

матологические манипуляции, имели самое тяжелое течение и самую длительную реабилитацию (около 8 месяцев). Психологическое состояние пациенток женского пола также имело положительную тенденцию по сравнению с таковой у лиц мужского пола. Данные подтверждались результатами опросника SF-36, где по 5 шкалам (боль, общественная деятельность) выявлено улучшение состояния здоровья на 15%.

Выводы: таким образом, эффективность реабилитации после невropатии ЛН во многом зависит от возраста пациента, в то время как скорость восстановительных процессов прямо пропорциональна полу (у женщин протекает быстрее). Полученные данные позволили нам судить о динамике состояния пациентов после проведенного лечения. Следует отметить, что невropатии ЛН развившиеся вследствие стоматологических манипуляций имели самый длительный период реабилитации.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ У ДЕТЕЙ

Валеева Д.С.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, e-mail: lady-dinchik@yandex.ru

В настоящее время в развитых странах мира головная боль (ГБ) рассматривается как серьезная проблема, требующая внимания медицинской общественности и государства. Самая частая форма головной боли, с которой пациенты обращаются к врачам – головная боль напряжения (ГБН) [1,2]. Распространенность ГБН в течение жизни в общей популяции по данным различных исследований варьирует от 30 до 78% [3]. Исследования, посвященные распространенности и клиническому характеристикам ГБН у детей, немногочисленны и противоречивы [4]. Частота ГБН у детей по данным разных авторов весьма вариабельна и составляет от 28,7% до 72,8% случаев [5, 6, 7, 8].

Цель работы – определение частоты распространенности головных болей у детей от 10 до 18 лет и выявление основных клинических характеристик головных болей.

Материалы и методы. Нами была составлена анкета, включающая следующие пункты: возраст, пол ребенка, физическое развитие, место проживания, клинический диагноз, основные клинические характеристики головной боли, принимаемые препараты для снятия головной боли. Сведения получены путем опроса детей в возрасте от 10 до 18 лет, выкопировки данных из “Медицинской карты стационарного больного” форма № 003/у.

Результаты исследования. Из 62 опрошенных детей – 39 мальчиков (63%) и 23 девочки (37%) в возрасте 10-17 лет. На момент опроса большинство детей на ГБ не жаловались – 54 ребенка (87%), у 8 детей (13%) отмечалась ГБ: по 10 балльной шкале 6 человек оценили свою ГБ на 1 – 5 баллов (легкая – умеренная ГБ), 2 человека – на 6,8 баллов (выраженная ГБ).

В течение последнего года ГБ, не связанные с переохлаждением, простудой или травмой головы, отмечались у 55 детей (88,7%).

Из 55 детей – 20 человек (63,6%) обращались к врачу с жалобами на ГБ.

В половине случаев у детей ГБ отмечалась 1 раз в месяц и реже (50,9%), 2-15 раз в месяц – у 21 ребенка (38,2%), более 15 раз в месяц – у 6 детей (10,9%).

В 62% случаев дети отмечали двустороннюю ГБ, реже одностороннюю – в 38%. У большинства детей

(90,9%) ГБ легкой – умеренной интенсивности, 5 детей (9,1%) жаловались на выраженную ГБ. Давящая, сжимающая по характеру ГБ встречалась в 67,3% случаев, пульсирующая – в 32,7%.

Усиление ГБ при физической нагрузке наблюдалось у 10 детей (9%). ГБ сопровождалась тошнотой у 8 детей (14,5%). Обычный дневной свет и обычные по громкости звуки во время ГБ мешали 5 и 17 детям (9,1% и 30,9%) соответственно.

Принимали лекарственные средства для купирования ГБ 38 детей (69,1%), преимущественно препараты на основе парацетамола.

На основании детального анализа жалоб, анамнеза, сопутствующих состояний и объективного осмотра, с использованием диагностических критериев Международной классификации расстройств, сопровождающихся головной болью, второго пересмотра (МКГБ-2) диагноз головная боль напряжения выставлен 31 ребенку из 62 опрошенных (50%): нечастая эпизодическая ГБН – 16 детей (25,8%), частая эпизодическая ГБН – 14 детей (22,6%), хроническая ГБН – 1 ребенок (1,6%). Диагноз возможная мигрень без ауры выставлен 5 детям (8,1%). Таким образом, в 65,5% случаев установлен первичный тип ГБ. У 19 детей диагноз должен быть уточнен с ведением диагностического дневника ГБ и применением дополнительных методов исследования для исключения вторичной ГБ.

