

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

Аннотация

Данная статья посвящена изучению особенностей течения рассеянного склероза во время беременности и определению тактики ведения беременных женщин, страдающих этим заболеванием.

Ключевые слова: рассеянный склероз, беременность, иммуносупрессия, тератогенное действие.

Yastrubenko D.V.¹, Shevchenko P.P.²

¹Student; ²Candidate of medical Sciences, Assistant of the Department of neurology, Stavropol State Medical University

MEDICAL CARE OF PREGNANT WOMEN SUFFERING FROM MULTIPLE SCLEROSIS

Abstract

This article is devoted to the study of the course of multiple sclerosis during pregnancy and definition of tactics for pregnant women suffering from this disease.

Keywords: multiple sclerosis, pregnancy, immunosuppression, teratogenic effect.

Актуальность: Проблема взаимоотношений рассеянного склероза (РС) и беременности является важным практическим вопросом. Актуальность данной проблемы связана с тем, что рассеянным склерозом чаще страдают женщины преимущественно детородного возраста, и естественно, что вопрос о возможности и тактике ведения беременности и родов при данном заболевании постоянно встает перед лечащими неврологами.

Цель исследования: Изучение особенностей медикаментозного обеспечения беременных женщин, страдающих рассеянным склерозом.

Результаты исследования: Исследования последних лет показали, что РС не оказывает негативного влияния на течение беременности и родов: частота бесплодия, невынашиваемости беременности, токсикозов и осложнений в родах при данном заболевании достоверно не отличается от общей популяции. В большинстве случаев дети, рожденные от больных матерей, здоровы, а уровень детской смертности и врожденной патологии одинаков у детей, рожденных от здоровых и больных РС женщин.

Лишь в единичных случаях при выраженном неврологическом дефиците могут наблюдаться осложнения в родах, приводящие к асфиксии плода.

Показано также, что беременность не только не является фактором риска развития РС, но и оказывает благоприятное влияние на прогноз заболевания. Так, частота заболеваемости РС у бездетных женщин в 2,5 раза выше, чем у женщин, имеющих 2-х и более детей (Runmarker, 1995; Viliard-Mackintosh, 1997). Кроме этого, РС реже приобретает прогрессивное течение после беременности, чем у не рожавших женщин, а тяжелая инвалидизация у них наступает через более длительный срок (Runmarker, Andersson, 1995).

Как и при других аутоиммунных заболеваниях, беременность оказывает иммуносупрессивное действие на активность патологического процесса при РС как по клиническим данным (обострения наблюдаются лишь у 3-12% пациенток, чаще - в 1-м триместре беременности, и характеризуются мягким, непродолжительным течением, как правило, с полным регрессом неврологической симптоматики.), так и по результатам единичных МРТ-исследований (уменьшение количества очагов в T2-режиме).

В то же время риск развития обострения значительно повышается после родов (экзацербации наблюдаются у 30-70% женщин, при этом 85% приходятся на первые 3 месяца); активизация демиелинизирующего процесса отмечена и по данным МРТ. По данным О. Abramsky (1994), частота обострений в год во время беременности составляет в 1-ом триместре 0,22; во 2-ом - 0,12; в 3-м - 0,03 в год, тогда как в первые 3 месяца послеродового периода эта величина равна 0,71 в год. При этом обострения после родов протекают намного тяжелее, чем до беременности.

Особенности течения РС во время беременности позволили определить тактику ведения беременных пациенток, страдающих данным заболеванием. В настоящее время большинство исследователей придерживается мнения о необходимости сохранения беременности в случае отсутствия выраженного обострения заболевания и грубого неврологического дефицита. Необходимо отметить, что иммуномодулирующая и иммуносупрессивная терапия цитостатиками и интерферонами, а также препараты баклофен, сирдалуд и финлепсин абсолютно противопоказаны во время беременности в связи с их тератогенным действием. Единственным иммуномодулятором, применение которого во время беременности обсуждается в настоящее время, является Копаксон в связи с отсутствием его повреждающего влияния на плод по экспериментальным данным.

Для профилактики осложнений в родах единым стандартом при РС является родоразрешение кесаревым сечением под эпидуральной анестезией. После родов в случае развития обострения рекомендуется немедленное назначение кортикостероидов, предпочтительно - пульс-терапии солумедролом, при обязательном подавлении лактации. Даже при отсутствии обострений в послеродовом периоде рекомендуется обязательное проведение иммуномодулирующей терапии интерферонами, Копаксоном или иммуноглобулином G. Дополнительно этим беременным назначаются: витамины группы B, витамины E, C, антигистаминные препараты (пипольфен, супрастин), дегидратационная терапия (40% раствор глюкозы, фурасемид и др.), кокарбоксилаза и др. При таком подходе риск обострений удается снизить в первые три месяца после родов на 30-60 %.

Вывод: Таким образом, исходя из выше изложенного можно сделать следующие выводы: рассеянный склероз не является противопоказанием для беременности. Беременность не ухудшает течение РС, а даже оказывает положительный эффект за счет физиологических механизмов иммуносупрессии, вызывающей снижение активности и формирование ремиссии демиелинизирующего процесса. Перед зачатием ребенка необходимо обсудить с лечащим врачом методы профилактики и лечения обострений заболевания в период беременности, чтобы понять могут ли какие-либо из них нанести вред развивающемуся плоду. За несколько месяцев до наступления беременности следует отменить иммуномодулирующую терапию (бета-интерферон, например, отменяют за 3 месяца, кортикостероиды и цитостатики - минимум за 6 месяцев) с последующим возобновлением после родов. Внеплановой беременности нужно избегать, так как после прерывания беременности риск обострения заболевания так же высок, как и в послеродовом периоде.

