дорожно-транспортного травматизма у жителей г. Ставрополя // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 5-2. – С. 427-430.

5. Карпов С.М. Возрастные различия когнитивных функций мозга по данным вызванных потенциалов Р300 в разные периоды черепно-мозговой травмы у детей // Неврологический вестник. Журнал им. В.М. Бехтерева. – 2008. – Т. XL, № 2. – С. 50-53.

6. Карпов С.М., Мосиенко Е.М. Изучение вызванных потенциалов Р300 в разные периоды закрытой черепномозговой травмы у детей разных возрастных групп // Клиническая неврология. – 2008. – № 4. – С. 10-12.

7. Карпов С.М., Лубенец А.Е., Шевченко П.П. Диагностика когнитивных нарушений в остром периоде детской черепно-мозговой травмы // Кубанский научный медицинский вестник. – 2011. – № 5. – С. 73-75.

8. Karpov S.M., Gerasimova M.M. Evoked potential in diagnostic of craniocerbral trauma in children // European Journal of Neurology. – 2006. – Т. 13. – С. 1343.

СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Долгова И.Н., Шевченко П.П., Лукина Е.А., Гриценко А.Ю., Кубанова А.А.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия, e-mail: boris.26rus@yandex.ru

Рассеянный склероз (РС) – это хроническое прогрессирующее аутоиммунное заболевание центральной нервной системы, которое поражает преимущественно лиц молодого возраста и почти с неизбежностью приводит, на определенной стадии своего развития, к инвалидизации.

Высокая актуальность изучения рассеянного склероза обусловлена его значительной распространенностью среди болезней центральной нервной системы (ЦНС).

По статистическим данным, в настоящее время в мире количество больных РС превышает 1 млн. человек. Распространенность РС в большинстве стран мира постоянно увеличивается. Преобладающее число больных – это женщины в возрасте 20–35 лет (около 80%) и мужчины 35–45 лет; средний возраст дебюта РС составляет 29–33 года. До 18 лет заболевание встречается, по разным данным, в от 2,7 до 6% случаев, старше 59 лет – в 0,6% случаев. Количество новых случаев РС увеличивается в среднем с 2,0–2,2 до 3,4 случая на 100 тыс. населения в год; в некоторых странах Северной Европы – до 5–8 новых случаев. Особую тревогу вызывает увеличение заболеваемости среди детей и подростков.

Во всем мире средний показатель распространенности рассеянного склероза составляет 30 случаев на 100000 населения. Как правило, рассеянный склероз диагностируют в возрасте от 20 до 50 лет, но ему так же подвержены как дети, так и пожилые люди. Рассеянный склероз напрямую зависит от географического положения. Так он больше распространен в областях с умеренным климатом, чем с тропическим, то есть, чем дальше от экватора, тем заболеваемость выше Женщины в два раза чаще, чем мужчины, страдают рассеянным склерозом в более раннем возрасте.

По данным ВОЗ, среди неврологических заболеваний РС является основной причиной стойкой инвалидизации лиц молодого возраста. Через 10 лет от начала заболевания 30–37% больных способны передвигаться только с посторонней помощью, 50% больных имеют трудности в выполнении профессиональных обязанностей, более 80% больных вынуждены сменить работу. Через 15 лет только 50% больных сохраняют способность работать, обслуживать себя и свободно передвигаться без посторонней помощи. Смертность от РС в среднем составляет 2 случая на 100 тыс. населения в год.

Рассеянный склероз признан самым «загадочным» заболеванием в неврологии ввиду своей изменчивости, нестабильности и непредсказуемости. До настоящего времени точно не установлена его этиология. Несмотря на применение самых технически совершенных методов диагностики, таких как магнитно-резонансная томография и спектроскопия, вызванные потенциалы головного мозга, позитронно-эмиссионная томография, генетические и иммунологические исследования, до сих пор еще не выявлены патогномоничные признаки заболевания, позволяющие со 100-процентной уверенностью распознать рассеянный склероз. По-прежнему не разработаны простые и доступные методы количественной оценки степени активности заболевания, на основании которых должна вырабатываться стратегия терапии. Несмотря на появление в последние годы новых данных о патогенезе рассеянного склероза, в этом вопросе также отсутствует полная ясность. В связи с этим, в лечении рассеянного склероза, хотя и наблюдаются за последние 10 лет существенные позитивные сдвиги, так и не произошло настоящего качественного скачка, который бы позволил считать проблему этого заболевания решенной.