Список литературы

1. Первичные головные боли. Практическое руководство / В.В. Осипова, Г.Р. Табеева. – М.: ООО «ПАГРИ-Принт», 2007. – 60 с.
2. Olesen J., Tfelt-Hensen P., Welch KMA (eds). The headaches, 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2002.
3. Осипова В.В. Головная боль напряжения: диагностика и терапия // Вестник семейной медицины, №2, 2010, с. 26-30.
4. Вейн А.М., Шварков С.Б. Эпидемиология вегетативных нарушений у московских школьников // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1993. – № 6. – С.59-62. 5. Юдельсон Я.Б., Рачин А.П. Особенности головной боли напряжения у детей и подростков // Неврологический вестник им. В.М. Бехтерева. – 2002. – № 3-4. – С.24-30.
6. Luka-Krausgrill U., Anders K. // Cephalalgia. – 1997. – Vol. 17. – P.296.
7. Barea L.M., Tannhauser M., Rotta N.T. // Cephalalgia. – 1996. – Vol. 16. – P.545-549.
8. Krasnik A. // Neurol. Neurochir. Pol. – 1999. – Vol. 33. – P.111-125.

НАРУШЕНИЕ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ В ПОСТИНСУЛЬТНОМ ПЕРИОДЕ

Власова Д.Ю., Карпов С.М., Седакова. Л.В.

Ставропольская государственная медицинская академия, Ставрополь, e-mail: 17.dashka@rambler.ru

Острые цереброваскулярные заболевания являются одной из наиболее актуальных проблем современной неврологии, что связано, в первую очередь, с ее распространенностью и отсутствием четкой тенденции к снижению заболеваемости. Ежегодно в мире ОНМК отмечается более, чем у 15 млн человек. В последнее время имеется тенденция, что данная патология молодеет, где не менее 20% ОНМК отмечаются у больных моложе 50 лет. Пациенты с сосудистыми заболеваниями головного мозга составляют до 20% неврологических больных; 23% из них перенесли мозговую инсульт (Е.И. Гусев, 1992). Летальность вследствие инсульта, по данным разных авторов, составляет от 17 до 34% в первые 30 дней и 25-40% в течение первого года заболевания. В настоящее время прослеживается тенденция к некоторому снижению смертности при инсульте за счет ранней и точной диагностики, развития системы интенсивной терапии инсульта, нейрохирургического лечения геморрагических инсультов. Вместе с тем инвалидизация после инсульта увеличивается. В среднем среди людей, перенесших инсульт, 70% останутся инвалидами

и только 10% возвращаются к труду. 10% становятся тяжелыми инвалидами и нуждаются в посторонней помощи.

Значимыми становятся независимость в повседневной жизни и восстановление прежней трудоспособности у большинства людей после инсульта. Вместе с тем перспективы значительного снижения заболеваемости очень незначительны. Это связано с продолжающимся повышением в популяции удельного веса лиц пожилого возраста и, следовательно, с ростом коэффициента демографической нагрузки и ожидаемой средней продолжительности предстоящей жизни. Согласно данным Госкомстата России к 2015 году коэффициент демографической нагрузки в Российской Федерации на 1000 населения будет равен 696 (в настоящее время этот показатель соответствует 326), а ожидаемая продолжительность жизни составит 69,9 лет. Контроль над основными патологическими состояниями (прежде всего артериальной гипертензией, атеросклерозом, сахарным диабетом), лежащими в основе большинства цереброваскулярных заболеваний пока еще не всегда возможен.

Наиболее частым осложнением после перенесенного инсульта являются когнитивные нарушения, в частности их наиболее тяжелая форма – деменция. Как показывают проведенные исследования, они усиливают степень инвалидизации больных, значительно затрудняют процесс реабилитации пациентов. Когнитивные расстройства возникают после всех подтипов ИИ, но особенно часто после лакунарного инсульта. Сопоставительный анализ факторов риска развития ИИ с когнитивными нарушениями показал, что последние чаще развиваются у пациентов с артериальной гипертензией, фибрилляцией предсердий и сахарным диабетом. Деменция, как наиболее тяжелая форма когнитивного дефицита, встречается в 9–36% случаев в течение 1–3 лет после перенесенного инсульта. Проведенные многочисленные исследования показали, что риск развития деменции в 2 раза выше у пожилых больных, которые перенесли инсульт, чем у людей того же возраста, но без инсульта. Деменция также почти в 2 раза повышает риск смертности у постинсультных больных и значительно влияет на темпы восстановления нарушенных вследствие ИИ функций.

