

энцефалитов), лекарственные интоксикации (фенотиазинового ряда, метилдофы, некоторых наркотических средств), опухоли, травмы нервной системы, ЧМТ тяжелой степени или повторные ЧМТ, острые и хронические интоксикации окисью углерода и марганца. 1) Старение. Происходят биохимические изменения в стриатуме (за счёт снижения содержания фермента тирозингидроксилазы и дофамина), а также уменьшение количества рецепторов дофамина, дегенерация нейронов черной субстанции намного быстрее, чем в других отделах ЦНС. 2) Генетическая фактор. Семейный анамнез выясняется клиницистами у 15% больных паркинсонизмом, однако, гены, отвечающие за развитие этой патологии, ещё не идентифицированы. 3) Факторы окружающей среды (соли тяжелых металлов, гербициды, пестициды) вызывают дегенеративные изменения на нейронном уровне часто характеризуются как процесс, связанный с апоптозом (программированной гибелью клеток), окислительным стрессом и митохондриальной дисфункцией. 4) Сосудистые поражения головного мозга приводят к прогрессирующей дегенерации нервных клеток определенных областей мозга (нигростриарных нейронов). 5) Лекарственный паркинсонизм может развиваться при длительном приеме некоторых лекарственных препаратов, среди которых наибольшее значение имеют производные фенотиазина, бугирофенона, барбитураты, нейролептики, а также резерпин и допегит. Повреждение на молекулярном уровне приводит к их гибели. Аналогичное действие оказывает длительная экзогенная и эндогенная интоксикация. 6) Инфекционный агент. Симптоматические проявления паркинсонизма связаны с временным воспалением чёрного вещества, которая регрессирует в ходе выздоровления. Паркинсонизму травматического генеза (ЧМТ, опухоль) свойственны признаки дефектности других мозговых структур. Часто обнаруживаются вестибулярные нарушения, нарушения движений, изменения чувствительности, эпилептические припадки. Среди вегетативных расстройств доминируют вазомоторные нарушения.

Выводы: В конечном счете точная этиология болезни Паркинсона остается для ученых загадкой. И, следовательно, мы не можем выделить группы риска по данной патологии.

Литература

1. Эпидемиология болезни Паркинсона в различных странах мира. (Байрамукова А.М., Ажахметова А.К., Карпов С.М.) Успехи современного естествознания. 2013. №9. С. 20-21.
2. Болезнь паркинсона и синдром паркинсонизма. (Голубев В.Л., Левин Я.И., Вейн А.М.) Москва 1999.-415 с.
3. Краткая медицинская энциклопедия под ред. Академика РАМН В.И. Покровского. НПО «Медицинская энциклопедия», 1994 г.
4. Болезни нервной системы. Руководство для врачей. Коллектив авторов, 1995 г.
5. Материалы сети «Интернет».

Бублий А.¹, Шафорост А.², Долгова И.Н.³, Карпов С.М.⁴

^{1,2}Студент; ³кандидат медицинских наук, доцент; ⁴профессор, доктор медицинских наук, Ставропольский государственный медицинский университет

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ МИГРЕНИ ПРЕПАРАТАМИ ГРУППЫ ТРИПТАНОВ

Аннотация

В статье отражена динамика состояния больных с мигренью при лечении их суматриптаном.

Ключевые слова: мигрень, суматриптан

Bubliy A.¹, Shaforost A.², Dolgova I.N.³, Karpov S.M.⁴

^{1,2}Student; ³candidate of medical sciences, senior lecturer; ⁴professor, doctor of medical sciences, Stavropol State Medical University

EFFICIENCY TREATMENT OF MIGRAINE DRUGS OF TRIPTANS

Abstract

The article reflects the dynamics of the patients with migraine treatment sumatriptan them.

