приступов системного головокружения широко используют синтетические аналоги гистамина (бетагистин), но при несистемном головокружении их применение, как основного препарата, нецелесообразно. При преимущественном поражении вестибулярного анализатора применяют антигистаминные препараты. Широко применяют комбинированные препараты вестибулолитического и седативного действия, способствующие уменьшению выраженности как самого головокружения, так и сопутствующих вегетативных проявлений.

Достаточно сложной проблемой является ведение больных с преимущественно несистемным характером головокружения. При этом применяются препараты из фармакологических групп антидепрессантов, анксиолитиков, антиконвульсантов, нейролептиков, дозировки которых необходимо устанавливать абсолютно точно для предотвращения побочных эффектов данных групп препаратов.

Определённое значение имеет немедикаментозная терапия головокружения, заключающаяся в выполнении больным комплекса упражнений, носящих адаптационный характер и позволяющих контролировать головокружение. Имеет значение обучение больного навыкам преодоления нарушения равновесия.

Данные методы терапии головокружения имеют достаточно широкое применение, так как приводят к облегчению состояния больного и предупреждают риск возникновения различных травм, возникающих вследствие головокружения [1, 7, 8].

Вывод

Таким образом, были рассмотрены причины и патогенетические механизмы головокружения при рассеянном склерозе, с вытекающим отсюда характером головокружения в клинике рассеянного склероза и основными методами его коррекции.

Список литературы

1. Пажигова З.Б., Карпов С.М., Шевченко П.П., Каширин А.И. Клинико неврологическая характеристика больных с рассеянным склерозом с учетом тяжести состояния // Фундаментальные исследования. – 2014. – №7-4. – С. 771-775.

2. Шевченко П.П., Карпов С.М., Рзаева О.А., Янушкевич В.Е., Конева А.В. Рассеянный склероз: этиопатогенез с позиции современной науки // Успехи современного естествознания. – 2014. – №6. – С. 121.

3. Пажигова З.Б., Карпов С.М., Шевченко П.П., Бурнусус Н.И. Распространенность рассеянного склероза в мире: обзорная статья // Международный журнал экспериментального образования. – 2014. – С. 78-82.

4. Симптомы рассеянного склероза. – URL: http://www.center-hc.ru/diseases/multiple_sclerosis/clinical_of_multiple_sclerosis.htm

5. Головокружение при рассеянном склерозе. – URL: http://meduniver.com/Medical/Neurology/682.html

6. Головокружение – симптом рассеянного склероза. – URL: http://proskleroz.ru/simptomy/golovokruzhenie-simptom-rasseyannogo-skleroza/

7. Гусев Е.И., Коновалов А.Н. Национальное руководство. Неврология. 2009.

8. Шевченко П.П. Распространенность и клиническая характеристика рассеянного склероза в Ставропольском крае: автореф. … канд. мед. наук. – Новосибирск, 1992.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ

Жамурзова Э.Х., Шевченко П.П.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия, e-mail: hurrem222123@mail.ru

Актуальность

Рассеянный склероз – хроническое демиелинизирующее заболевание центральной нервной системы, имеющее в большинстве случаев волнообразное течение с чередованием обострений и ремиссий на ранних стадиях заболевания, реже – изначально неуклонно прогрессирующее течение [1,3]. РС является самым распространенным демиелинизирующим заболеванием, которое поражает преимущественно лица молодого трудоспособного возраста и быстро приводит к инвалидизации. Во всем мире преобладающее число больных – женщины в возрасте 20-35 лет [2]. В Ставропольском крае и женщины, и мужчины страдают РС по частоте одинаково. Так как этиопатогенез РС до конца не ясен, диагностика данного заболевания устанавливается больным от 0,5 месяцев до 10 лет, средний возраст дебюта заболевания 20-33года [4]. Эти данные, а также отсутствие специфических симптомов, характерных только для данного заболевания, делают диагностику РС достаточно сложным процессом. Учитывая высокую распространенность РС у лиц молодого трудоспособного возраста, прогрессирующее течение, приводящее к ранней инвалидизации, можно сказать, что данное заболевание является не только медицинской, но и общегосударственной социальной проблемой.

Цель: проведение анализа существующих общепринятых международных критериев, позволяющих практическому неврологу повысить сроки и качество достоверности постановки диагноза, своевременно определить стратегию и тактику ведения этой сложной категории больных.

