 7 засегнати.

Проведени са клинични, невропсихологични, неврофизиологични и невроизобразяващи изследвания, както и молекулярно-генетични изследвания на трите фамилии. Изследвани са общо 9 пациенти.

Възрастта на началото варира от първата година след раждането със закъсняло прохождение до 50 години. И при трите фамилии се наблюдава феноменът антиципация. В българската фамилия началото в първото поколение е 50 години, а във второто - 35 години. В циганската началото в първото поколение е 7 години, а във второто - закъсняло прохождение. В турската фамилия началото в първото поколение е 35 години, във второто - от 5 до 15 години, в третото - закъсняло прохождение. При всички пациенти е установено спастичност, хиперрефлексия и патологични рефлексии в долните крайници. При 7/9 пациенти е установено прогресиращо нарушение на походката, а при 2 - леко нарушение. Пареза на долните крайници е налице при 7 пациенти. Сфинктерни нарушения са открити при 2 пациенти от циганската фамилия. Pes cavus са установени при 8 пациенти. Хиперрефлексия в горните крайници - при 4 пациенти. Ментална ретардация е открита при 3 пациенти от турската фамилия. Молекулярно-генетичното изследване установи три различни мутации в спастиновия ген, локализиран върху 2p. Това даде възможност да се проучат генотип/фенотип корелациите при изследваните фамилии.

РП-027

КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧНО ПРОУЧВАНЕ НА АВТОЗОМНО-ДОМИНАНТНА ЕМЕРИ-ДРАЙФУС МУСКУЛНА ДИСТРОФИЯ, ДЪЛЖАЩА СЕ НА ГЕНЕТИЧЕН ДЕФЕКТ В ЛАМИНОВИЯ А/С ГЕН

*И.Търнев¹, А.Гудев², Б.Бужов³, Б.Георгиева³,
Ю.Петрова⁴, И.Кременски⁵, А.Тодорова³*

*МБАЛ "Александровска", София, Неврологична клиника¹
МУ - Плевен, Катедра по вътрешни болести²
СБАЛАГ "Майчин дом", София,
Лаборатория по молекулярна патология³*

Емери Драйфус мускулната дистрофия се характеризира с ранни контрактури в лакътните и глезенните стави, бавно прогресираща мускулна атрофия и слабост, и развитие на кардиомиопатия с проводни нарушения. Заболяването има две форми: 1/ X-рецесивна, емеринопатия, дължаща се на генетичен дефект в Hq28 и 2/ автозомно-доминантна, ламинопатия, дължаща се на генетичен дефект в 1q11-q23.

Целта на настоящето изследване е клиничко-генетично изясняване на българска фамилия с автозомно-доминантна мускулна дистрофия в 5 поколения с 7 засегнати индивиди.

Проведено е детайлно неврологично изследване, мускулно тестване, биохимични изследвания, ЕМГ, хистологични изследвания, ехография и КАТ на мускули, кардиологично изследване, включващо ЕКГ холтер мониториране и ехокардиография. Генеалогичният анализ показва автозомно-доминантен тип на унаследяване. Проведен е молекулярен анализ на цялата фамилия.

Заболяването започва на 16 години с поява на уморяемост и мускулна слабост в долните крайници, последвани от същите в горните крайници 2-3 години по-късно. При всички болни се отбелязва бавна прогресия. След 30 години се появяват и сърдечни оплаквания. Трима от засегнатите са починали от развитието на тежка сърдечна недостатъчност на 43 години, 57 години и 64 години.

Неврологичното изследване установява изразен, предимно проксимален, миопатен синдром в 4 крайници и наличие на контрактури в лакътните и глезенните стави. Кардиологичното изследване открива наличието на дилатативна кардиомиопатия, с редициращи камерни тахикардии, честни екстрасистоли, AV -блокове, систолна дисфункция, прояви на сърдечна недостатъчност. ЕМГ показва изразени миогенни промени. КФК е 2-3 пъти повишена. Хистологичните изследвания показват дефицит на протеините ламин А и ламин С. Молекулярно-генетичното изследване установи нова мутация в ламиновия А/С ген.

РП-028

КОНГЕНИТАЛНА КАТАРАКТА, ЛИЦЕВ ДИЗМОРФИЗЪМ, НЕВРОПАТИЯ СИНДРОМ - ТРАНСКРИБЦИОННО ЗАБОЛЯВАНЕ С ГЕНЕТИЧЕН ДЕФЕКТ В КАРБОКСИЛ-ФОСФАТАЗНИЯ КОМПОНЕНТ НА РНК ПОЛИМЕРАЗА II

*И.Търнев¹, П.Томас², В.Гергелчева¹, И.Литвиненко³,
Ю.Петрова⁴, Б.Ишпекова⁴, А.Шмаров¹, Р.Кинг²,
Р.Петков⁵, С.Черникова¹, Д.Ангеличева⁵,
А.Калайджиева⁵*

*МУ - София, Катедра по неврология¹
Университета на Лондон, Катедра по невропатология²
МУ - София, Катедра по педиатрия³
МУ - Пловдив, Катедра по педиатрия⁴
МУ - София, Катедра по рентгенология⁵
Едит Коуан Университета, Пърт, Австралия⁵*

Конгенитална катаракта, лицев дизморфизъм, невро-

патия синдром е новоописано автозомно-рецесивно мултисистемно заболяване, открито сред европейските ромии. В България до сега са идентифицирани 70 засегнати индивиди от 28 родословия. Проведени са детайлни клинични, неврофизиологични, невропатологични, невроизобразяващи и молекулярно-генетични изследвания. Заболяването се установява в първите месеци след раждането с наличието на конгенитални катаракти и микрокорнеа. Психомоторното развитие е забавено при всички пациенти. Постепенно се развива предимно моторна невропатия в долните крайници, а по-късно и в горните крайници, водеща до тежка инвалидизация в третата декада. Асоциирани признаци са: умерена, непрогресираща ментална ретардация, нисък ръст, лицев дизморфизъм, ангажиращ долния лицев сегмент и хипогонадотропен хипогонадизъм при всички пациенти, както и пирамидни признаци, лека хорей и атаксия при някои от тях. ЕНГ изследванията показват понижени скорости на провеждане в демиелинизиращия диапазон. Невропатологичните изследвания откриват първична хипомиелинизация със суперпонирана по-късно демиелинизация и аксонална дегенерация. МРТ на главния и гръбначния мозък установяват дифузна системна атрофия при повечето пациенти.

Заболяването бе картирано в 18q23. Понаатъшните молекулярно-генетични изследвания откриха мутацията, отговорна за заболяването, водеща до частичен дефицит в експресията на карбоксил-фосфатазния компонент на РНК полимеразата $\alpha\alpha$. По този начин Конгенитална катаракта, лицев дизморфизъм, невропатия синдром се оказа "чисто" транскрипционно заболяване, ангажиращо стоихометричния компонент на РНК полимеразата II холоензим.