Keywords: migraine, sumatriptan

Одной из частых причин цефалгий, по поводу чего пациенты вынуждены обращаться к врачу, относят мигрень. Мигрень рассматривают как нейрососудистую патологию или первичную дисфункцию головного мозга с вторичными сосудистыми реакциями. [1,3]

Согласно Международной классификации головных болей 2-го пересмотра 2004 г. (МКГБ-2) выделяют:

- мигрень без ауры (ранее – простая мигрень), которая встречается в 70% случаев;
- мигрень с аурой (ранее – ассоциированная) – форма, при которой приступу боли предшествует комплекс фокальных неврологических симптомов (зрительные, чувствительные, двигательные нарушения), встречающаяся в 30% случаев.

Диагностика мигрени без ауры основывается на следующих симптомах:

- гемикраническая локализация головной боли;
- пульсирующий характер этой боли;
- выраженная интенсивность болевых ощущений, усугубляющихся при физической работе, ходьбе;
- наличие всех или одного–двух сопровождающих симптомов (тошнота, рвота, светозвукобоязнь);
- длительность атаки от 4 до 72 ч;
- не менее пяти атак в анамнезе, отвечающих перечисленным критериям.

Диагностика мигрени с аурой основывается на следующих симптомах:

Наличие признаков характерных для мигрени без ауры, сочетающихся со следующими проявлениями:

- ни один симптом ауры не должен длиться более 60 мин;
- полная обратимость одного или более симптомов ауры, свидетельствующих о фокальной церебральной дисфункции;
- длительность "светлого" промежутка между аурой и началом головной боли не должна превышать 60 мин. [1,2]

К наиболее опасным осложнениям мигрени относят: мигренозный статус и мигренозный инсульт. Мигренозный статус проявляется следующими друг за другом приступами или одним необычно тяжелым и продолжительным, как правило с рвотой. Мозговой инсульт развивается на фоне мигрени с аурой и проявляется очаговой симптоматикой.

Под наблюдением находились 13 пациентов с мигренью, составившие две группы.

1 группа – 6 человек, получавшие ступенчатую терапию. Использовались стандартные препараты: аспирин (50 мг), спазмалгон (500 мг), парацетомол (500 мг), анальгин (250-500 мг), кофеин (200 мг).

2 группа – 7 человек, получавшие патогенетическую терапию, назначали антимигренозные препараты - триптаны: суматриптан (50 мг), элетриптан (40 мг), золмитриптан (2,5 мг)

Триптаны обладают селективным агонистическим действием на серотониновые 5-НТ 1В, 1D, 1F-рецепторы. 1В-рецепторы локализованы в стенке сосудов мозговых оболочек. Воздействие на них триптанов сужает расширенные во время мигренозного приступа сосуды и уменьшает периваскулярное нейрогенное воспаление.

Оценивая эффективность лечения в 2-х группах, следует отметить ее преобладание во 2-й группе, что связано с влиянием на патогенетические механизмы развития цефалгии при мигрени.

Таким образом, для эффективного лечения мигрени необходимо проведение дифференциальной диагностики, с целью исключения других причин цефалгий. Рекомендовать пациентам использовать патогенетически обоснованных препаратов.

Литература

1. Головная боль. Неврология для врачей общей практики. Под ред. А.М. Вейна. Изд-во «Эйдос Медиа». – 2002. – с. 18-48.
2. Осипова В.В. Международная классификация головных болей // Журн. леч. нервн. бол.- 2003. - № 4. – с. 3-10.
3. Осипова В.В., Левин Я.И. Мигрень в цикле «сон-бодрствование» // Журн. неврол. и психиат. – 2006. №5 с.9-15.

Шрамко Ю.Ф.¹, Шевченко П.П.²

^{1,2}Ставропольский государственный медицинский университет

ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ С НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В ОСТРОЙ СТАДИИ

Аннотация

В данной статье поэтапно отражены современные представления об особенностях ухода за больными с острыми нарушениями мозгового кровообращения. Выбор оптимального для конкретного больного комплекса мероприятий по уходу является важной составляющей лечебных и реабилитационных мероприятий

Ключевые слова: неврология, уход, острое нарушение мозгового кровообращения.

