

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

Craniocerebral trauma of easy degree of weight - one of the most widespread among all traumatic pathology. Quite often leads to serious consequences for health of patients for which prevention timely diagnostics and the correct treatment of this type of damages is necessary.

Keywords: trauma, concussion, bruise, diagnostics

Актуальность проблемы. Черепно-мозговая травма (ЧМТ) относится к наиболее распространенным видам травматической патологии. В России такая травма как причина смерти выходит на второе место, уступая в этом лидерство лишь сердечно-сосудистым заболеваниям. Ежегодно черепно-мозговую травму получают около 600 тыс. человек, 50 тыс. из них погибают, а еще 50 тыс. становятся инвалидами. Частота черепно-мозговых травм у мужчин в два раза превышает таковую у женщин с сохранением этой зависимости во всех возрастных группах. Причинами чаще всего являются автомобильная травма и бытовой травматизм. Среди всех травм головы сотрясение мозга занимает первое место, ушиб-второе.

Цели и задачи. Целью исследования явился анализ современных методов диагностики и лечения сотрясений и ушибов головного мозга, задачей – выявление наиболее эффективных из них.

Материалы и методы: Исследование статистики, литературных данных и информации в интернете.

Результаты исследования. Диагноз черепно-мозговой травмы ставят на основе оценки анамнеза и клинической признаков повреждений головного мозга и всех его покровов. В стационаре для уточнения диагноза применяют инструментальные методы исследования. Сотрясение головного мозга отмечается у 70-80% пострадавших с ЧМТ. В неврологическом статусе могут выявляться лабильная, негрубая асимметрия сухожильных и кожных рефлексов, мелкокоразмашистый нистагм, легкие оболочечные симптомы, исчезающие в течение первых 3-7 суток. Повреждения костей черепа отсутствуют. Давление цереброспинальной жидкости и ее состав без существенных изменений. Общее состояние больных обычно значительно улучшается в течение первой, реже - второй недели после травмы. **Краниография** (обзорная в 2-х проекциях и прицельная) при сотрясении головного мозга не обнаруживает повреждения свода и основания черепа. Наличие перелома свидетельствует об органическом поражении головного мозга (ушиб головного мозга) даже при отсутствии выраженной очаговой симптоматики. **Эхоэнцефалография (ЭхоЭГ)** также не оказывает выраженного смещения М-эхо (норма до 2 мм). Для уточнения диагноза часто возникает необходимость в проведении **поясничной (люмбальной) пункции**. Компьютерная томография, контрастные методы исследования также не проявляют при СГМ патологических изменений.

Лечение сотрясения головного мозга. Для неотложной помощи на догоспитальном этапе применяют седативное лечение в случае состояния возбуждения (сибазон, реланиум. Димедрол) обезболивание (анальгин, баралгин); симптоматическое лечение. Основа лечения при сотрясении головного мозга в стационаре - охранно-лечебный режим. Срок госпитализации больного - 2-3 недели, из которых в первые 3-7 дней, в зависимости от варианта клинического течения, обязательно - постельный режим. Улучшению обменных процессов нервной ткани способствует введение 40% раствора глюкозы в первые дни, в последующие, при необходимости, - назначают ноотропные препараты (ноотропил (пирацетам), аминалон, церебролизин), витамины группы В и С. Положительно влияет на ликворциркуляцию головного мозга трентал, кавинтон, в остром периоде - эуфиллин. В течение нескольких месяцев после сотрясения головного мозга не рекомендуется употребление алкогольных напитков и изменение условий обитания на климатические условия с интенсивной инсоляцией - прямым действием солнечных лучей на голову. Также больному в течение нескольких месяцев запрещается труд с вредными условиями производства, тяжелый физический труд.