РП-029

АВТОЗОМНО-РЕЦЕСИВНА ДИСТАЛНА МИОПАТИЯ СЪС СЪРДЕЧНО ЗАСЯГАНЕ ПРИ БЪЛГАРСКИТЕ РОМИ, КАРТИРАНА В 9p1-q1

*И. Търнев¹, Р. Херман², С. Чирак³, В. Гергелчева¹,
Х. Гьобел⁴, Б. Ишпекова⁴, А. Анева⁵, Р. Петков⁶,
Б. Бужов¹, П. Дочева⁷, Ю. Петрова¹, Т. Войт²*

*МУ - София, Катедра по неврология¹
Университет на Есен, Германия, Катедра по педиатрия
и детска неврология²*

*Макс Дебрук геномен център, Берлин, Германия³
Университет "Йохан Гутенберг", Майнц, Германия,
Катедра по невропатология⁴*

*МБАЛ - Благоевград⁵
МУ - София, Катедра по рентгенология⁶
МУ - София, Катедра по протективна
на вътрешните болести⁷*

Идентифицирана е автозомно-рецесивна дистална миопатия с първоначално засягане на предните тибални мускули сред българските ромии. До сега са открити общо 26 болни /13 мъже и 13 жени/ от 13 несвързани фамилии. Проведени са подробни клинични, неврофизиологични, невроизобразяващи, невропатологични и молекулярно-генетични изследвания при всички пациенти.

Средната възраст на изследване е 35 години. Средната възраст на началото е 25 години. 76% от пациентите загубват способността за самостоятелна походка за период от 10 години след началото на заболяването, а останалите 24% - от 11-18 години след началото. Девет пациенти продължават да ходят. Първоначално се засягат mm tibialis ant., extensor dig. bre-

vis и extensor hallucis longus. Mm. gastrocnemius и quadriceps femoris са относително леко засегнати. На по-напредналите стадии се засягат и проксималните мускули и аксиалната мускулатура. Сърдечно засягане е установено при 12 от 26 пациенти. 4 пациенти са починали внезапно от "ритъмна смърт". КФК е повишена от 2 до 10 пъти над нормата. ЕМГ показва миогенни промени. Хистологичните изследвания не откриват абнормни включения. Имунохистохимичните изследвания показват нормална експресия на ламинин a2, b1, b2, g1, a-DG, b-DG, a-b-g-d-SG, дисферлин и колаген VI. Молекулярно-генетичният анализ показва скаченост с 9p13.3-p12 локуса с максимален lod score от 6.6 за маркера D9S1791.

Заключение: Клиничната характеристика на дисталната миопатия при българските цигански фамилии наподобява дисталната миопатия тип Нонака. Два са белезите, отличаващи от нея: 1/ липса на характерните хистологични промени при тази форма; 2/ наличието на сърдечно засягане. Молекулярният анализ доказва, че заболяването е скачено с 9p12-13 локуса в интервал от 7 cM. Всички засегнати индивиди са хомозиготни за общ хаплотип на родоначалника. Този регион съдържа гена за дисталната миопатия тип Нонака, ензима UDP-N-acetylglucosamine 2 epimerase/N-acetylglucosamine kinase (GNE), но също и някои други потенциални кандидат-гени за заболяването.

РП-030

ПРОГРЕСИВНА МУСКУЛНА ДИСТРОФИЯ ПОЯС-КРАЙНИК ТИП 2А - КОЛПЕИНОПАТИЯ - КЛИНИЧНИ И ГЕНЕТИЧНИ ДАННИ

И.Търнев¹, В.Гергелчева¹, Б.Георгиева², Б.Бужов¹, О.Кълев³, Ю.Петрова¹, И.Кременски², А.Тодорова²
 МУ - София, Катедра по неврология¹
 СБАЛАГ "Майчин дом", София,
 Лаборатория по молекулярна патология²
 МУ - София, Катедра по патоанатомия³

Колпеинопатията е най-честата /около 45% от всички АР пояс-крайник форми/ и най-добре проучената автозомно-рецесивна пояс-крайник мускулна дистрофия. Тя се дължи на генетични дефекти в колпеин 3 гена, локализиран върху 15q15.1-q21.1. До сега са известни над 70 различни мутации в този ген. Липсата на мускулния ензим колпеин 3 се установява чрез Western blot. Заболяването е установено във всички страни, където е провеждано проучване.

Целта на настоящето изследване е да се проучи разпространението, клиничните вариации и генетичните дефекти при колпеинопатията в българската популация. Изследвани са 22 пациенти от 20 семейства с клинична диагноза пояс-крайник прогресивна мускулна дистрофия или ПМД тип Бекер. При 14 от тях, 10 жени и 4 мъже, е доказана колпеинопатия. Трима от мъжете са били диагностицирани като ПМД тип Бекер, а не като пояс-крайник мускулна дистрофия.

Проведени са детайлни неврологични, биохимични и невроизобразяващи изследвания /ехография и КАТ на мускули/, мускулно тестване, ЕМГ, ЕКГ, ехокардиография при всички пациенти. Western blot е осъществен при 5 от пациентите. Молекулярно-генетичното изследване включва анализ на всички 24 екзона от колпеин 3 гена чрез предварително намно-

жаване на подобрите участъци от гена с полимеразна верижна реакция от геномна ДНК и директно секвениране и/или анализ на конформацията на едноверижните ДНК фрагменти.

Възрастта на началото варира от 12 до 21 години при българските пациенти. Заболяването се характеризира със симетрична и относително селективна мускулна слабост и има специфична еволюция. В ранните стадии преобладаващо се засягат мускулите на тазовия пояс, m.gluteus maximus, агдукторите, коремните мускули на трункуса. Сърдечните и интелектуалните функции са нормални при всички пациенти. Серумната КФК е средно 20 пъти повишена над нормалните стойности. Установени са широки вариации в тежестта на клиничното протичане.

Молекулярният анализ показва, че мутацията 550delA в екзон 4 е най-честият генетичен дефект, причиняващ колпеинопатия сред българската популация. При двамата пациенти тя е в хомозиготно състояние, при други двамата е в хетерозиготно състояние с мутацията 967G>T в екзон 7, при още двамата пациенти тя е в хетерозиготно състояние в комбинация с голяма делеция, включваща целият екзон 4. При останалите пациенти са установени други мутации в колпеиновия ген, някои от които неописани до момента в литературата.

Получените резултати предполагат, че колпеинопатията е най-честата АР пояс-крайник ПМД сред българската популация.