Shramko Y.F.¹, Shevchenko P.P.²

^{1,2}Stavropol State Medical University

PECULIARITIES OF CARE FOR PATIENTS WITH DISORDERS OF CEREBRAL CIRCULATION IN ACUTE STAGE

Abstract

In this article modern ideas of features of care of patients with sharp violations of brain blood circulation are step by step reflected. The choice optimum for a concrete sick complex of actions for leaving is an important component of medical and rehabilitation actions

Keywords: neurology, care, acute violation of cerebral circulation.

Актуальность

Особенности ухода за больными с нарушениями мозгового кровообращения в острой стадии в настоящее время представляют собой одну из самых актуальных проблем неврологии, которая рассматривается в данной статье. Это связано с высокой смертностью, развитием осложнений, риском формирования инвалидности. Около 30% больных, которые перенесли инсульт, в течение года не могут обойтись без помощи других людей и их ухода. Профессиональный, комплексный уход за больными с данной патологией составляет не менее 40% в выздоровлении и сохранении качества жизни.

Цель и задачи:

Для обеспечения наиболее быстрого выздоровления, возвращения к повседневной жизни больного необходимо определить сопутствующий основному лечению комплекс мероприятий по уходу за больными с острыми нарушениями мозгового кровообращения.

Материалы и методы:

Исследовали статистику, литературные данные и информацию в интернете.

Результаты и обсуждения.

Особенности современных методов ухода заключаются в следующем:

1. Соблюдение постельного режима.
2. Профилактика пролежней и контрактур.
3. Положение больного (следует избегать длительного пребывания больного в одной позе для восстановления нормального мышечного тонуса).
4. Лечебная гимнастика:

- Пассивные упражнения (воздействие на мышцы пациента другим лицом) начинают на 3-4-й день, в том числе при полном отсутствии движений на пораженной стороне.
- В остром периоде вовлекают в движение только мелкие суставы, чтобы не вызвать значительных изменений АД; в более позднем периоде, при стабильных показателях АД, лечебную гимнастику начинают с крупных суставов, затем переходя к более мелким, что препятствует повышению мышечного тонуса и образованию контрактур.
- Активные движения выполняют, в первую очередь, здоровой конечностью. При этом мысленное повторение упражнений парализованной рукой или ногой (так называемая *идеомоторная гимнастика*), способствует появлению активных движений. При грубых парезах активную гимнастику начинают с упражнений статичного характера.
- Специальную гимнастику чередуют с дыхательными упражнениями. Дыхание оказывает влияние на мышечный тонус конечностей: при вдохе тонус конечностей повышается, при выдохе - снижается.
- Гимнастику проводят непродолжительное время (15-20 мин) несколько раз в день (каждые 3-4 ч).

5. Массаж.

Массаж в период реабилитации больных после инсульта направлен на нормализацию тонуса мышц на пораженной стороне. Поэтому для расслабления мышц с повышенным тонусом производят легкое поглаживание и, напротив, для активизации мышц со сниженным или неизменным тонусом выполняют легкое разминание.

Заключение:

Правильно налаженный уход имеет большое значение в профилактике тяжелых осложнений и способствует быстрому выздоровлению и восстановлению трудоспособности.

Литература

1. Использование цераксона в лечении когнитивных расстройств у пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией. Карпов С.М., Гнездицкий В.В., Францева В.О., Власова Д.Ю., Калоев А.Д., Кобыляцкий С.В. Кубанский научный медицинский вестник. 2012. №4. С. 52-56.
2. Распространенность ОНМК среди лиц молодого возраста. Ревергук Е.А., Карпов С.М. Успехи современного естествознания. 2012. № 5. С. 61-62
3. Нарушение когнитивных функций у больных в постинсультном периоде Власова Д.Ю., Карпов С.М., Седакова Л.В. Успехи современного естествознания. 2013. № 9. С. 125-126.
4. Посезонное поступление больных с ОНМК в зависимости от времени года. Белянова Н.П., Карпов С.М. Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2012. № 1. С. 18-19
5. Руководство для ухаживающих за больными. <http://www.meduhod.ru>