Результаты исследования

На сегодняшний день общепризнанными критериями диагностики рецидивирующе-ремиттирующего течения рассеянного склероза считаются новые диагностические критерии Мак-Дональда 2010 г. Основным критерием клинически «достоверного» РС является диссеминация «в месте и во времени», т.е. выявление признаков не менее двух отдельно расположенных очагов в ЦНС, возникновение которых разделено по времени периодом не менее чем через месяц (т.е. эти очаги должны возникнуть не одновременно).

Очень важно, что всегда диагноз РС должен ставиться в последнюю очередь, при исключении других причин подобного многоочагового поражения мозга. Диагноз РС практически сразу устанавливается при наличии 2 и более атак заболевания, а также объективных признаков наличия 2 и более очагов в неврологическом статусе. В данном случае дополнительных диагностических исследований не требуется. При наличии различных клинических вариантов возможного РС с одним очагом поражения или одним обострением согласно критериям Мак-Дональда требуются дополнительные исследования, подтверждающие диссеминацию в пространстве и во времени, среди которых основополагающее значение принадлежит МРТ. Диссеминация в пространстве в критериях Мак-Дональда 2010 г. подтверждается наличием ≥ 1 Т2 очага как минимум в 2 из 4 отделов мозга (при этом не требуется наличия очагов, накапливающих парамагнитный контраст). Необходимо наличие 1 и более Т2-очагов в 2 из 4 зон мозга: перивентрикулярно, юкстракортикально, инфратенториально, в спинном мозге.

Клиническая картина: два обострения и более, объективная картина одного очага. МРТ-критерии диссеминации во времени. В критериях Мак-Дональда 2010 г. диссеминацию во времени можно подтвердить сразу, не ожидая 30 дней или 3 месяцев, как это делалось раньше, при выявлении новых очагов следующими двумя способами: 1) при появлении новых Т2-очагов и/или очагов, накапливающих парамагнитный контраст, на повторных томограммах в сравнении с предыдущими, независимо от того, когда

предыдущие исходные томограммы были сделаны; 2) если одновременно выявляются накапливающие и ненакапливающие парамагнитный контраст очаги на томограммах, независимо от времени, когда они были сделаны [5]. Клиническая картина: одно обострение и объективные признаки двух и более очагов. Подтверждение диссеминации в месте и диссеминации во времени. Клиническая картина: одно обострение, клинические данные о наличии одного очага (моносимптомное проявление, клинически изолированный синдром) [1].

В соответствии с этими критериями диагноз может быть установлен лишь на основании данных МРТ, что получило название «радиологически изолированный синдром». Если на МРТ выявляются одновременно накапливающие и ненакапливающие контраст очаги в областях мозга, типично поражающиеся при рассеянном склерозе, диагноз «радиологически изолированный синдром» может быть установлен даже при отсутствии симптомов болезни, а в случае имеющихся клинических симптомов подтверждается диссеминация во времени [6,7].

Вывод

Совершенствование стандартного набора диагностических критериев с использованием инструментальных методов, четкая осведомленность и широкое внедрение в практическую деятельность неврологов единых критериев диагностики РС позволит более точно на ранних этапах устанавливать диагноз, проводить дифференциальную диагностику и определять соответствующую тактику ведения больных.

Список литературы

1. Пажигова З.Б., Карпов С.М., Шевченко П.П., Каширин А.И. Клинико-невролическая характеристика больных с рассеянным склерозом с учетом тяжести состояния // Фундаментальные исследования. – 2014. – № 7-4. – С. 771-775.

2. Пажигова З.Б., Карпов С.М., Шевченко П.П., Бурнусус Н.И. Распространенность рассеянного склероза в мире: обзорная статья // Международный журнал экспериментального образования. – 2014. – № 1-1. – С. 78-82.

3. Шевченко П.П., Карпов С.М., Рзаева О.А., Янушкевич В.Е., Конева А.В. Рассеянный склероз: этиопатогенез с позиции современной науки // Успехи современного естествознания. – 2014. – № 6. – С. 123-124.

4. Шевченко П.П. Распространенность и клиническая характеристика РС в Ставропольском крае: автореф. … канд. мед. наук. – Новосибирск, 1992.