Ушиб головного мозга легкой степени отмечается у 10-15% пострадавших с ЧМТ. Неврологическая симптоматика обычно мягкая (клонический нистагм, легкая анизокория, признаки пирамидной недостаточности, менингеальные симптомы); регрессирует в течение 2-3 недель. При ушибе мозга легкой степени возможны переломы костей свода черепа и субарахноидальное кровоизлияние. **Краниография.** Наличие перелома костей черепа при краниографии - достоверный признак ушиба головного мозга. **Эхоэнцефалография (ЭхоЭГ).** При изолированных ушибах смещения М-эхо отсутствует; грубые контузии очага отеком могут давать смещения М-эхо до 3-4 мм. **Электроэнцефалография (ЭЭГ).** У больных наблюдается усиление общемозговых нарушений биотоков с признаками раздражения (привлечение) стволовых структур. Очаговые нарушения в виде локального снижения активности четких очагов или преобладание патологической активности, которые наиболее выражены на 5-10 день после травмы. При **люмбальной пункции** наличие крови в ликворе является несомненным признаком ушиба головного мозга даже при невыраженных клинических проявлениях. **Ангиография, компьютерная томография (КТ)** или ядерно-магнитно-резонансная томография (ЯМР) позволяют уточнить наличие контузийного очага при ушибе головного мозга.

Лечение ушиба головного мозга. Лечение ушиба головного мозга преимущественно консервативное, при показаниях оно может дополняться хирургическим лечением. При психомоторном возбуждении вводят реланиум, сибазон, при судорогах - усиливают противосудорожную терапию, проводят противотечную терапию - лазикс, маннитол, сульфат магния. Для обезболивания применяют анальгетики. Интенсивность консервативного лечения обусловлена степенью тяжести ушиба головного мозга. При ушибе головного мозга легкой степени лечебная тактика такая же, как и при сотрясении головного мозга. Обязательным является покой, а для любой степени тяжести еще и постельный режим. Для нормализации нейродинамических процессов, уменьшение выраженности астенического синдрома - седативные, анальгетики, витаминотерапия. В зависимости от степени повышения внутричерепного давления - дегидратация или гидратация.

Заключение. Диагноз сотрясения и ушиба головного мозга ставят на основе оценки анамнеза и клинических признаков повреждений головного мозга и всех его покровов. Для уточнения диагноза применяют инструментальные методы исследования, самыми точными из которых являются электроэнцефалография и компьютерная томография. Правильная и своевременная диагностика позволяет выбрать наиболее оптимальную схему лечения и, тем самым, снизить риск возникновения неблагоприятных последствий черепно-мозговой травмы.

Литература

1. Анализ мозговой дисфункции при черепно-лицевой травме. Карпов С. М., Христофорандо Д. Ю., Шарипов Е. М. Фундаментальные исследования. 2011. №11-1. С.158-160
2. Анализ дорожно-транспортного травматизма у жителей г. Ставрополя. Ульянченко М.И., Ходжаян А.Б., Апагуни А.Э., Карпов С.М., Назарова Е.О., Шишманиди А.К., Сергеев И.И., Власов А.Ю. Фундаментальные исследования. 2013. №5-2. С. 427-430
3. Нейрофизиологическая и иммунологическая характеристика сотрясения головного мозга. Герасимова М.М., Карпов С.М., Нганкам Л.Ж., Мальченко Н.И. Нейроиммунология. 2004. Т.II. №2. С.24
4. Состояние церебральной гемодинамики в остром и отдаленном периодах черепно-мозговой травмы. Карпов С.М., Герасимова М.М., Решетняк М.А., Мальченко Н.И. Неврологический вестник. Журнал им. В.М. Бехтерева. 2004. Т. XXXVI. №1-2. С. 8-11.
5. Лечение и диагностика черепно-мозговой травмы (электронный ресурс)- <http://znai.ru/art/400341700.php>
6. Неврология и нейрохирургия. Травматические повреждения нервной системы (электронный ресурс)- http://www.tinlib.ru/medicina/nevrologija_i_neirohirurgija/p19.php
7. Закрытая черепно-мозговая травма (электронный ресурс)- http://www.tinlib.ru/medicina/nevrologija_i_neirohirurgija/p19.php