

опросник для выявления и оценки невротических состояний. Применяется для выявления и оценки невротических состояний. Тест разработали К.К. Яхин и Д.М. Менделевич. Тест предназначен для качественного анализа невротических проявлений и позволяет выявить основные синдромы невротических состояний по следующим шести шкалам: тревога, невротическая депрессия, астения, истерический тип реагирования, депрессивно-фобические нарушения (навязчивости), вегетативные нарушения. Опросник содержит 68 вопросов. Испытуемому предлагается оценить свое текущее состояние по пятибалльной системе: 5 баллов – никогда не было, 4 балла – редко, 3 балла – иногда, 2 балла – часто, 1 балл – постоянно или всегда. Суммируют диагностические коэффициенты по шести шкалам и выстраивают график. Показатель больше +1,28 указывает на уровень здоровья, меньше – 1,28 – болезненный характер выявляемых расстройств. 2) Методика самооценки эмоциональных состояний (А. Уессман, Д. Рикс). Методика, разработанная американскими психологами А. Уэссманом и Д. Риксом, применяется для самооценки эмоциональных состояний и степени бодрствования. Измерение в этой методике производится в десятибалльной (стенной) системе. Если сумма баллов от 26 до 40, то испытуемый высоко оценивает свое эмоциональное состояние, если от 15 до 25 баллов, то средняя оценка эмоционального состояния и низкая – если от 4 до 14 баллов.

Результаты исследования. По результатам теста А. Уэссмана и Д. Рикса было выявлено, что только 2 больных низко оценивают свое эмоциональное состояние, средняя оценка была у 9 больных и высокая оценка у 3. Анализируя результаты обследования по опроснику К.К. Яхина и Д.М. Менделевича, следует отметить высокий уровень тревоги у больных (у 9 человек). Наряду с тревогой у больных отмечались психоэмоциональные расстройства, проявляющиеся невротическими состояниями (4 человека), депрессивными реакциями (6 человек) с тенденцией к переходу в патологическое развитие личности, которое влияет на всю дальнейшую жизнь человека. При сопоставлении симптоматики нервно-психических нарушений с динамикой соматических расстройств была выявлена зависимость степени выраженности психических проявлений от тяжести челюстно-лицевой деформации и ее последствий. У 3 больных без психопатологических проявлений была выявлена нормальная реакция на полученную травму и деформацию. Также по результатам тестирования женщины с челюстно-лицевой деформацией по сравнению с мужчинами были более психотравмированными. У них невротические расстройства оказались значительно более выражены. У единственной больной с врожденной патологией уровень тревоги оказался минимальным и невротические расстройства были минимальны и практически не проявлялись. По поводу этого ряд ученых высказывает мнение, что психические нарушения, сопровождающие врожденные уродства лица, по своим клиническим особенностям отличаются от психических расстройств, обусловленных косметическим дефектом, возникшим в результате механической травмы. В случае врожденного уродства они появляются у детей младшего школьного возраста обычно при насмешках и замечаниях по поводу их внешности со стороны сверстников. Эти болезненные состояния в виде невротических реакций являются следствием психотравмирующей ситуации и быстро проходят. Психические расстройства у ребят старшего возраста и у взрослых более выражены. Они характеризуются астеническими,

депрессивными и фобическими симптомами и их сочетаниями. При механических травмах с обширным косметическим дефектом наблюдаются психогенные реакции с аффективно-шоковым компонентом, сменяющимся депрессивными и астено-депрессивными реакциями, а иногда и суицидальными тенденциями.

Вывод. По результатам данного исследования и исследования других авторов на данную тему было выявлено, что лечение больных с поражениями челюстно-лицевой области вызывает большие трудности и требует дополнительных мероприятий по организации психологической реабилитации.

