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 гипертонией, 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 гипертензий, 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. КарповС.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 роддомов и женских консультаций, специализированных на данном заболевании, могут самостоятельно рожать здоровых младенцев. Эпилепсия, являясь хроническим нервно-психическим 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 генерализированные 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.

Вывод: у женщин с эпилепсией повышен риск акушерских осложнений; чаще, чем в здоровой популяции, встречаются преждевременные роды, родоразрешение путем кесарева сечения, мертворождение. Отсюда следует, что беременность у больных эпилепсией должна протекать с применением антиконвульсантов и быть плановой: на момент наступления беременности женщина должна находиться в состоянии медикаментозной ремиссии эпилепсии (не иметь приступов в течение 1 года). Достижение ремиссии до наступления беременности защищает плод от негативного воздействия нарушений кровообращения, которые могут иметь место во время генерализированных эпилептических припадков, а также нельзя исключать токсическое воздействие противосудорожных препаратов на формирование ЦНС у плода. Поэтому полное устранение или максимально возможное урежение приступов является принципиальным условием для нормального течения беременности у женщин, страдающих эпилепсией. Достижение ремиссии эпилепсии проводится методом подбора наиболее эффективного лекарства с постепенным увеличением его дозы до минимального уровня, при котором приступы полностью исчезают. Целесообразным является совместное ведение беременной акушером-гинекологом и неврологом-эпилептологом.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА В НЕВРОЛОГИИ

Ревегук Е.А., Карпов С.М.

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

Невралгия тройничного нерва (НТН) – хроническое рецидивирующее заболевание, протекающее с ремиссиями и обострениями различной продолжительности, отдельные приступы которых проявляются внезапной, интенсивной, стреляющей болью в зонах иннервации 3, 2 и, крайне редко, 1 ветвей тройничного нерва, с преобладанием в правой стороне лица. НТН – самый частый и наиболее известный вариант прозопалгии.

Распространенность невралгии тройничного нерва (НТН) достаточно велика и составляет 30–50 больных на 100 000 населения, а заболеваемость по данным ВОЗ находится в пределах 2–4 человек на 100 000 населения. Заболевание чаще возникает после 40 лет и преобладает у женщин.

Этиология НТН многофакторная. Заболевание может быть обусловлено одонтогенной природой, компрессией тройничного нерва на интра- или экстракраниальном уровне, герпетической инфекцией, хронической инфекцией в области лица (кариес зубов, хронический гайморит), нарушением кровообращения в стволе мозга (например, при атеросклерозе), демиелинизацией корешка тройничного нерва, а также может развиться после эндокринно-обменных и аллергических расстройств.

По данным современных исследователей, этиологическим фактором невралгии тройничного нерва в 94% случаев является аномальное расположение сосудов головного мозга (чаще передней верхней мозжечковой артерии), которые сдавливают корешок тройничного нерва в месте его входа в мозговой мост, или при выходе его из полости черепа через узкий костный канал.

Стадия развернутых болевых приступов может продолжаться десятки лет с ремиссиями и обострениями, но со временем, в старческом возрасте типичные невралгические приступы боли приобретают невропатические черты в виде легких болей, уменьшения интенсивности острой боли возникновения тупой постоянной атипичной лицевой боли.

Боль при НТН имеет следующие характеристики С.С. Павленко:

1. Приступообразный характер, длительность атаки не более 2 минут. Между двумя приступами всегда имеется «светлый» промежуток.

2. Значительная интенсивность, внезапность, напоминающие удар электрическим током.

3. Локализация строго ограничена зоной иннервации тройничного нерва, чаще 2 или 3 ветви (в 5% случаев 1 ветвь).

4. Наличие триггерных точек или зон, слабое раздражение которых вызывает типичный пароксизм (могут находиться в болевой или безболевой зоне). Наиболее часто триггерные зоны располагаются в орофациальной области, на альвеолярном отростке, при поражении первой ветви у медиального угла глаза.

5. Наличие триггерных факторов, чаще всего это умывание, разговор, еда, чистка зубов, движение воздуха, простое прикосновение.

6. Типичное болевое поведение. Больные, стараясь переждать приступ, замирают в той позе, в которой застал их болевой пароксизм. Иногда растирают зону боли или совершают чмокающие движения. В период приступа больные отвечают на вопросы односложно, едва приоткрывая рот. На высоте пароксизма могут быть подергивания лицевой мускулатуры (tic douloureux).

7. Неврологический дефицит в типичных случаях НТН отсутствует.

8. Вегетативное сопровождение приступов скудное и наблюдается менее чем у 1/3 больных.

У ряда больных со временем развивается вторичный мышечно-фасциальный прозопалгический синдром. Все больные НТН как при обострении, так и в период ремиссии, используют для жевания «здоровую» сторону рта. В мышцах гомолатеральной стороны лица возникают дегенеративные изменения с развитием типичных мышечных уплотнений.

Для исключения и выявления сосудисто-нервного конфликта используется МРТ в сосудистом режиме с идентификацией ствола и сосудов, а также специальная техника проведения магниторезонансной томографии (МРТ) в трехмерном изображении, выполненные с контрастированием помогают выявить кровеносный сосуд, сдавливающий нерв у входа в ствол.

В настоящее время для облегчения болей при НТН используют лекарства, из группы нестероидных противовоспалительных средств (НПВС), антидепрессанты (амитриптиллин, дулоксетин) и местные обезболивающие средства (ранее широко использовались спиртоновокаиновые блокады, дающие облегчение до 6 месяцев). Наиболее эффективным консервативным и главенствующим методом купирования болевого синдрома при НТН остается, введенное в клиническую практику Блумом в 1963 г., использование антиконвульсантов (карбамазепин, финлепсин). При неэффективности вышеперечисленных мер может быть рекомендована хирургическая операция (микроваскулярная декомпрессия корешка тройничного нерва, высокочастотная селективная ризотомия тройничного нерва – как наиболее эффективные хирургические методы лечения НТН).

На данном этапе развития неврологии, как с научной стороны, так и в практическом плане, проблема невралгии тройничного нерва остается открытой и очень актуальной в виду, не уменьшающегося удельного веса заболевания, сложности патогенеза,