

нако восстановление трудоспособности происходит значительно позже, что может существенно увеличить не прямые затраты.

Для профилактики обострений и предотвращения прогрессирования заболевания в настоящее время повсеместно используются 5 препаратов из группы препараты, изменяющие течение РС (ПИТРС) с доказанной эффективностью. Показана возможность эффективно использовать эти препараты не только во время ремиттирующего течения РС, но и на ранних стадиях РС. Доказано, что применение ПИТРС не влияет на клинические проявления заболевания.

В последние годы резко увеличивается и обеспеченность клинических исследований новых методов патогенетического лечения РС, в проведении которых весьма существенный вклад делают ведущие отечественные центры.

Т.о. изучение проблемы диагностики и лечения РС сохраняет свою актуальность в настоящее время и требует дальнейшей разработки данного вопроса.

#### Список литературы

1. Столяров И.Д. Современные методы диагностики и лечения рассеянного склероза // Вестник Росздравнадзора. – 2010. – № 4. – С. 64-67.
2. Гусев Е.И. Эпидемиологические характеристики рассеянного склероза в России / Е.И. Гусев, И.А. Завалишин, А.Н. Бойко // Журнал неврологии и психиатрии. – 2003. – спец. выпуск. – С. 3-6.
3. Гусев Е.И. Рассеянный склероз: от новых знаний к новым методам лечения // Российский медицинский журнал. – 2001. – С. 16-18.

### ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ В КЛИНИКЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

Дудов Т.Р., Шевченко П.П.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия,  
e-mail: timur222123@mail.ru

#### Актуальность

Необходимость изучения рассеянного склероза обусловлена его значительной распространенностью среди заболеваний нервной системы. Рассеянный склероз – это хроническое прогрессирующее заболевание, характеризующееся множественными очагами демиелинизации в белом веществе центральной нервной системы и в меньшей степени периферической нервной системы. Данное заболевание поражает людей преимущественно в возрасте 20-40 лет и приводит их к тяжелой инвалидности, что подчеркивает важность проблемы не только в медицинском, но и в социально-экономическом плане. Несмотря на применение самых современных методов диагностики, до сих пор еще не выявлены патогномичные признаки заболевания, позволяющие уверенно поставить диагноз рассеянного склероза. Одним из таких признаков является головокружение, которое может носить различный характер при рассеянном склерозе.

**Цель:** проанализировать этиопатогенез и характер головокружения при рассеянном склерозе, основные методы коррекции головокружения, их результаты.

#### Результаты исследования

Система равновесия человека основывается на сообщениях, поступающих от зрительной, вестибулярной и мышечно-суставной систем. Внешняя информация, поступающая от различных органов чувств, сопоставляется и интегрируется на уровне ствола мозга, мозжечка и теменных долей коры больших полушарий. Нарушения, возникающие на различных этапах передачи импульсов, приводят к появлению головокружения. Головокружение является

симптомом многих заболеваний, причем не только неврологического происхождения. Не составляет исключения и рассеянный склероз [2, 7].

Головокружение является ведущим симптомом примерно у 10% больных рассеянным склерозом. В различные периоды заболевания, это крайне неприятное ощущение отмечают у себя до 20% больных рассеянным склерозом. Однако, ощущение головокружения в ряде случаев не является постоянным симптомом, а зачастую причины его появления не являются прямым следствием процессов демиелинизации или воспаления. Следует отметить, что головокружение при идиопатической вестибулопатии обычно выражено значительно сильнее, чем в тех случаях, когда оно является проявлением рассеянного склероза. В развитой стадии рассеянного склероза головокружение является достаточно частым симптомом [1, 5].

Головокружение при рассеянном склерозе может быть несистемным (проявляется ощущением неустойчивости, шаткостью походки, затруднением поддержания определенной позы) и центральным системным (истинное, вертиго), но чаще – смешанным и характеризуется упорным течением. Первый тип свидетельствует о преимущественной локализации очагов демиелинизации в центральном отделе вестибулярного анализатора и сохранности вестибулярных ядер и путей при явлении раздражения последних, так как при полном морфологическом разрушении вестибулярных ядер и путей наблюдается полное выпадение вестибулярной функции [2,3,6].