РП-031

ВЪЗМОЖНОСТИ НА ЕХОГРАФСКОТО ИЗСЛЕДВАНЕ ПРИ ПАЦИЕНТИ С ФАЦИОСКАПУЛОХУМЕРАЛНА МУСКУЛНА ДИСТРОФИЯ (ФСХД)

Ю.Й.Петрова, Б.Цанков, И.Търнев, П.Шотеков
 Медицински университет - София,
 Катедра по Неврология

Ехографското диагностициране на промените, настъпващи в атрофичните и преатрофичните мускули, при пациенти с различни форми на мускулни дистрофии, е една от основните методики за определяне на тежестта и скоростта на протичане на дистрофичния процес. Фациооскапулохумералната мускулна дистрофия /ФСХД/ е третата по честота миопатия, която се унаследява по АД тип. Генът отговорен за развитието и е картиран в дълготрамо рамо на 4-та хромозома. Началото на миопатния процес при ФСХД засяга лицевите мускули, следвани от фиксаторите на лопатката. По-късно заболяването ангажира предната група мускули на подбедрицата и мишничната мускулатура, а в следващия етап и тази на бедрото, тазовия пояс и предмишницата. Ехографското изследване на засегнатите от патологичния процес мускули показва увеличени хиперехогенни пространства, разредени от хипоехогенни области. Размерът на хипоехогенните участъци се визуализира различно в зависимост от тежестта на дистрофичния процес. За някои мускули той е увеличен, а при други непроменен. Последователността на мускулно засягане, характерна за ФСХД, позволява провеждането на избирателно и целенасочено ултразвуково изследване на пациентите.

Ключови думи: Ехография, мускули, ФСХД.

РП-032

ХРОНИЧНА АЛКОХОЛНА МИОПАТИЯ

*Т. Маркова¹, З. Запрянов², Е. Петрова³, Е. Витева¹
МБАЛ "Св. Георги", Пловдив, Неврологична клиника¹
МУ - Пловдив, Катедра по патоанатомия²
МУ - Пловдив, Катедра по анатомия,
хистология и ембриология³*

Настоящата разработка цели максимална визуализация на миогенната увреда при болен с клинични данни за енцефаломиелополиневропатия с токсична /алкохолна/ генеза.

Описано е едно клинично наблюдение на 30 годишен мъж с проблеми от страна на долните крайници.

Проведени са рутинни /от кръв и урина/ и специализирани /очен статус, ЕЕГ, ЕМГ, ликворни, психологични и други/ изследвания; анализирани са находките от мускулна биопсия, обследвани с възможностите на светлинната микроскопия, хистохимията и електронната микроскопия.

Клиничната диагноза се базира на анамнестични /продължителна алкохолна злоупотреба, постоянни болки, парестезии, затруднени активни движения/ и обективни /неврологични синдроми в резултат на увреда на периферната и централната нервна система/ данни, подкрепени от ЕМГ /данни за нехомогенна периферностволова, предноговова и първична миогенна увреда/ и мускулна биопсия. Светлинната микроскопия открива нехомогенна огнищна деструкция на рабдомиоцитите, разрастване на съединителна и мастна тъкан, задебеляване на стените на микро- и среднокалибрени съдове. Хистохимично се наблюдава атрофия на мускулни влакна тип аа, променящи цвята си тубуларни агрегати, разширени интерфибралери пространства, увеличаване на гликогена и липидите, намалена активност на гликолитичните ензими и фосфоорилазата.

Електронната микроскопия представя миофибрилите с участъци на стесняване, митохондриите със зони на пълна дезорганизация; виждат се гликогенови и липидни натрупвания, дилатация на саркоплазменния ретикулум, задебеляване на базалните ламели на съдовете.

Има съответствие между консумираните количества алкохол, тежестта на клиничната картина и промените в мускулната биопсия, твърдят други автори.

РП-033

ХРОНИЧНИ МИОФАСЦИАЛНИ БОЛКИ
И ФИБРОМИАЛГИЯ - РЕАЛНОСТ
В НЕВРОЛОГИЧНАТА ДИФЕРЕНЦИАЛНА
ДИАГНОЗА.

*И. Нисимов¹, Д. Масларов²
Първа МБАЛ - София, Неврофизиологична лаборатория¹
Първа МБАЛ - София, Неврологично отделение²*

Хроничните миофасциални болки (ХМБ) представляват непрогресиращ, недегенеративен и невъзпалителен синдром на напречно-набраздената мускулатура, който се характеризира с болки и мускулна скованост в точно определени области на тялото. Фибромиалгията (ФМ) е невроендокринен синдром с дифузни мускулни болки.

Днес ХМБ и ФМ се разглеждат като болкови синдроми, които не представляват душевно заболяване и не са проява на психологични смущения, въпреки че хроничната болка е честа причина за тревожност и депресия. Световната Здравна Организация, Американската Медицинска Асоциация и Националният Институт по Здравеопазване на САЩ са сред организациите, които признават

ХМБ и ФМ като действителни физически заболявания, които са сред главните причини за неработоспособност.

През 1983 г. бе публикувана за първи път монографията "Myofascial Pain and Dysfunction - The Trigger Point Manual" от J. Travel и D. Simons, но бяха необходими три десетилетия "Теорията за тригерните точки" да намери широко признание в медицинската наука, въпреки че ежедневната практика доказваше нейната правдивост.

ХМБ са фокални или регионални мускулни болки в покой и при движение с определена и характерна ирадиация в отдалечени зони, асоциираност с мускулна скованост и задължително присъствие на "тригерни точки". Тригерните точки (ТТ) представляват локални зони на чувствителност в мускулите с характер на твърди възли или опънати лентовидни структури, които могат да се палпират през кожата. ТТ могат да бъдат в активно и латентно състояние, като всяка активна ТТ е способна да създаде вторични и асоциирани ТТ и по този начин са разгръщат каскаден механизъм. Стимулацията на ТТ води до поява на характерен болков патерн за даден мускул, който се съчетава с неколкоквни прояви в отразени зони - микроциркулаторни, секреторни, пилomotorни и по-рядко вестибуларни и зрителни.

При ФМ е характерно съчетанието на дифузни мускулни болки с продължителност над 3 месеца с наличие на зони по тялото (най-малко в 11 от 18 чувствителни зони - tender point), в които дозирана палпация с натиск от 4 kg предизвиква изразена болезненост - позитивни "tender point".

От изключително значение при диагнозата на ХМБ и ФМ е задълбоченото познание на локализацията на "trigger point" и "tender point", начинът им на възникване, протичането и провокиращите ги фактори. Трябва да се отбележи фактът, че при един пациент могат да се съчетават и двете състояния, което поставя въпроса и за диференциалната диагноза между ХМБ и ФМ. Доброто повлияване при ХМБ от провеждането на специални лечебни техники (охлаждане и разтягане на мускула, инжектиране на ТТ съпроводено с разтягане на мускула) е в подкрепа на диагнозата.

Диференциалната диагноза при ХМБ и ФМ включва широк кръг от "класически" неврологични заболявания: мигрена, радикулоневрит, плексоневрит, компресионни невропатии, полиневропатии, както и широка група ревматологични и вътрешни заболявания.

Необходимостта от разширяване на експертните знания на невролога със заболявания като ХМБ и ФМ е продиктувана от факта за тяхната широка разпространеност и от необходимостта от подобряване качеството на живот на пациентите с хронични болки, получили вярната диагноза и адекватно лечение.

