

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.

В Соединенных Штатах Америки ежегодно диагностируют 181 000 случаев эпилепсии. Заболеваемость выше в возрасте менее 3-х лет и старше 65 лет, у 45 000 детей младше 15 лет эпилепсия диагностируется ежегодно. Мужчины несколько чаще страдают эпилепсией, чем женщины. Заболеваемость выше среди афроамериканцев и у социально неблагополучного населения: 44 на 100 000. В последнее время складывается тенденция уменьшения заболеваемо-

сти среди детей и увеличение заболеваемости среди лиц пожилого возраста

Заболеваемость эпилепсией выше в развивающихся странах. В Африке заболеваемость эпилепсией – 79 на 100 000 населения.

В Чили заболеваемость в 90-х годах составила 116 на 100 000 населения. Заболеваемость в регионе Северного Эквадора исчислялась между 122/ 100 000 в год и 190/100 000 в год .

Заболеваемость эпилепсией в мире

Страны	Распространенность на 1000 населения	Возрастные группы	Авторы	Год публикации
В мире	5-10	Все возрастные группы	Sander J.W	2009
Европа	4,5-5,0	Все возрастные группы	Forsgren L	2009
Великобритания	4,0	От рождения до 23 лет	Wright J. et al	2005
Гренландия	6,29	От рождения до 15 лет	Blichfeldt S. et al	2008
Финляндия	6,0	взрослые	Kerdnen T. et al	1999
Канада	3-6	Все возрастные группы	Wiebe S	2007
Испания (Мадрид)	4,12	взрослые	Luengo A., et al	2005
Италия (Сицилия)	3,3	Все возрастные группы	Rocca W.A. et al	2005
США	5-8	взрослые	Epilepsy Foundation	2009
Китай	4,6-7	взрослые	Epilepsy Foundation	2007
Гондурас	15,4-23,3	Все возрастные группы	Medina M.T. et; al	2009
Боливия	11,1	Все возрастные группы	Nicoletti A. et ah	2003
Эквадор	12,2	Все возрастные группы	Sander J.W.	2009
Саудовская Аравия	6,54	Все возрастные группы	Al Rajeh S	2005

В России за последнее время активность в проведении эпидемиологических исследований заметно усилилась. Заболеваемость эпилепсией: в Ульяновской области составляет 41 на 100 000 населения; в Тульской области – 24 на 100 000 населения; у взрослого населения в г. Тюмени заболеваемость – 31,4 на 100 000 населения.

Средняя ежегодная заболеваемость эпилепсией за 10 лет (с 1992 по 2001 гг.) в популяции мужчин и женщин в возрасте 14 лет и старше в Иркутске составила 25,87 случаев на 100 000 населения в год; в сельской популяции Эхирит-Булагатского района Усть-Ордынского Бурятского АО – 17,10 случаев на 100 000 населения в год. Заболеваемость в городской и сельских популяциях у мужчин достоверно выше, чем у женщин: соответственно 38,70 и 16,04 случаев на 100 000 населения в год в Иркутске:

10,72 случаев на 100 000 в год в Эхирит-Булагатском районе.

Заболеваемость эпилепсией среди детского населения (от рождения до 14 лет) в Республике Саха (Якутия) 114 на 100 000.

В Казани проведено эпидемиологическое исследование по эпилепсии у детей и подростков. На 1998 г. заболеваемость составила 69 на 100 000, в 2005 г. – 71 на 100 000; в 2006 г. – 71 на 100 000; в 2008 г. – 55 на 100 000 детей и подростков; в 2009 г. – 61 на 100 000 подростков и детей. Пик заболеваемости эпилепсией отмечен в возрастной группе детей от 1 года до 12 лет. У подростков 15-18 лет зарегистрировано наименьшее число дебюта болезни.

По Москве заболеваемость эпилепсией в среднем – 11,78 человек в год на 100 000 населения (средн мужчин – 13,66 на 100.000, среди женщин – 8,47).