Истинное головокружение при рассеянном склерозе может быть вызвано очагами демиелинизации в стволе головного мозга (варолиевого моста), мозжечке, повреждениями VIII пары черепно-мозговых нервов. Системное головокружение можно описать как ощущение мнимого вращения или поступательного движения пациента в различных плоскостях, реже – иллюзорного смещения неподвижной окружающей среды в любой плоскости. Чаще всего наблюдается приступообразный характер головокружения. Приступы головокружения могут сопровождаться вегетативными реакциями (тошнота, рвота, слабость, потливость, побледнение кожных покровов), или неврологической симптоматикой (резкая головная боль, онемение различных участков тела, мышечная слабость). Провоцирующими факторами возникновения головокружения являются резкая перемена положения тела, повороты головы, стресс, а у некоторых провоцирующий фактор вовсе отсутствует [2,4,8].

Наиболее остро головокружение проявляется в тех случаях, когда у человека также присутствуют нарушения зрения, осязания и проприоцепции (ощущения, помогающие определить положение своего тела). Нарушения функций мышц глаза (подразумевающие повреждения III, IV и VI пар черепных нервов), также часто связаны с рассеянным склерозом и с появлением ощущения головокружения [7,8].

В настоящее время возможно воздействовать на головокружения при рассеянном склерозе. Основной целью коррекции головокружения является максимально полное устранение неприятных ощущений и сопутствующих неврологических и отиатрических расстройств, чем достигается обеспечение самостоятельности в повседневной жизни и минимизация риска падений как потенциального источника травм.

Терапия головокружения при рассеянном склерозе носит в основном симптоматический характер. Данная коррекция подразумевает применение вестибулolitikов. Для купирования и предупреждения

приступов системного головокружения широко используют синтетические аналоги гистамина (бетагистин), но при несистемном головокружении их применение, как основного препарата, нецелесообразно. При преимущественном поражении вестибулярного анализатора применяют антигистаминные препараты. Широко применяют комбинированные препараты вестибулолитического и седативного действия, способствующие уменьшению выраженности как самого головокружения, так и сопутствующих вегетативных проявлений.

Достаточно сложной проблемой является ведение больных с преимущественно несистемным характером головокружения. При этом применяются препараты из фармакологических групп антидепрессантов, анксиолитиков, антиконвульсантов, нейролептиков, дозировки которых необходимо устанавливать абсолютно точно для предотвращения побочных эффектов данных групп препаратов.

Определённое значение имеет немедикаментозная терапия головокружения, заключающаяся в выполнении больным комплекса упражнений, несущих адаптационный характер и позволяющих контролировать головокружение. Имеет значение обучение больного навыкам преодоления нарушения равновесия.

Данные методы терапии головокружения имеют достаточно широкое применение, так как приводят к облегчению состояния больного и предупреждают риск возникновения различных травм, возникающих вследствие головокружения [1, 7, 8].

#### Вывод

Таким образом, были рассмотрены причины и патогенетические механизмы головокружения при рассеянном склерозе, с вытекающим отсюда характером головокружения в клинике рассеянного склероза и основными методами его коррекции.

#### Список литературы

1. Пажигова З.Б., Карпов С.М., Шевченко П.П., Каширин А.И. Клинико неврологическая характеристика больных с рассеянным склерозом с учетом тяжести состояния // *Фундаментальные исследования*. – 2014. – №7-4. – С. 771-775.
2. Шевченко П.П., Карпов С.М., Рзаева О.А., Янушкевич В.Е., Конева А.В. Рассеянный склероз: этиопатогенез с позиции современной науки // *Успехи современного естествознания*. – 2014. – №6. – С. 121.
3. Пажигова З.Б., Карпов С.М., Шевченко П.П., Бурнусус Н.И. Распространенность рассеянного склероза в мире: обзорная статья // *Международный журнал экспериментального образования*. – 2014. – С. 78-82.
4. Симптомы рассеянного склероза. – URL: [http://www.center-hc.ru/diseases/multiple\\_sclerosis/clinical\\_of\\_multiple\\_sclerosis.htm](http://www.center-hc.ru/diseases/multiple_sclerosis/clinical_of_multiple_sclerosis.htm)
5. Головокружение при рассеянном склерозе. – URL: <http://meduniver.com/Medical/Neurology/682.html>
6. Головокружение – симптом рассеянного склероза. – URL: <http://proskleroz.ru/simptomu/golovokruzhenie-simptom-rasseyannogo-skleroza/>
7. Гусев Е.И., Коновалов А.Н. Национальное руководство. Неврология. 2009.
8. Шевченко П.П. Распространенность и клиническая характеристика рассеянного склероза в Ставропольском крае: автореф. ... канд. мед. наук. – Новосибирск, 1992.

#### ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ

Жамурзова Э.Х., Шевченко П.П.

*Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия,  
e-mail: hurrem222123@mail.ru*

#### Актуальность

Рассеянный склероз – хроническое демиелинизирующее заболевание центральной нервной системы, имеющее в большинстве случаев волнообразное течение с чередованием обострений и ремиссий на ран-

них стадиях заболевания, реже – изначально неуклонно прогрессирующее течение [1,3]. РС является самым распространенным демиелинизирующим заболеванием, которое поражает преимущественно лица молодого трудоспособного возраста и быстро приводит к инвалидизации. Во всем мире преобладающее число больных – женщины в возрасте 20-35 лет [2]. В Ставропольском крае и женщины, и мужчины страдают РС по частоте одинаково. Так как этиопатогенез РС до конца не ясен, диагностика данного заболевания устанавливается больным от 0,5 месяцев до 10 лет, средний возраст дебюта заболевания 20-33года [4]. Эти данные, а также отсутствие специфических симптомов, характерных только для данного заболевания, делают диагностику РС достаточно сложным процессом. Учитывая высокую распространенность РС у лиц молодого трудоспособного возраста, прогрессирующее течение, приводящее к ранней инвалидизации, можно сказать, что данное заболевание является не только медицинской, но и общегосударственной социальной проблемой.

**Цель:** проведение анализа существующих общепринятых международных критериев, позволяющих практическому неврологу повысить сроки и качество достоверности постановки диагноза, своевременно определить стратегию и тактику ведения этой сложной категории больных.

#### Результаты исследования

На сегодняшний день общепризнанными критериями диагностики рецидивирующе-ремиттирующего течения рассеянного склероза считаются новые диагностические критерии Мак-Дональда 2010 г. Основным критерием клинически «достоверного» РС является диссеминация «в месте и во времени», т.е. выявление признаков не менее двух отдельно расположенных очагов в ЦНС, возникновение которых разделено по времени периодом не менее чем через месяц (т.е. эти очаги должны возникнуть не одновременно).

Очень важно, что всегда диагноз РС должен ставиться в последнюю очередь, при исключении других причин подобного многоочагового поражения мозга. Диагноз РС практически сразу устанавливается при наличии 2 и более атак заболевания, а также объективных признаков наличия 2 и более очагов в неврологическом статусе. В данном случае дополнительных диагностических исследований не требуется. При наличии различных клинических вариантов возможного РС с одним очагом поражения или одним обострением согласно критериям Мак-Дональда требуются дополнительные исследования, подтверждающие диссеминацию в пространстве и во времени, среди которых основополагающее значение принадлежит МРТ. Диссеминация в пространстве в критериях Мак-Дональда 2010 г. подтверждается наличием  $\geq 1$  T2 очага как минимум в 2 из 4 отделов мозга (при этом не требуется наличия очагов, накапливающих парамагнитный контраст). Необходимо наличие 1 и более T2-очагов в 2 из 4 зон мозга: перивентрикулярно, юкстратенториально, инфратенториально, в спинном мозге.

Клиническая картина: два обострения и более, объективная картина одного очага. МРТ-критерии диссеминации во времени. В критериях Мак-Дональда 2010 г. диссеминацию во времени можно подтвердить сразу, не ожидая 30 дней или 3 месяцев, как это делалось раньше, при выявлении новых очагов следующими двумя способами: 1) при появлении новых T2-очагов и/или очагов, накапливающих парамагнитный контраст, на повторных томограммах в сравнении с предыдущими, независимо от того, когда