РП-034

ЕЛЕКТРОМИОГРАФСКО ПРОУЧВАНЕ ПРИ
ПАЦИЕНТИ С РЕВМАТОИДЕН АРТРИТ

*Г. Оичева¹, С. Новачкова², В. Пейчева³
МБАЛ "Св.Ив.Рилски", София, Неврологична клиника¹
МБАЛ "Царица Йоанна", София, Неврологична клиника²
МБАЛ "Св.Ив.Рилски", София, Ревматологична клиника³*

Ревматоидният артрит (РА) е главният представител на ревматичните болести и най-честото от възпалителните заболявания със ставни прояви. РА е болест на целия организъм, а не само на ставите, протичайки както с висцерални прояви, така и със засягане на нервната система. Освен периферни нерви, възможно е да се засегне и напречно-набраздената мускулатура - под фор-

мата на атрофия, интерстициален миозит, стероидна миопатия. Според клиничната симптоматика от страна на нервната система при пациенти с РА могат да се наблюдават периферни невропатии, понякога само мускулни промени или съчетание от двете.

Цел на настоящото изследване е установяване на електромиографската картина при пациенти с РА със субективна симптоматика от страна на нервно-мускулния апарат - слабост, болки, парестезии.

Изследвани са общо 30 пациенти с РА, от които 14 мъже - на средна възраст 33,8 години и 16 жени - на средна възраст 48,3 години. Пациентите са разпределени в две основни групи според провежданата кортизонова терапия - такива без кортикотерапия и пациенти с кортикотерапия. Освен това пациентите са разделени в три групи според титъра на ревматоидния фактор - съответно: при норма - 1:16, при гранични стойности - 1:32 и позитивиран - над 1:32, 1:64 и т.н.

Приложени са следните методики: Изглена електромиография - за оценка на мускулната активност - най-често в проксималната мускулатура на горните и на долните крайници, както и на някои дистални мускули; Стимулационна ЕНМГ - за проводимостта по сетивните и двигателните влакна на отделни нерви на ръцете и краката.

Резултатите от проведеното проучване могат да се обобщат по следния начин: При изследването на мускулите с изглена ЕМГ - нормална биоелектрическа активност се установява в 20% от пациентите, с миогенни промени в проксимални мускулни групи - 35%, с повишена неспецифична полифазност на потенциалите при 10% и с полифазност предимно с преднокоренчев характер - при 35%. Изследването на периферните нерви показва лесностепенно аксонално засягане на сетивни нерви в 15% от случаите и също толкова случаи на засягане на двигателни нерви.

Прави впечатление сравнително високата честота - 30% - на засягане на локални дистални участъци на нервите от типа на компресионен (тунелен) синдром в горните крайници - синдром на карпалния канал. Установена е и положителна корелация между степента на позитивирание на ревматоидния фактор с агресивността и еволютивността на РА, както и с наличието и изразеността на миогенните промени.

РП-035

ЕЛЕКТРОМИОГРАФСКО И КЛИНИЧНО ИЗСЛЕДВАНЕ НА ПАЦИЕНТИ С ТРИХИНЕЛОЗА

*С.Новачкова¹, Д.Балдаранов², Б.Илиева¹, М.Раиева¹
МБАЛ " Царица Йоанна", София, Неврологична клиника¹
V МБАЛ, София, Нервно отделение²*

При 99 болни с трихинелоза е проведено подробно електромиографско и неврологично изследване. С изглени електроди са изследвани mm deltoideus, biceps br., tibialis ant., quadriceps fem. С повърхностни електроди е изследвана скоростта на провеждане по двигателните влакна на nn ulnaris и fibularis и по сетивните влакна на nn ulnaris и suralis. При 94 от пациентите се намериха електромиографски и клинични признаци на миогенна увреда. При 89,9% от заболелите са установени и данни за радикуларно и периферно-нервно увреждане в лека степен. На 7 болни са правени и соматосензорни евокирани потенциали и при 4 от тях също е имало признаци на увреждане на коренчево и периферно ниво. При оценка тежестта на миогенните промени е установено известно съответствие на електромиографските и клиничните данни.

Клинично не е намерена тежка степен на увреда и почти в еднакъв брой пациенти увредата е била оценена като средно тежка и лека. Електромиографски при 33,3% е установено тежко засягане на мускулите, при 40,4% - средно тежко и при 21,2% - лека степен.

РП-036

ЗАВИСИМОСТ НА ИНТРАКОРТИКАЛНАТА ИНХИБИЦИЯ И ФАСИЛИТАЦИЯ ОТ НИВОТО НА КО-АКТИВНОСТ НА МУСКУЛИТЕ АНТАГОНИСТИ.

*М.Христова¹, Н.Пондев¹, А.Христова¹, В.Волф²,
А.Косев¹*

*БАН, София, Институт по биофизика¹
Мюнхенски Университет на Въроржените Сили,
Нойбиберг, Германия²*

Транскраниалната магнитна стимулация (ТМС) с двойка стимули се прилага за изучаване на механизмите на интракортикалната инхибиция и фасилитация. Моторните евокирани отговори се редуцират, когато тестиращият магнитен стимул е последван от един кондициониращ с къс междустимулен интервал (1 до 5 ms), а когато междустимулният интервал е 10-25 ms те се увеличават.

В настоящите изследвания е използвана ТМС с единичен и двойка стимули за проучване на механизмите на интракортикална инхибиция и фасилитация. Интензитетът на тестиращият магнитен стимул беше 120% от моторния праг, а интензитетът на кондициониращия стимул 80% него. Използваните интерстимулни интервали бяха 3 и 13 ms. Моторните евокирани отговори бяха отвеждани от first dorsal interosseus мускул с стандартни повърхностни електроди при релаксиран мускул, при ко-активност на антагониста и при изометрична активност на агониста. Нивото на електромиографската активност при изометрична активност на агониста, подържано от изследваните лица беше същото, както при ко-активност.

Увеличаването на амплитудата на моторните евокирани отговори беше значимо по-голямо при условието с ко-активност на антагониста в сравнение с подържане на изометрична активност на агониста. По време на ко-активност интракортикалната инхибиция беше по-голяма, докато ефектът на интракортикална фасилитация не бе установен. Ефектът на интракортикална фасилитация при изометрична активност на агониста без ко-активност на мускула антагонист беше значим, въпреки че беше по-малък в сравнение с релаксиран мускул. Основният извод от направените проучвания е, че ко-активността на мускула антагонист е свързана с увеличение на интракортикалната инхибиция и вероятно по-силно подтискане на интракортикалната фасилитация.