Список литературы

1. Афанасьев В.В. Травматология челюстно-лицевой области. – ГЭОТАР-Медиа, 2010. – С. 256.
2. Шаргородский А.Г., Стефанцов Н.М. Повреждение мягких тканей и костей лица, 2000. – С. 239.
3. Колупаев Г.П. Нервно-психические нарушения при челюстно-лицевых повреждениях // Военный медицинский журнал. 1986. № 8. С. 24-27.
4. Христофорандо Д.Ю., Карпов С.М., Батурин В.А., Гандлыан К.С. Особенности течения сочетанной челюстно-лицевой травмы. – Институт стоматологии, 2013. № 2. С.59-61.
5. Христофорандо Д.Ю., Карпов С.М. Сочетанная травма челюстно-лицевой области. Вопросы диагностики. Нейрофизиологические аспекты // Российский стоматологический журнал, 2011. № 6. С. 23-24.
6. Христофорандо Д.Ю. Анализ распространенности, диагностики и лечения сочетанной челюстно-лицевой травмы // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2011. № 3. С.36-37.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ

Потапова И.Г., Диденко Н.Н., Денисюк В.В., Карпов С.М.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, e-mail: irishka931805@yandex.ru

Актуальность рассеянного склероза определяется его распространенностью.

Рассеянный склероз является самым распространенным, после черепно-мозговой травмы, органическим поражением центральной нервной системы среди лиц молодого возраста

При этом в последние годы отмечается рост заболеваемости рассеянным склерозом. Это обусловлено с одной стороны – усовершенствованием методов диагностики, с другой – с увеличением продолжительности жизни больных рассеянным склерозом, вследствие определенных успехов в лечении рассеянного склероза. Но также отмечается рост и абсолютного числа заболевших рассеянным склерозом.

Рост абсолютного числа заболевших рассеянным склерозом обусловлен все большим распространением в популяции иммунных нарушений, увеличение уровня которых, в свою очередь, связывают с нарастающим воздействием различных неблагоприятных факторов внешней среды и нарушением нормального образа жизни (загрязнение вследствие промышленных выбросов, ухудшение качества продуктов, скученность населения в переполненных городах и все больший отрыв людей от природы – от естественной среды обитания, нарушения нормального режима труда и отдыха).

Расширяются и возрастные рамки рассеянного склероза. Если еще несколько лет назад в руководствах по нервным заболеваниям указывалось, что рассеянный склероз редко развивается до подросткового возраста и заболеваемость рассеянным склерозом стремительно снижается после 35 лет, то в настоящее время типичным возрастом, в котором дебютирует рассеянный склероз считается возраст от 10 до 59 лет. Описаны случаи возникновения рассеянного склероза в 2 года и после 70 лет.

В настоящее время в мире насчитывается, по разным оценкам, от 2,5 до 3 млн. больных Рассеянным склерозом. Из них около 450 тыс. больных рассеянным склерозом в Европе, от 250 тыс. до 400 тыс. больных рассеянным склерозом в США.

Актуальность рассеянного склероза определяется также и его социально-экономической значимостью, которая складывается из следующих факторов:

Подавляющее число больных рассеянным склерозом – это люди наиболее активного трудоспособного возраста

Дороговизна лечения больных рассеянным склерозом.

В 1994 г. в США затраты на лечение больных рассеянным склерозом составили более 9,7 млрд. долларов.

Расходы на лечение больного рассеянным склерозом прямо пропорциональна степени инвалидизации пациента. Так, в европейских странах:

- на легко инвалидизированного больного рассеянным склерозом тратится 18 000 € в год;
- при средней степени инвалидизации – 36 500 €,
- при тяжелой – 70 000 €.

Подсчитано, что только на лечение бетафероном больных рассеянным склерозом в Великобритании требуется около 400 млн. фунтов стерлингов в год.