5. Критерии диагностики рассеянного склероза Мак-Дональда 2010. – URL: http://www.mif-ua.com/archive/article/34956

6. Диссеминация в пространстве и во времени/ – URL: http://www.diagnos.ru/diseases/nerves/sclerosis

7. МРТ – как самый информативный метод диагностики. – URL: http://medi.ru/doc/8500514.htm

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Жируева Е.Н., Карпова Е.Н.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия, e-mail: zhirueva1985@mail.ru

Актуальность

Острое нарушение мозгового кровообращения приводит к локальным нарушениям функции мозга, длящееся более 24 часов или приводящее к смерти больного в более короткий промежуток времени. Встречается с частотой 400-500 на 100 000 населения в год и является одной из основных причин смерти и инвалидизации взрослого населения. На ишемический инсульт приходится 80-85 % всех инсультов.

Цели: изучить факторы риска развития ишемического инсульта.

Материалы и методы: интернет ресурсы, медицинская литература.

Результаты и обсуждения

По данным литературы и интернет ресурсов были выявлены две основные группы факторов риска развития ишемического инсульта:

1) немодифицируемые факторы:

• пожилой и старческий возраст;

• половая принадлежность – у мужчин ишемический инсульт развивается чаще, чем у женщин.

2) модифицируемые факторы:

• артериальная гипертензия – чем выше цифры АД, тем выше риск развития ишемического инсульта;

• сердечная патология, в первую очередь, фибрилляция предсердий, а также ИБС, эндокардиты, порок или протез сердечного клапана, аневризма сердца и др.;

• атеросклероз церебральных артерий, что ведет к их стенозу, а затем и к полной окклюзии;

• гиперхолестеринемия-повышение в крови холестерина более 5 ммоль;

• сахарный диабет, при котором нарушаются все виды обмена веществ, что ускоряет развитие атеросклероза крупных артерий;

• курение – компоненты табачного дыма способствуют развитию атеросклероза, тромбоза и спазма сосудов;

• прием оральных контрацептивов – увеличивает риск развития венозного тромбоза.

Выводы

Ишемический инсульт является одной из причин смерти и инвалидизации населения.

После перенесенного инфаркта мозга, вследствие остаточных явлений, качество жизни пациентов резко снижается, порой они не способны даже обслуживать себя в своих физиологических потребностях, им требуется посторонняя помощь.

Лечение данной патологии далеко не всегда способствует восстановлению утраченных функций, в связи с чем большое значение имеет профилактика инсульта. Она заключается в информировании населения о модифицируемых факторах риска развития ОНМК и способах их коррекции. Это, в первую очередь, немедикаментозные способы коррекции: диета, повышение физической активности, отказ от вредных привычек, и при необходимости, проведение антигипертензивной, антикоагулянтной, антиагрегантной, гиполипидемической медикаментозной терапии.

Список литературы

1. Практическая неврология / под ред. А.С. Кадыкова, Л.С. Манвелова, В.В. Шведкова. – М., 2011. – С. 243.

2. Шамасурова М.Ш., Шамасурова Ф.Ш., Долгова И.Н., Карпов С.М. Цереброваскулярные нарушения у больных с артериальной гипотензией // Успехи современного естествознания. – 2014. – № 6. – С. 130-131.

3. Диденко Н.Н., Денисюк В.В., Потапова И.Г., Карпов С.М. Актуальные вопросы распространенности ОНМК в Ставропольском крае // Успехи современного естествознания. – 2014. – № 6. – С. 121-122.

4. Власова Д.Ю., Карпов С.М., Седакова Л.В. Нарушение когнитивных функций у больных в постинсультном периоде // Успехи современного естествознания. – 2013. – № 9. – С. 125-126.

5. Белянова Н.П., Карпов С.М Посезонное поступление больных с ОНМК в зависимости от времени года // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2012. – № 1. – С. 18-19.

6. Ревегук Е.А., Карпов С.М. Распространенность ОНМК среди лиц молодого возраста // Успехи современного естествознания. – 2012. – № 5. – С. 61-62.

7. Шемякин Ю.Г., Карпов С.М., Шемякина О.А. Влияние акупунктуры на центральную гемодинамику при цереброваскулярных заболеваниях // Клиническая неврология. – 2013. – № 3. – С. 34-38.

8. Frantseva A.P., Karpov S.M., Khatuaeva A.A. A state of visual analyzer according to the reverse color chees type pattern in case of patients with type 1 diabetes // European science review. – 2014. – № 11-12. – С. 29-33.