РП-037

ВЛИЯНИЕ НА ПОДПРАГОВАТА ТРАНСКРАНИАЛНА МАГНИТНА СТИМУЛАЦИЯ ВЪРХУ ЧЕСТОТАТА НА ИМПУЛСАЦИЯ НА ДВИГАТЕЛНИТЕ ЕДИНИЦИ

*М.Христова¹, А.Христова¹, Т.Вукова¹, Р.Денглер²,
А.Косев¹*

*БАН, София, Институт по биофизика¹
Медицински Университет, Хановер, Германия²*

Подпрагова транскраниална магнитна стимулация (ТМС) с интензитет 80% от моторния праг е приложена за проучване на интракортикалните процеси при тонична активност (10% от максималната изометрична

сила) на отделни двигателни единици. Изследванията са проведени върху first dorsal interosseus мускул на здрави хора. Отвежданията на биоелектричната активност на мускула са извършени с подкожен разклонен жичен електрод, който дава добра възможност за селектиране на отделна двигателна единица.

Влиянието на интракортикалните процеси е оценено чрез промените в импулсацията на двигателните единици и по-специално на промени в дължината на междуимпулсните интервали след прилагане на ТМС. Времетраенето на първия, втория и трети междуимпулсни интервали след прилагане на ТМС са статистически значимо по-дълги от средния междуимпулсен интервал преди нея. Получените резултати показват доминиращ ефект на интракортикалната инхибиция. Чрез използваната от нас методика установихме значимо по-дълга интракортикална фасилитация (200-300 ms) от тази, получена при експериментите с използване на ТМС с двойка стимули с къс междустимулен интервал (1-5 ms).

РПН-038

ЕЛЕКТРОНЕВРОГРАФСКИ ПАРАМЕТРИ ПРИ ПРОФЕСИОНАЛНО ЕКСПОНИРАНИ ЛИЦА С ОЛОВО

В.Несторова, А.Димитрова

МУ - Варна, Клиника професионални болести

Цел на настоящето проучване е проследяването на електроневрографски (ЕНГ) промени на периферните нерви при работници с професионален контакт с оловни аерозоли.

Изследвани са 44 мъже на средна възраст 43 ± 4.2 години от производство на акумулатори със стойности на олово в кръвта над 400 $\mu\text{g/L}$. ЕНГ изследване на п. medianus, п. ulnaris, п. tibialis (ДЛВ, амплитуда на М-отговор и скорост на провеждане по двигателни влакна) и симпатиков кожен отговор за горни крайници се проведе с повърхностни електроди по стандартна методика. Получените резултати са съпоставени с концентрацията на олово в кръвта и продължителността на професионалната експозиция и са сравнени с контролна група от 40 здрави лица без контакт с оловни аерозоли, със сходен възрастов състав.

13.7% от изследваните лица са с болково-парестезни оплаквания от крайниците, а при 54.5% се установиха демиелинизационни промени на изследваните нерви.

Обсъдена е корелацията на регистрираните отклонения в ЕНГ параметрите с продължителността на оловната експозиция и концентрацията на олово в кръвта и установени маркери за субклиничната невротоксичност на тежкия метал.

РПН-039

РЕЦЕСИВНА СПАСТИЧНА АТАКСИЯ /ПРИНОС С ЕДИН СЛУЧАЙ/

Т.Маркова, Е.Витева

МБАЛ "Св. Георги", Пловдив, Неврологична клиника

Целта на настоящата публикация е да представи клинично наблюдение на една от изключително редките форми на рецесивната спастична атаксия - автосомно-рецесивна спастична атаксия - основен тип /АРСА/.

Обект на проучването е 34 годишен мъж с начало на заболяването на 10 годишна възраст, предствавящ епикризи от педиатрични и неврологични

здравни заведения с различна давност и с различни окончателни клинични диагнози.

Изследвани са: кръвна картина, СУЕ, глюкоза, уреини, мастни и чернодробни показатели, показатели на медната обмяна, имунологичен статус, Ам срещу базичен миелин, лумбален ликвор, очен статус, ЕКГ, Електроцеребелография, нативна КАТ на главен мозък и шиен гръбнак, МРТ на главен мозък.

В процеса на поставяне на точната клинична диагноза се мисли за: невроза, хепато-лентиклуларна дегенерация, демиелинизиращ процес.

Прецизната хронологична анамнеза, неврологичен статус и параклиника показват, че случаят отговаря на следните диагностични критерии за АРСА: ранно начало /10 годишна възраст/; начални дискоординационни нарушения с добавена, прогресираща с годините долна спастична парепареза; развитие на заболяването главно до 20 годишна възраст и бавно прогресиране на пирамидния синдром в следващите 14 години; дълъг период /24 години/ на инвалидизация /предпочита да се движи с бастун/; водеща в клиничната картина е долната спастична парепареза; късно /към 27-28 годишна възраст/ оформяне на двустранни деформации на стъпалата; отсъствие на обемни и структурни церебеларни промени на КТ и МРТ; отсъствие на захарен диабет и кардиопатия; липса на фамилен обремененост.

В достъпната ни специализирана българска литература не срещнахме описание на случай на АРСА - основен тип.

РПН-040

EXAMINATION OF CENTRAL MOTOR PATHWAYS IN PATIENTS WITH MULTIPLE SYSTEM ATROPHY

D.Bogdanova¹, A.Kossev², L.Komissarov³, J.Rollnik³, R.Dengler³

SHNP "St. Naum", Sofia, Bulgaria¹

BAS, Sofia, Bulgaria, Institute of Biophysics²

Medical School of Hannover, Germany, DNCN³

Background: Multiple system atrophy (MSA) is relatively common, but poorly recognized. There is not one clinical sign or laboratory test that is specific for this diagnosis. It is well known that corticospinal dysfunction occurs in about 50% of the patients.

The new triple stimulation technique, combining transcranial with peripheral nerve stimulation estimates the proportion of the anterior horn cell pool supplying the target muscle that is brought to discharge by a transcranial stimulus and is a very reliable measure of the percentage of functional upper motor neurons.

The aim of the present study was to evaluate the corticospinal conduction failure using triple stimulation technique in patients with idiopathic Parkinson's disease (PD) and with MSA and to correlate the electrophysiological findings with the clinical status, stage of disease and to neuroimaging data (beta-CIT SPECT).

Patients and methods: Five MSA and 5 PD patients were enrolled in the study. All were examined using the Unified PD Rating Scale (UPDRS III, motor section of the UPDRS, 18-31). The muscle strength was graded clinically using a simplified scale of 4 steps (British Medical Council Scale). Ten healthy volunteers were used as control group. Each participant was subjected to conventional transcranial magnetic

stimulation and to triple stimulation test.

Results: In all patients with MSA the triple stimulation test was abnormal with reduced TST amplitude and area ratios as compared with the PD patients and with the healthy subjects, in which the latter were normal.

Conclusions: It seems that the triple stimulation test may improve the diagnosis of MSA and may be a clue to the pathophysiology of this heterogeneous disorder. Moreover, pathological TST in the individual patient could support the diagnosis of MSA early in the disease.