При этом затраты на иммуномодулирующую терапию пациента с рассеянным склерозом составляют только 21 %, а остальные расходы связаны с ранним выходом на пенсию, сокращением рабочего времени, проведением курсов психологической адаптации после сообщения пациенту диагноза, сестринской помощью и другими непрямыми расходами.[1]

В нашей стране по подсчетам ООИ-БР насчитывается около 100-200 тысяч человек больных рассеянным склерозом. [2]

Отчётливый подъём распространённости РС зарегистрирован в большинстве стран Европы и ряде регионов России. По мнению Е.И. Гусева и соавт. (1997), в качестве основных причин этого повышения предполагают: 1. Улучшение качества диагностики после внедрения лабораторных методов подтверждения диагноза РС: электрофизиологических, иммунологических и магнитно-резонансной томографии, что способствовало установлению диагноза РС у большого количества клинически мягких или сомнительных случаев.

Принятие унифицированных диагностических шкал и стандартизированных методов проведения описательных эпидемиологических исследований, что способствовало систематизации данных и уменьшению потерь информации.

Усиление возможностей симптоматической и антибактериальной терапии, качества жизни и медико-трудовой адаптации больных, что увеличило процент случаев с длительным течением заболевания.

Распространённость РС в республиках бывшего СССР

В России первое масштабное клинико-статистическое исследование РС проведено в 1948-1957 гг. Было изучено процентное соотношение больных РС ко всем больным в 30 неврологических клиниках страны. Наибольший процент отмечался в клиниках западных районов европейской части России – 7,4%, районов Поволжья – 3,8%, Центра – 3,7%; наименьший – в юго-западных районах Европейской части – 1,3 %. Авторы считали, что средний процент больных РС в клиниках, расположенных севернее 50-й параллели, составлял 3,4%, а южнее этой параллели – 1,27% (Гращенков Н.И. и соавт., 1961). Более высокие показатели распространённости РС исторически

регистрировались в северных, северо-западных и западных районах страны. Широта в 50° условно принималась как граница между зонами высокого и среднего риска, а в 40° – граница между зонами среднего и низкого риска (Марков Д.А. и Леонович А.Л., 1976; Хондкарпаи О.А. и соавт., 1987). В последние годы это распределение в зависимости от широты местности не всегда выдерживается, возможно, оказывает влияние массовая миграция населения, повышение качества диагностики РС и методологии описательных эпидемиологических исследований (Гусев Е.И. и соавт., 1997) [5].

Распространённость РС на 100000 населения на территории Ставропольского края составляет 20-32,8 (Прохорский А.М. и Шевченко П.П., 1992).

По данным министерства здравоохранения РФ департамента анализа, прогноза, развития здравоохранения и медицинской науки ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава в Ставропольском крае зарегистрировано больных рассеянным склерозом в 2010 году – 692 человека, в 2011 году – 712 человек.

Со слов Натальи Петровой – уполномоченного общественного эксперта общероссийской организации «Феникс», представляющей интересы больных рассеянным склерозом, численный показатель на 2013 год составляет около 600 человек.

В Ставрополье больные рассеянным склерозом столкнулись с нехваткой специалистов. Наталья Петрова сказала, что «рассеянные» не могут попасть на прием к неврологам в поликлиниках. Ставропольцам приходится лечиться у разных врачей, что затрудняет наблюдение за динамикой заболевания. Случается, медперсонал «скорой помощи» просто не знает, как оказать помощь страдающим рассеянным склерозом. [Ирина Костенко] [5].

На данный момент у больных этим недугом не всегда есть возможность получить необходимую помощь. Так, были подняты вопросы доступности обследования на магнитно-резонансном томографе и надлежащего, с учетом индивидуальных особенностей пациентов, лекарственного обеспечения. Заместитель министра здравоохранения Ставропольского края Ольга Дроздецкая сказала, что для решения поставленных вопросов необходимо не только в полной мере задействовать возможности федерального центра, но и привлекать спонсорскую помощь.