Заболеваемость эпилепсией в России

Регионы и города	Заболеваемость на 100 000	Возрастные группы	Авторы	Год публикации
Ульяновская область	41	Дети от рождения-до 14 лет	Соловьева Л.Н.,	2008
Тульская область	24	взрослые	Анпилогова И.Э.,	2009
Тюмень	31,4	Дети и подростки	Белова Е.В.	2008
Иркутск	25,87	взрослые	Кабаков Р.А.	2006
Якутия	114	Дети от рождения до 14 лет	Баишева Г.М.	2008
Казань	61	Дети и подростки	Прусаков В.Ф	2009
Москва	11,78	взрослые	Гусев Е.И. с соавт	2004

В Старопольском крае больных эпилепсией около 23 тысяч человек, четыре с половиной из них – дети.

Заключение. Эпилепсия это болезнь головного мозга, она требует многолетнего лечения и по количеству больных занимает третье место в мире после сахарного диабета. Примерно 5% людей имеют в своей жизни хоть один эпилептический приступ.

Эти состояния наступают в результате провоцирующих причин, например при высокой температуре, при длительном хроническом алкоголизме судорожные абстинентные приступы, или при хронической наркомании – судороги, вызванные дефицитом наркотиков. Отсюда делаем вывод, что только 20% всех людей, которые в своей жизни имели хоть один при-

ступ, заболевают эпилепсией. Получить точные цифры распространения эпилепсии очень сложно в связи с отсутствием единого учета, а также с тем что этот диагноз часто специально или ошибочно не устанавливается и проходит под видом других диагнозов (эписиндром, судорожный синдром, различные пароксизмальные состояния, судорожная готовность, некоторые виды фебрильных судорог и т.п.), которые не учитываются общей статистикой эпилепсии. Есть люди, которые болеют по пять-десять лет, прежде чем обращаются к специалистам, когда уже бывает поздно и об излечении речь не идет. А ведь у нас накоплен большой опыт, и если вовремя назначить противосудорожные препараты и соответствующую терапию, человек возвращается в строй и продолжает полноценную жизнь. Так что эпилепсия - в настоящее время вовсе не приговор!

Список литературы

1. Ульяновский М.И., Ходжаев А.Б., Апагуни А.Э., Карпов С.М., Назарова Е.О., Шишманиди А.К., Сергеев И.И., Власов А.Ю. Анализ дорожно-транспортного травматизма у жителей г.Ставрополя // Фундаментальные исследования. 2013. № 5-2. С. 427-430.
2. Христофорандо Д.Ю., Карпов С.М., Батурин В.А., Гандылян К.С. Особенности течения сочетанной челюстно-лицевой травмы // Клиническая стоматология. 2013. № 2. С. 31.
3. Соколова И.В., Карпов С.М. Травматическая эпилепсия при ЧМТ // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2012. № 1. С. 44-45.
4. Соколова И.В., Карпов С.М. Симптоматическая эпилепсия в детском и подростковом возрасте // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2012. № 1. С. 45-46.

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ТРИГЕМИНАЛЬНОЙ НЕВРАЛГИИ

Хатуева А.А.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, e-mail: hatueva.a@gmail.com

Тригеминальная невралгия является одной из наиболее часто встречающихся форм прозопалгий, которая отличается как высокой интенсивностью болевых приступов, так и исключительной резистентностью к различным методам лечения.

Цель исследования: проанализировать современные методы лечения тригеминальной невралгии.

Материалы и методы. Был проведен анализ современной литературы по вопросам методов лечения тригеминальной невралгии.