РП-041

ТРИГЕМИНО-ЦЕРВИКАЛЕН РЕФЛЕКС ПРИ ЗДРАВИ КОНТРОЛИ И ПРИ БОЛНИ С РАЗЛИЧНИ НЕВРОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

Д. Богданова, И. Миланов

СБААНП "Св. Наум", София, Отделение по клинична неврофизиология

Въведение: Редица неврофизиологични изследвания показват абнормна активност на някои структури на мозъчния ствол при болни с първично главоболие, множествена склероза и при екстрапирамидни заболявания. Нов метод за изследване на мозъчния ствол и неговите централни контролни механизми е тригеминно-цервикалният рефлекс, който използва невронни връзки от тригеминалните ядра към цервикалните мотоневрони. По предварителни данни този рефлекс може да се окаже почувствителен за разкриване на стволони лезии от конвенционалния мигателен рефлекс.

Контингент и методи: Изследвани бяха 32 здрави контроли, 30 болни с първично главоболие (15 с предимно едностранно хронично тензионно тип главоболие и 15 болни с мигрена без аура), 25 болни с множествена склероза, и 10 болни с Паркинсонова болест. Тригеминно-цервикалният рефлекс беше отведен двустранно от m. sternocleidomastoideus в покой с помощта на повърхностни електроди.

Резултати: При всички болни тригеминно-цервикалният рефлекс беше абнормен. При всички болни с главоболие латентното време на рефакса на страната на главоболието беше скъсено, в сравнение със страната без главоболие и със здравите контроли. При всички болни с множествена склероза рефлексът беше с удължено латентно време или липсваше. При всички болни с Паркинсонова болест тригеминно-цервикалният рефлекс се отведе с нормално латентно време, но с намалена амплитуда и площ, или липсваше. Резултатите бяха съпоставени с клиничните и невроизобразяващите данни.

Заклучение: Тригеминно-цервикалният рефлекс може да се използва за разкриване и локализиране на дисфункции и/или лезии на каудалните части на мозъчния ствол. Рефлексът има ниска диагностична стойност, но е полезен за по-доброто разбиране на патофизиологичните процеси в мозъчния ствол при различни неврологични заболявания.

РП-042

ЗРИТЕЛНИ ЕВОКИРАНИ ПОТЕНЦИАЛИ ПРИ ДЕЦА С ГЛАВОБОЛИЕ, КАТО ТЕСТ ЗА МИГРЕНА

Д. Христова, И. Литвиненко

СБААДБ, София, Клиника по детска неврология

Представя се проспективно клинично наблюдение на 10 деца с упорито главоболие с давност над 1 година. Видът на главоболието е диференциран според международната класификация по главоболие в два типа - мигренозно и тензионно. За уточняване и доказване мигренозния му характер бе приложено изследване на зрителни евокирани потенциали при всички пациенти. Отчитани бяха латенциите N75, P100, N140 и амплитудата P100/N140. Пациентите с мигренозен тип показват различия най-вече в амплитудата P100/N140 сравнени с децата с тензионно главоболие. Тъй като в детската възраст е трудно определянето на типа на главоболие само по анамнестични данни, използваната методика се явява допълнителен, надежден метод за изясняване и подбор на лечението.

РП-043

VARICELLA-ZOSTER ВИРУСНАТА ИНФЕКЦИЯ В ЕТИОПАТОГЕНЕЗАТА НА ДЕМИЕЛИНИЗИРАЩИТЕ ПРОЦЕСИ В ДЕТСКАТА ВЪЗРАСТ

В. Божинова, П. Димова, В. Гергелчева

СБААНП "Св. Наум", София, Детска неврологична клиника

Varicella-zoster вирусът е един от най-честите причинители на острите дисеминирани енцефаломиелити в детската възраст. Патогенезата в тези случаи е обусловена от параинфекциозна демиелинизация поради имуно-медирана увреда на олигодендроглията или кръвоносните съдове, а клиничните прояви-разнообразни.

Представят се 4 наблюдения на деца с развитие на различен тип демиелинизиращи процеси на нервната система в резултат на Varicella-zoster вирусна инфекция: 1. Дисеминиран параинфекциозен енцефалит при дете на 3 години; 2. Рецидивиращ двустранен ретробуларен неврит при момче на 10 години; 3. Множествена склероза при момче на 13 г., чийто първи пристъп се развива непосредствено след варицела; 4. Момиче на 14 години с невроретиноваскулит.

Вирусологичните изследвания са с данни за ликворни антители срещу Varicella-zoster вирус при всички пациенти. При децата с дисеминиран параинфекциозен енцефалит и множествена склероза ликворната електрофореза е с олигоклонал тип, а магнитно-резонансната томография (МРТ) разкрива множествени хиперинтензни лезии при T2W измерване. При детето с рецидивиращ ретробуларен неврит и невроретиноваскулит не се установяват патологични промени в ликворните белтъци и в МРТ на главен мозък.

Дискутира се ролята на Varicella-zoster вирусната инфекция за експресията на демиелинизиращи процеси на централната нервна система с остър характер (дисеминиран параинфекциозен енцефалит), рецидивиращ ретробуларен неврит и множествена склероза в детската възраст.

РП-044

КЛИНИЧНИ И ЕЕГ ПРОУЧВАНИЯ ПРИ БОЛНИ С НЕВРОИНФЕКЦИИ

Ст. Божинов¹, Хр. Цветанова², П. Божинов¹

МБАЛ - Плевен, Първа Неврологична клиника¹

МБАЛ - Плевен, Клиника "Инфекциозни болести"²

Цел: Да се съпоставят клиничните и ЕЕГ промени при преболедалите от невроинфекции, за да се диагностицира и своевременно лекува резидуалния неврологичен дефицит.

Материал и методи: Проучени са 202-ма болни, лекувани в клиниката по Инфекциозни болести и проследявани в ЕЕГ лабораторията на Първа Неврологична клиника - "МБАЛ-Плевен" ЕАД за осемгодишен период (1995 -

2002г.). Използвани са: клинични, ЕЕГ, ликворологични и лабораторни изследвания, а при диагностични затруднения са прилагани и невроизобразителни методи (СТ и MRI). ЕЕГ-изследванията са извършвани на 24 канален, дигитален ЕЕГ апарат Galileo Sirius (Esaote-Biomedica по общоприетите международни стандарти).

Резултати и обсъждане: При болните са поставени следните диагнози: Серозни менингити 155 (76,73%); Гнойни енцефалити 18 (8,92%); Серозни менинго-енцефалити 14 (6,93%); Гнойни менингити 11 (5,44%) и Остри енцефалити 4 (1,98%).

Пациентите са проследявани с ЕЕГ в острия стадий на заболяването, след третия и шестия месец от дехospitalизацията. Болните с абнормни ЕЕГ при изразени клинични прояви са консултирани периодично през 3 и 6 месеца с невролог, инфекционист, провеждани са и допълнителни контролни ЕЕГ и е уточнено терапевтично поведение.