Когнитивные нарушения могут быть представлены широким спектром по степени тяжести: от легких до выраженных когнитивных расстройств. Постинсультные когнитивные нарушения могут иметь гетерогенную природу. Их возникновение может быть связано с локализацией очага поражения в стратегической зоне мозга, наличием множественных инфарктов мозга, диффузного поражения белого вещества и/или дегенеративным процессом. Хотя многие авторы отмечают восстановление когнитивных функций в первые месяцы после инсульта, однако динамика когнитивных нарушений и факторы, влияющие на нее, остаются недостаточно изученными. Если учесть, что у 90% выживших после инсульта наблюдаются двигательные и речевые расстройства, обусловившие их инвалидизацию, то очевидна высокая социально-медицинская значимость данной проблемы, и, следовательно, актуальным является изучение инсульта во всех его аспектах. Остаются неясными связь когнитивных нарушений с нейровизуализационными изменениями, а также степень влияния когнитивных расстройств на повседневную активность пациентов, качество их жизни и прогноз восстановления. Недостаточно изученным остается лечение постинсультных когнитивных нарушений, на сегодняшний день не существует объективных

методов исследования, эффективность которых была доказана в длительных исследованиях, что требует дальнейшего изучения данного вопроса.

Список литературы

1. Захаров В.В., Яхно Н.Н. Синдром умеренных когнитивных расстройств в пожилом возрасте, 2004.
2. Карпов С.М., Гнездицкий В.В., Д.Ю. Власова. Использование цераксона в лечении когнитивных расстройств у пациентов с ДЭП // Кубанский научный вестник, 2012.
3. Гнездицкий В.В., Атлас по вызванным потенциалам мозга, 2011.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ ЭПИЛЕПСИИ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ

Карпов С.М., Шевченко П.П., Усачева М.Н., Цыганова В.Г.

Ставропольский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения РФ, Ставрополь, e-mail: mashulya155@mail.ru

На протяжении многих десятков лет тысячи женщин не могли стать матерями из-за такого грозного заболевания, как эпилепсия. В настоящий момент большинство пациенток, ввиду развитости медицины, увеличения количества родов и женских консультаций, специализированных на данном заболевании, могут самостоятельно рожать здоровых младенцев. Эпилепсия, являясь хроническим невропсихическим заболеванием, занимает 3-е место среди органических болезней мозга, главным симптомом которого являются припадки с потерей сознания. По данным А.Б. Гехт (2011 г.), в России распространенность эпилепсии составила 3 случая на 1000 человек. Около половины больных эпилепсией составляют лица женского пола, из которых более 40% находятся в детородном возрасте.

В период беременности у 70–80% женщин течение эпилепсии не ухудшается, а в 10–15% отмечается урежение приступов. Их учащение же возникает в 5–20% случаев, причем большинство срывов связано с нарушениями в регулярности приема противоэпилептических препаратов, дозировку которых в период беременности следует уменьшить на 50%.

Планирование ребенка абсолютно противопоказано в следующих случаях:

1. Эпилепсия, при которой часто наблюдаются генерализованные припадки;
2. Эпилепсия, вызывающая значительные психические нарушения у пациентки;
3. Эпилепсия, трудно поддающаяся лечению.

Не считается противопоказанием для вынашивания ребенка:

1. Эпилепсия, которая хорошо поддается лечению (на фоне лечения уже длительное время нет приступов);
2. Эпилепсия, при которой наблюдаются только редкие припадки;
3. Эпилепсия в период стойкой медикаментозной ремиссии заболевания.

Отличительной особенностью ведения беременности является необходимость постоянного приема противоэпилептических препаратов и контроля их влияния на женщину и плод, определение способа родоразрешения.

Эпилепсия не является противопоказанием для родов через естественные родовые пути. Родоразрешение должно идти физиологическим путем при отсутствии показаний для проведения кесарева сечения. Таковыми являются:

1. Эпилептический статус;
2. Учащение эпилептических припадков во второй половине беременности;
3. Отрицательная динамика состояния плода;
4. Угроза здоровью роженицы.