Диагноз РС основывается прежде всего на клинических характеристиках проявления патологического процесса в ЦНС. Однако дополнительные методы диагностики, к которым относится магнитно-резонансная томография (МРТ) и исследование ликвора (изофокусирование олигоклональных иммуноглобулинов) могут оказать существенную помощь в спорных случаях.

До настоящего времени МРТ является наиболее информативным параклиническим методом диагностики РС. Международной экспертной группой под руководством профессора Мак Дональда были разработаны диагностические критерии РС, активно использующие данные МРТ (в том числе с контрастированием) для определения диссеминации очагов поражения ЦНС во времени и в пространстве.

Лечение РС является одной из наиболее актуальных и сложных проблем современной неврологии. Имеющиеся в распоряжении врачей препараты могут лишь снизить частоту и тяжесть обострений, а также замедлить темпы накопления неврологического дефицита, что подтверждается позитивной динамикой по данным МРТ головного и спинного мозга. Одной из ключевых проблем лечения РС является создание и клиническое исследование новых препаратов, блокирующих развитие атрофии головного мозга, воспаления и демие-линизации, снижающих частоту обострений, предотвращающих прогрессирование инвалидизации.

Обнадеживающие результаты последних исследований эффективности патогенетической терапии фокусируют внимание властей, общественности, больных и специалистов на новые возможности лечения и обеспечения больных РС, дают новые надежды больным и членам их семей, особенно в случае ремиттирующего варианта течения заболевания.

Современным стандартом лечения обострения заболевания является высокодозная пульс-терапия метил-преднизолоном по 1 г на 1 кг массы тела ежедневно в течение 3–5 дней, внутривенно капельно. Возможно внутримышечное введение дексаметазона в течение 7–14 дней или прием преднизолона перорально сроком до 30 дней. В случае проведения гормональной терапии внутримышечно или перорально пациент (страховая компания или государство) сталкивается с меньшими материальными затратами, од-

нако восстановление трудоспособности происходит значительно позже, что может существенно увеличить непрямые затраты.

Для профилактики обострений и предотвращения прогрессирования заболевания в настоящее время повсеместно используются 5 препаратов из группы препараты, изменяющие течение РС (ПИТРС) с доказанной эффективностью. Показана возможность эффективно использовать эти препараты не только во время ремиттирующего течения РС, но и на ранних стадиях РС. Доказано, что применение ПИТРС не влияет на клинические проявления заболевания.

В последние годы резко увеличивается и обеспеченность клинических исследований новых методов патогенетического лечения РС, в проведении которых весьма существенный вклад делают ведущие отечественные центры.

Т.о. изучение проблемы диагностики и лечения РС сохраняет свою актуальность в настоящее время и требует дальнейшей разработки данного вопроса.

Список литературы

1. Столяров И.Д. Современные методы диагностики и лечения рассеянного склероза // Вестник Росздравнадзора. – 2010. – № 4. – С. 64-67.

2. Гусев Е.И. Эпидемиологические характеристики рассеянного склероза в России / Е.И. Гусев, И.А. Завалишин, А.Н. Бойко // Журнал неврологии и психиатрии. – 2003. – спец. выпуск. – С. 3-6.

3. Гусев Е.И. Рассеянный склероз: от новых знаний к новым методам лечения // Российский медицинский журнал. – 2001. – С. 16-18.

ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ В КЛИНИКЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

Дудов Т.Р., Шевченко П.П.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия, e-mail: timur222123@mail.ru

Актуальность

Необходимость изучения рассеянного склероза обусловлена его значительной распространенностью среди заболеваний нервной системы. Рассеянный склероз – это хроническое прогрессирующее заболевание, характеризующееся множественными очагами демиелинизации в белом веществе центральной нервной системы и в меньшей степени периферической нервной системы. Данное заболевание поражает людей преимущественно в возрасте 20-40 лет и приводит их к тяжелой инвалидности, что подчеркивает важность проблемы не только в медицинском, но и в социально-экономическом плане. Несмотря на применение самых современных методов диагностики, до сих пор еще не выявлены патогномоничные признаки заболевания, позволяющие уверенно поставить диагноз рассеянного склероза. Одним из таких признаков является головокружение, которое может носить различный характер при рассеянном склерозе.

Цель: проанализировать этиопатогенез и характер головокружения при рассеянном склерозе, основные методы коррекции головокружения, их результаты.

Результаты исследования

Система равновесия человека основывается на сообщениях, поступающих от зрительной, вестибулярной и мышечно-суставной систем. Внешняя информация, поступающая от различных органов чувств, сопоставляется и интегрируется на уровне ствола мозга, мозжечка и теменных долей коры больших полушарий. Нарушения, возникающие на различных этапах передачи импульсов, приводят к появлению головокружения. Головокружение является симптомом многих заболеваний, причем не только неврологического происхождения. Не составляет исключения и рассеянный склероз [2, 7].

Головокружение является ведущим симптомом примерно у 10% больных рассеянным склерозом. В различные периоды заболевания, это крайне неприятное ощущение отмечают у себя до 20% больных рассеянным склерозом. Однако, ощущение головокружения в ряде случаев не является постоянным симптомом, а зачастую причины его появления не являются прямым следствием процессов демиелинизации или воспаления. Следует отметить, что головокружение при идиопатической вестибулопатии обычно выражено значительно сильнее, чем в тех случаях, когда оно является проявлением рассеянного склероза. В развитой стадии рассеянного склероза головокружение является достаточно частым симптомом [1,5].

Головокружение при рассеянном склерозе может быть несистемным (проявляется ощущением неустойчивости, шаткостью походки, затруднением поддержания определённой позы) и центральным системным (истинное, вертиго), но чаще – смешанным и характеризуется упорным течением. Первый тип свидетельствует о преимущественной локализации очагов демиелинизации в центральном отделе вестибуляторного анализатора и сохранности вестибулярных ядер и путей при явлении раздражения последних, так как при полном морфологическом разрушении вестибулярных ядер и путей наблюдается полное выпадение вестибулярной функции [2,3,6].

Истинное головокружение при рассеянном склерозе может быть вызвано очагами демиелинизации в стволе головного мозга (варолиевого моста), мозжечке, повреждениями VIII пары черепно-мозговых нервов. Системное головокружение можно описать как ощущение мнимого вращения или поступательного движения пациента в различных плоскостях, реже – иллюзорного смещения неподвижной окружающей среды в любой плоскости. Чаще всего наблюдается приступообразный характер головокружения. Приступы головокружения могут сопровождаться вегетативными реакциями (тошнота, рвота, слабость, потливость, побледнение кожных покровов), или неврологической симптоматикой (резкая головная боль, онемение различных участков тела, мышечная слабость). Провоцирующими факторами возникновения головокружения являются резкая перемена положения тела, повороты головы, стресс, а у некоторых провоцирующий фактор вовсе отсутствует [2,4,8].

Наиболее остро головокружение проявляется в тех случаях, когда у человека также присутствуют нарушения зрения, осязания и проприоцепции (ощущения, помогающие определить положение своего тела). Нарушения функций мышц глаза (подразумевающие повреждения III, IV и VI пар черепных нервов), также часто связаны с рассеянным склерозом и с появлением ощущения головокружения [7,8].

В настоящее время возможно воздействовать на головокружения при рассеянном склерозе. Основной целью коррекции головокружения является максимально полное устранение неприятных ощущений и сопутствующих неврологических и отиатрических расстройств, чем достигается обеспечение самостоятельности в повседневной жизни и минимизация риска падений как потенциального источника травм.

Терапия головокружения при рассеянном склерозе носит в основном симптоматический характер. Данная коррекция подразумевает применение вестибулолитиков. Для купирования и предупреждения