Промените на ЕЕГ условно са систематизирани в три групи: 1) Нормални ЕЕГ са имали 44 болни (21,78%); 2) ЕЕГ с дифузни промени са имали 93 болни (46,04%); 3) Абнормни ЕЕГ "с омишнени промени и разгъната вторична билатерална синхронизация на пароксизмите" - 65 болни (32,18%). Болните с най-абнормни ЕЕГ от ааа-ти и до известна степен тези с ЕЕГ от аа-ри тип са обект на периодични консултативни прегледи. При част от тези болни са открити различни по клинични изяви епилептични припадъци. При други са намерени несистематизирани пирамидни синдроми в съчетание с различни оплаквания. При болните с епилептични припадъци се провежда противоконвулсивно лечение. Останалите болни се лекуват периодично със симптоматични медикаменти.

Вероятно е при пациентите с абнормни ЕЕГ промените да са отражение на невронални и арахноидални дисфункции. Лекарствата с доказани механизми могат да въздействат на различни нива в разпространяващата се каскада от биохимични и клетъчни промени. Така се съдейства на невропротекция, невростабилизация или невронално възстановяване на болните. Получените резултати дават основание да се ПРЕПОРЪЧА активно проследяване клинично и ЕЕГ на преобладаващите от невроинфекции. Наличието на патологични промени на ЕЕГ, с известни клинични изяви предоставят възможност за своевременно диагноза, профилактика и лечение на развиващ се поствъзпалителен неврологичен дефицит.

РП-045

ДИАГНОСТИЦИРАНЕ НА БОЛНИ С ЛЕКО КОГНИТИВНО НАРУШЕНИЕ, С ПОМОЩТА НА НЕВРОПСИХОЛОГИЧНАТА БАТЕРИЯ CERAD

*А.Трайков¹, Г.Николова², М.Райчева¹, И.Райчев², Ш.Мехрабиан¹, С.Янчева², П.Шотекон¹
МБАЛ "Александровска", София¹
СБАЛНП "Св. Наум", София²*

Проучванията в последните години свидетелстват за наличието на континуум на функциите между нормалното стареене и най-ранните признаци на БА. Това преходно състояние е означено като леко когнитивно нарушение (Mild Cognitive Impairment). Лекото когнитивно нарушение характеризира лица, които имат паметови нарушения, по-изразени от очакваните за съответната възраст, при съхранено общо когнитивно функциониране и нормални ежедневни дейности.

Настоящото проучване има за цел да определи, кои от паметовите задачи, включени в невропсихологичната батерия CERAD (Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease) диференцират пациентите с леко когнитивно нарушение от контролна група лица с нормално когнитивно функциониране.

Изследването е проведено при 15 лица с леко когнитивно нарушение и 16 здрави контроли съответстващи по възраст и образование на болните. При всички участници в проучването бяха изследвани висши корови функции с помощта на невропсихологичната батерия, предложена от CERAD.

Резултати: Показателят, който най-добре разграничава пациентите с леко когнитивно нарушение от здравите контроли е тестът за отсрочено припомняне на списък от думи ($p < 0,01$). Другите тестове за памет, като непосредствено припомняне и разпознаване, имат слаба дискриминативна стойност.

Резултатите от проучването сочат, че изследването на отсрочено припомняне има особено голяма стойност за надеждно диагностициране на пациенти с леко когнитивно нарушение и трябва да се има предвид, при изготвянето на невропсихологични батерии за скрининг на общата популация.

РП-046

ИЗПОЛЗВАНЕ НА ОПРЕДЕЛИТЕЛЕН ЧЛЕН В РЕЧТА НА БОЛНИ С АФАЗИЯ: ВЪПРОСЪТ ЗА ЕЗИКОВАТА СПЕЦИФИКА

*К.Стоянова¹, М.Райчева², Т.Костадинова³, А.Джанян³,
Е.Андонова³, М.Станев³
НСБФТР, София¹*

*МБАЛ "Александровска", София, Неврологична клиника²
НБУ, Департамент по когнитивна наука³*

Съвременният сравнителен междуезиков подход в афазията анализира езиковите нарушения като резултат от взаимодействието на патологични и езикови закономерности. Изследва се как спецификата на гаден език повлиява наличието и нивото на нарушени/съхранени способности при афазия. Докладвано е относително съхраняване на морфологията в морфологично богатите езици в задача за съставяне на изречения. Употребата на определителен член се оказва силно нарушена при морфологично бедните езици като английския - пациентите изпускат 70% от членната морфема, срещу по-малко от 15% изпускане при немските болни и изпускане около 25% при италианските болни (Bates et al., 1987; 1991; 2001).

Настоящото проучване анализира членуването в задачи за съставяне на изречения от болни с афазия в контекста на данните, получени със същата методика при други езици.

В изследването са включени 12 афазии с неплавни форми на афазия (Брока с/без артикулаторни нарушения, транскортикална моторна афазия), 7 пациента с плавни форми на афазия (Вернике, транскортикална сензорна, аномична афазия), 19 съответни по възраст, пол и образователно ниво контролни изследвани лица и 19 контролни лица-студенти. Възрастта на пациентите е от 26 до 65г., 4 са жени, 15 са мъже. 18 от пациентите страдат от унилатерална лезия със съдова етиология, един пациент е с контузия на мозъка. Пациентите са ди-

агностицирани чрез българската версия на Бостонския тест за диагностика на афазия (BDAE, Goodglass and Kaplan, 1983). Допълнително групата на болните разделихме по тежест на НП1 - тежки неплавни, НП2 - леки неплавни; П1 тежки плавни, П2 - леки плавни. Изследваните лица съставяха изречения по картини, групирани по три с вариране на постоянни и нови елементи - Given-NewTask Paradigm (GNT - Bates et al., 1987). Транскрибираните записи на продукцията на изследваните лица бяха обработени като за всеки изследван се изчисли процент на членуване - употребените определителни членове, разделени на именните фрази, в които е възможно да се членува. Зависимата променлива - процент на членуване се анализира спрямо независимите променливи с помощта на ANOVA - тест (по 6-те групи изследвани - 4 групи пациенти и две контролни групи; спрямо 4 различни типове изречения на GNT). Резултатите показваха, че:

а/ пациентите с афазия значимо повече използваха определителен член в сравнение със здравите изследвани лица;

б/ тежките неплавни пациенти НП1 и тежките плавни пациенти П1 демонстрираха сходен модел на членуване.

Съхраненото членуване с тенденция за свръхупотреба при изследваните пациенти контрастира с установеното при други езици изпускане на определителния член. Обсъждат се въпросите за специфичните особености на българската граматика - отсъствието на неопределителен член, постпозиционната форма на прикрепена граматична морфема на определителния член, която е/или формира сречка, като улесняващи оперирането с този граматичен маркер.