Помочь им старается Общественная организация больных рассеянным склерозом. Ее ставропольское отделение уже не один год возглавляет Наталья Петрова. Организация недавно проторила для своих членов дорожку в спортзал «Локомотив». Общественная организация больных рассеянным склерозом сотрудничает с краевым министерством социальной защиты, регулярно организует для своих членов встречи со специалистами.

Очередная такая встреча прошла в промежутке между Всемирным и Российским днями борьбы с рассеянным склерозом. На вопросы отвечали невролог и юрист. Начальник отдела краевого министерства социальной защиты Александр Гайдуков рассказал о впервые принятой в нашей стране государственной программе «Доступная среда», рассчитанной на 2011–2015 годы. Ее реализация в Ставропольском крае начнется с ближайшего января. Средства будут поступать из федерального, краевого и муниципальных бюджетов [3].

Список литературы

1. <http://www.center-hc.ru>.
2. <http://ms2002.ru>.

3. <http://ms2002.ru>.
4. <http://fedpress.ru/news>.
5. Бурнусус Н.И., Карпов С.М., Шевченко П.П. Нейротрансмиттеры в патогенезе рассеянного склероза // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2012. № 1. С. 20-21.
6. Аутоантитела к основному белку миелина и их роль при демиелинизирующих процессах / С.М. Карпов, В.А. Батурин, В.П. Тельбух, А.П. Францева, Б.Н. Белякова, Л.В. Чичановская // Клиническая неврология. 2013. № 3. С. 16-19.
7. Карпов С.М., Мосиенко Е.М. Иммунологическая реактивность у больных с острыми одонтогенными воспалительными заболеваниями // Клиническая неврология. 2009. № 2. С. 3-5.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЭПИЛЕПСИИ В МИРЕ

Сидоренко К.В., Даренская Е.Ю.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, e-mail: tais81085@yandex.ru

Актуальность. Эпилепсия – наиболее часто встречающееся серьезное неврологическое заболевание. Определение факторов риска развития эпилепсии и возрастной динамики ее дебюта важно не только для осуществления медицинского наблюдения, но и разработки мер профилактики эпилепсии.

Анализ общей заболеваемости показал, что в большинстве исследований, в развитых странах, исключая фебрильные судороги и единичные приступы, она составила около 50 случаев на 100 000 населения в год (с колебанием от 40-70/100 000 в год).

По другим исследованиям, в развитых странах заболеваемость колеблется от 24 до 53 на 100 000 населения. Данные по развивающимся странам обычно выше и составляют от 100-190/100 000 в год. Причины этого не до конца выяснены; предположительно, у людей из экономически неблагополучных стран риск развития эпилепсии выше. В развитых странах заболеваемость эпилепсией выше в старческом и младенческом возрасте. Заболеваемость в этих группах очень высока – приблизительно 100-200/100 000 в неонатальном периоде и грудном возрасте; значительно снижается после первого года жизни и более постепенно на всем протяжении детского возраста. Наиболее высок уровень заболеваемости эпилепсией среди детей первого года жизни; после 20 лет он понижается, но вновь повышается при старении.

Риск возникновения эпилепсии в период времени от рождения до 20 лет приблизительно 1%. С 20 по 55 лет риск опять снижается, но возрастает после 55 лет. В возрасте 75 лет 3% людей из всей популяции подвержены риску эпилепсии и у 10% людей риск развития единичного приступа. В основном риск развития эпилепсии во всей популяции составляет 1%. В определенных группах этот риск выше. Риск развития эпилепсии у детей с задержкой умственного развития – 10%; у детей с детским церебральным параличом – 10%; у детей с сочетанной вышеописанной патологией – 50%. При болезни Альцгеймера риск эпилепсии – 10%; 22% – у пациентов, перенесших инсульт; 8,7% – у детей, матери которых страдают эпилепсией; 2,4% – у детей, отцы которых страдают эпилепсией. Заболеваемость эпилепсией среди мужчин выше, чем среди женщин. Заболеваемость эпилепсией значительно снижается у взрослых (приблизительно 25/100 000), но затем нарастает в зрелом возрасте; второй пик приходится на пожилой возраст.