Результаты исследований: Основным направлением при лечении тригеминальной невралгии является устранение причины НТН (больные зубы, воспалительные процессы смежных зон и др.), и проведение симптоматического лечения (купирование болевого синдрома, восстановление функции и структуры нерва). Особый пароксизмальный характер болевых атак при тригеминальной невралгии диктует своеобразие тактики лечения невралгии тройничного нерва. Для облегчения болей настоящее время используют лекарства, из группы НПВС, антидепрессанты (амитриптилин, дулоксетин) и местные обезболивающие средства (ранее широко использовались спиртовокаиновые блокады, дающие облегчение до 6 месяцев). Blom в 1963 году впервые для купирования болевого синдрома использовал антиконвульсанты (финлепсин, карбамазепин). Анализ многочисленных исследований об использовании карбамазепина показал, что у 70-90% больных, наблюдался значительный положительный эффект при применении его впервые (Б.А Карлов и О.Н. Савицкая, 1980; В.А. Смирнов и др., 1968; Blom, 1963). При длительном его применении у больных с тригеминальной невралгией наблюдается постепенное снижение анальгетического действия, что обусловлено привыканием к нему.

(Hoppere R., 1980) При неэффективности вышеперечисленных мер может быть рекомендована хирургическая операция (Sano K., 1987).

Исследованиями авторов (Карпов С.М., Христофорандо Д.Ю., Батурин В.А., Карпов А.С.) было выдвинуто предположение, что болевой синдром при НТН является следствием аутоиммунных процессов структур тройничного нерва, на что указывали простудные заболевания в анамнезе, а также воспалительные реакции при оказании стоматологических манипуляций. При этом происходит увеличение титра антител к основному белку миелина, что указывает на процесс демиелинизации. В связи с этим была предложена терапия с использованием глюкокортикоидов (метипред) для блокирования аутоиммунной агрессии, для улучшения нейротрофических процессов – тиогама, нейромультивит. Исследования подтвердили, что использование этих препаратов не только позволяет уменьшить болевые ощущения, но и уменьшить процессы демиелинизации, и приводят к восстановлению структуры нерва и длительной ремиссии.

Заключение: Проведенный анализ литературы показывает, что невралгия тройничного нерва обусловлена различными по характеру причинами и механизмами возникновения и поддержания болевого синдрома. На данном этапе развития неврологии, как с научной стороны, так и в практическом плане, проблема невралгии тройничного нерва остается открытой и очень актуальной ввиду не уменьшающегося удельного веса заболевания, сложности патогенеза, малоэффективности проводимой терапии и отсутствия четких рекомендаций в тактике ведения больных с данной патологией.

Список литературы

1. Базыгина Е.В. Терапия классической невралгии тройничного нерва // Медицинский вестник Северного, № 2, 2011 С. 39-41.
2. Карпов С.М., Христофорандо Д.Ю., Батурин В.А., Карпов А.С. Новый взгляд на патогенез и лечение невралгии тройничного нерва // Фундаментальные исследования. 2012. № 8. С. 326-329.
3. Карпов С.М., Саркисов А.Я. Гандылян, Карпов А.С., Ивенский В.Н. Качество жизни при невралгии ветвей тройничного нерва // Фундаментальные исследования. 2012. № 12. С. 64.
4. Пузин М.Н. Нервные болезни: Учебник. – М.: Изд-во МСИ, 2013. – 416 с.: ил. (Учебная лит. Для студентов стоматологических факультетов). С. 306.
5. Ревегук Е.А., Карпов С.М. Актуальность проблемы невралгии тройничного нерва в неврологии // Успехи современного естествознания. 2013. № 9. С. 127-128.
6. Саркисов А.Я. Вегетативная дисфункция и психосоматическое состояние у больных с невралгией тройничного нерва: Автореф. дисс. ... к.м.н. – Ставрополь, 2012.

ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИЕЙ

Шамасурова М.Ш., Шамасурова Ф.Ш., Долгова И.Н., Карпов С.М.

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

Актуальность. В настоящее время цереброваскулярные расстройства являются третьей ведущей причиной смерти после заболевании сердечно-сосудистой системы и рака.

Цель. Определить прогностическую значимость артериальной гипотензии в развитии цереброваскулярных расстройств.

Артериальная гипотензия (АГ) является одной из причин хронической мозговой сосудистой недостаточности. При сочетании артериальной гипотонии с атеросклеротическими изменениями возникают синдромы церебрально-сосудистой недостаточности в бассейне того или иного магистрального или внутримозгового сосуда. При этом наблюдается онемение и слабость в конечностях, также речевые рас-