РП-047

ФУНКЦИОНАЛНА ОЦЕНКА НА ЕЗИКОВИТЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ АФАЗИЯ ЗА ЦЕЛИТЕ НА ТЕЛК

К. Стоянова¹, М. Райчева²
НСБФТР, София¹

МБАЛ "Александровска", София, Неврологична клиника²

Афазията е разстройство в ползването на езиковите символи в следствие на локални поражения на мозъка с различна етиология, което води до трайно занижаване качеството на живота и инвалидизация. Пациентите страдащи от афазия не представляват хомогенна група. Различието се дължи на варирането на основните показатели: 1/ форма на афазия 2/ степен на изразеност 3/ наличие на съпътстващи комуникативни нарушения 4/ етап на обратно развитие на езиковите нарушения. Съчетанието на изброените показатели задава различна степен на функционални ограничения при всеки пациент - от силно ограничена комуникация с препятстване на ежедневните дейности и социалните роли до субективно отчитани промени спрямо преморбидното езиково ниво.

Настоящата работа предлага методична рамка за оценяване на ограниченията / степента на инвалидизация при афазия. Целта е да се използва обективен подход за преценка на функционалния дефицит при афазия. Това се постига като, от една страна, се оценяват клиничните варианти и динамиката им чрез четирите показателя (форма, тежест, съпътстващи нарушения, етап на обратно развитие на афазията), а от друга количествено се изрази степента на функционален дефицит.

Предлаганият подход градира функционалните огра-

ничения в пет степени:

Тежко ограничена комуникация - 80-100% инвалидност, при: прогностично неблагоприятни форми на афазия със слабо изразена динамика; съпътстващи речева апраксия и дизартрия; на ранен етап на обратно развитие - до 1г.; същите синдроми в стационариран вариант при липсваща/слаба динамика след втората година от заболяването.

Средно до тежко ограничена комуникация - 60-80%, при: синдроми еволюирали от тежки към средно изразени форми; синдроми еволюирали към прогностично благоприятни форми; стационарирани в средна степен.

Средно ограничена комуникация - 40-60% инвалидност, при: умерено изразени форми на афазия на ранен етап на обратно развитие и в първите 6 месеца; синдроми еволюирали до умерена степен на изразеност в първите 2 години; умерено изразени прогностично благоприятни форми в началния етап на заболяването.

Средно към леко ограничена комуникация - 20-40%, при: леко изразени форми в началния етап на заболяването; еволюирали до лека степен на изразеност афазии/напреднал етап на обратно развитие до 2 г. След началото на заболяването; стационарирани леки форми на афазия с над 2 годишна давност.

Леко ограничена комуникация - до 20% инвалидност, при: леки анормични прояви на ранен или хроничен етап; остатъчни артикулаторни нарушения при обратно развитие на Брока-афазия с речева апраксия; стационарирани леки форми на Брока, Вернике, транскортикална моторна, транскортикална сензорна, проводникова афазия.

Този диференциран подход в оценката на езиковите нарушения при афазия е полезен за планирането на терапевтичните интервенции.

РП-048

ПРОУЧВАНЕ НА КОГНИТИВНИТЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ПАЦИЕНТИ СЛЕД КАРДИОПУЛМОНАЛЕН БАЙПАС

Т. Бургуджиев¹, М. Райчева², Ш. Мехрабиан², А. Трайков²
СБАЛ "Св.Екатерина", София¹

МБАЛ "Александровска", София, Неврологична клиника²

Независимо от напредъка в хирургичните техники при кардиопулмонален байпас (КПБ), след сърдечни операции могат да се наблюдават неврологични нарушения до 5,4% от случаите. Сред уврежданията на централната нервна система, които са последствие от КПБ, е значителен дялът на когнитивните нарушения - сниженост в паметовите процеси, ограничен обем и подвижност на вниманието, намалена концентрация и устойчивост на целенасочената психична активност, забавена психомоторика.

Целта на настоящото проучване е да се сравни профилът на когнитивните функции при пациенти, подложени на кардиопулмонален байпас преди и след оперативната интервенция.

Проучването включва 10 пациента, на които е извършена планова сърдечна операция. Когнитивните функции са изследвани 48 часа преди операцията и между 6-тия и 8-мия следоперативен ден с невропсихологична батерия, оценяваща процесите на паметта (заучаване на 10 думи, Benton Test), вниманието (Digit Symbol, Digit Span, Коректурни проби, Лабиринти), екзекутивните функции и зрительно-моторната координация (Trail Making Test, Stroop Test).

При второто невропсихологично изследване са регистрирани статистически значимо по-ниски показатели за фиксационна вербална памет ($p = 0.01$), концентрация

и устойчивост на вниманието ($p < 0.0001$), езекутивен контрол и устойчивост към интерференция ($p < 0.0001$). Тенденция към значими различия между двете изследвания се наблюдава по отношение на отсроченото възпроизвеждане за вербалната памет и зрително-пространствената памет ($p = 0.05$). Не се установяват промени в психичното темпо, зрително-моторната координация и

превключваемостта.

Нашето пилотно проучване потвърждава уязвимостта на психичните процеси свързани с текущата обработка на информацията и показва необходимостта от проследяване на когнитивното функциониране като част от оценката за ефективност на сърдечните операции.

О Б Я В А

*Организационният комитет за
IX национална конференция по
неврология с международно участие*

*ще връчи по една първа награда от
200 лева за най-добър постер във
всяка от трите постерни сесии.*

IX НАЦИОНАЛНА КОНФЕРЕНЦИЯ ПО НЕВРОЛОГИЯ

с международно участие

25-27 септември 2003

НДК, София

Конференцията се провежда благодарение на любезното съдействие на

ОСНОВНИТЕ СПОНСОРИ



GENESIS Pharma SA



GEDEON RICHTER LTD



JANSSEN-CILAG



sanofi~synthelabo



Сборникът с резюмета е реализиран с подкрепата на
GENESIS PHARMA

IX НАЦИОНАЛНА КОНФЕРЕНЦИЯ ПО НЕВРОЛОГИЯ
с международно участие
25-27 септември 2003
НДК, София

СПОНСОРИ

САТЕЛИТНИ СИМПОЗИУМИ

GLAXO SMITH KLINE

LIBRA AD

NOVARTIS

SCHERING

SERONO

TEVA PHARMACEUTICAL INDUSTRIES

КРЪГЛИ МАСИ

AVENTIS PHARMA

EBEWE

GEROT

LES LABORATOIRES SERVIER

ФИРМЕНИ ПРЕЗЕНТАЦИИ

AVENTIS PHARMA

EBEWE

GEROT

LES LABORATOIRES SERVIER

ИЗЛОЖИТЕЛИ

ADITUS

BALKANPHARMA

BOEHRINGER INGELHEIM

CO-MED MEDIZINTECHNIK

EGIS PHARMACEUTICALS

ECOPHARM

EMMONYA PHARMATECH

EWOPHARMA AG

NATURPRODUCT

SOPHARMA

UNIPHARMA

WOERWAG PHARMA