Цель: проанализировать статистические данные частоты случаев эпилепсии в мире

Методы и материалы исследования: статистический и эпидемиологический анализ данных.

В Великобритании проводилось длительное наблюдение за пациентами от рождения до 23 лет. Заболеваемость в исследовании составила 0,35/100 000

(от 0 до 14 случаев в) год. В возрасте 23 лет общая заболеваемость возросла более, чем в 2 раза по сравнению с 7-летним возрастом. В другом исследовании изучалась заболеваемость эпилепсией в общей популяции в Лондоне и на юго-востоке Великобритании. Из исследования исключались ситуационно обусловленные приступы, фебрильные приступы, приступы в остром периоде какого-либо заболевания. У 190 из 369 283 обследованных впервые установлен диагноз эпилепсии (заболеваемость 51,5 на 100 000 в год). Самая высокая заболеваемость отмечена в возрасте от рождения до 4 лет (190 на 100 000 в год). В возрасте 45-64 лет она составляла 30,8 на 100 000, а в возрасте старше 65 лет 58,7 на 100 000 населения. У женщин и мужчин заболеваемость была одинакова.

На 31 миллион жителей Канады в 2003 г., заболеваемость составила 15 500 зарегистрированных новых случаев в год. 30% вновь зарегистрированных случаев в год возникает в детском возрасте, большинство в раннем детстве или в юношестве. Второй пик заболеваемости – возраст старше 65 лет.

В Финляндии на восточной территории страны – 1969-1979 гг. проводилось ретроспективное исследование по эпидемиологии эпилепсии у взрослых старше 15 лет на основе различных медицинских документов пациентов с выявленными или предполагаемыми приступами. Средняя ежегодная заболеваемость эпилепсией составила 24/100 000.

В Германии в популяции детей и подростков до 15-ти лет общая заболеваемость составила 60 на 100 000 населения, а на первом году жизни отмечен самый высокий показатель – 146/100 000.

В Швеции заболеваемость эпилепсией составила 89 на 100 000 населения;

В Японии заболеваемость – 17,3 на 100 000; в Австралии 100 на 100 000 населения. В Нидерландах проведено ретроспективное исследование заболеваемости эпилепсии в возрастной группе старше 14 лет. Общая заболеваемость составила 30 на 100 000. Заболеваемость увеличивалась с возрастом и достигала 62 на 100 000 для пациентов старше 65 лет. Заболеваемость у мужчин оказалась выше, чем у женщин.

В Дании проведено эпидемиологическое исследование с целью выявить распределение по полу при различных формах эпилепсии. В исследовании среди пациентов с генерализованными идиопатическими эпилепсиями преобладали женщины. Среди пациентов с фокальными формами эпилепсий в целом не выявлено какого-либо преобладания мужчин или женщин. Симптоматические фокальные эпилепсии чаще встречались у мужчин, а криптогенные формы – у женщин.

В Исландии заболеваемость активной эпилепсией составила 33,3 на 100 000 населения. Заболеваемость не различалась у женщин и мужчин. Возрастзависимая заболеваемость выше на первом году жизни (130 на 100 000 населения) и в возрасте 65 лет и старше (110,5 на 100 000 населения). Идиопатические эпилепсии встречались в 14% всех выявленных случаев эпилепсии.

Каждый год в США у 150 000 детей и взрослых возникает первый эпилептический приступ, а у 30 из них в последующем развивается эпилепсия. Приблизительно от 4 до 10% детей в анамнезе имеют один непровоцируемый приступ без развития в дальнейшем эпилепсии. По другим данным, каждый год в Соединенных Штатах у 300 000 людей отмечается первый эпилептический приступ; из них 120 000 человек в возрасте до 18 лет. От 75 000 до 100 000 из них – дети младше 5 лет, у кого приступы носят характер фебрильных.