Литература

1. Бурнусус Н. И., Карпов С. М., Шевченко С.М. Нейротрансмитеры в патогенезе рассеянного склероза. Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2012. №1.с.20-21.
2. Ботранова А.В., Карпов С.М., Шевченко П.П. Рассеянный склероз: нарушение психо-эмоциональной сферы в дебюте заболевания. Материалы IX Медицинской научно-практической конференции. Сборник. Прага, 2013; с.18
3. Завалишин И.А., Захарова М.Н., Переседова А.В. и др. Рассеянный склероз и беременность. Сборник «Медико-социальные аспекты рассеянного склероза», СПб, 2001, с. 35-36.
4. Annete LG, Stella MH, Rohit G et al. Exclusive Breastfeeding and the Risk of Postpartum Relapses in Women With Multiple Sclerosis. Arch Neurol. 2009;66(8):958-963

5. Lee M, O'Brien P. Pregnancy and multiple sclerosis. *O Neurol Neurosurg Psychiatry* 2008; 79:1308-1311
6. Multiple Sclerosis Therapeutics. Eds. Rudick R.A., Goodkin D.E. 2nd ed., London, 2000.

Яхьяев С.Х.¹, Хадж Ехья А.С.², Долгова И.Н.³, Карпов С.М.⁴

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

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ СРЕДИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Аннотация

Проведено изучение основных причин хронических болевых синдромов у пациентов неврологического отделения.

Ключевые слова: хронический болевой синдром.

Yakhyaev S.H.¹, Haj Ekhya A.S.², Dolgova I.N.³, Karpov S.M.⁴

^{1,2}Student; ³PhD in Medical sciences, Associate professor; ⁴Professor, Doctor of medical sciences, Stavropol State Medical University

MAIN REASONS AND DISTRIBUTION OF CHRONIC PAIN SYNDROME IN PATIENTS WITH NEUROLOGICAL

Abstract

Conducted study of the main the causes of chronic pain syndromes in patients Neurology Department.

Keywords: chronic pain syndrome.

Хронической болью, по данным Международной ассоциации (1979 г.) по изучению боли, принято считать боль, которая продолжается сверх нормального периода заживления и длится не менее 3 месяцев. В настоящее время хроническую боль рассматривают как самостоятельное заболевание, в основе которого рассматривают патологический процесс в соматической сфере и первичная или вторичная дисфункция периферической и центральной нервной систем (1).

На сегодняшний день ХБС классифицируют на онкологические и неонкологические.

Онкологические ХБС классифицируют в зависимости от причин, вызвавших их:

- 1) боли, вызванные самой опухолью;
- 2) боли при осложнениях опухолевого процесса;
- 3) боли при паранеопластическом синдроме;
- 4) боли при последствиях астенизации;
- 5) боли, обусловленные противоопухолевым лечением:

- при осложнениях хирургического лечения рака;

- при осложнениях химиотерапии;

- при осложнениях лучевой терапии.

Неонкологические ХБС в зависимости от основных причин классифицируются:

1. ноцицептивные болевые синдромы (это боли, обязательным компонентом которых является активация периферических болевых рецепторов под воздействием экзогенных и/или эндогенных повреждающих факторов (артриты и мышечно-скелетные боли));
2. нейропатические болевые синдромы (являются следствием повреждения структур периферической и/или центральной нервной системы при интактном состоянии периферических рецепторов);
3. психогенные болевые синдромы:

-боли, обусловленные эмоциональными факторами и мышечным напряжением;

-боли как бред или галлюцинация у пациентов с психозами, исчезающие при лечении основного заболевания;

-боли при ипохондрии и истерии, не имеющие соматической основы;

-боли, связанные с депрессией, не предшествующие ей и не имеющие какой-либо другой причины;

- 4 смешанные болевые синдромы (2,3).

Под нашим наблюдением находился 71 пациент с ХБС на базе неврологического отделения МБУЗ ГКБ СМП г. Ставрополь.

Основные причины ХБС были следующие:

- вертеброгенные болевые синдромы выявлены у 47 (66%) чел.;
- последствия спинальной травмы – 5 (7%) чел.;
- Mts в позвоночнике – 4 (6%) чел.;
- остеопороз – 6 (9%) чел.;
- ипохондрия, депрессия и др. – 8 (11%) чел.;
- туберкулезный спондилит – 1 (1%) чел.

Выводы: Преобладающее большинство пациентов неврологического профиля с ХБС составляют лица с вертеброгенной болью. Это указывает на необходимость ранней диагностики пациентов с указанной патологией и проведение профилактических мероприятий с целью предупреждения развития у них ХБС.

Литература

1. Болевые синдромы в неврологической клинике/ под ред. А.М. Вейна.- М.: МЕДпресс-информ.- 2001. - 365с.
2. Cancer pain relief and palliative care. Report of a World Expert Committee. - Geneva: WHO, 1990. - 70p.
3. Woolf C., Manion R. Neuropathic pain: aetiology symptoms mechanisms and management// *Lancet*. - 2001. - Vol. 357. - suppl1. - P. 1959-1964.
- 4.
- 5.

Ященко И.А.¹, Шевченко П. П.²

Ставропольский государственный медицинский университет

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СОТЯСАНИЙ И УШИБОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Аннотация

Черепно-мозговая травма легкой степени тяжести-одна из самых распространенных среди всей травматической патологии. Нередко приводит к тяжелым последствиям для здоровья пациентов, для предотвращения которых необходима своевременная диагностика и правильное лечение данного вида повреждений.

Ключевые слова: травма, сотрясение, ушиб, диагностика

Yashchenko I.A.¹, Shevchenko P.P.²

Stavropol state medical university

MODERN METHODS OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF CONCUSSIONS AND BRUISES OF A BRAIN OF EASY SEVERITY