• Повышенная потребность во сне или бессонница.
• Ощущение постоянного беспокойства.
• Утомляемость, потеря энергии.
• Ощущение ненужности или необоснованной вины.
• Потеря способности концентрироваться, решать проблемы, нерешительность.
• Периодические мысли о смерти или о самоубийстве.

Присутствие пяти или более из перечисленных признаков при наличии подавленного настроения и потери интересов при продолжительности симптомов не менее 2-х недель называется клинической депрессией. Многим больным хорошо помогает психотерапия и/или препараты-антидепрессанты. В настоящее время созданы препараты, имеющие минимум побочных эффектов и хорошо переносятся при долговременной терапии. Существуют разные мнения по поводу причины депрессии при РС. Возможно, она является объяснимой психологической реакцией на диагноз непредсказуемого заболевания; или это связано с обидами и огорчениями; или с патологией нервной системы при РС. Предполагают, что все эти причины, поодиночке или в комбинации, имеют место. Известно, что больные РС испытывают депрессию по различным причинам. В большинстве случаев помогают психотерапия и медикаментозное лечение, время тоже играет большую роль. Когда депрессия не поддается лечению, то следует считать, что она связана непосредственно с болезненными процессами в организме.

Реабилитационные мероприятия необходимо начинать сразу после возникновения острых проявлений болезни, и они должны быть предназначены для того, чтобы дополнить медикаментозное лечение, стимулировать естественные восстановительные процессы и максимально способствовать предотвращению стойких расстройств. Последующая ежедневная и непрекращающаяся реабилитация направлена на улучшение состояния больного и, в первую очередь, на сохранение функций после расстройств неврологического характера, а также на уменьшение частоты возникновения нарушений и интенсивности их проявления.

Существует активная реабилитация, в ходе которой больной самостоятельно осуществляет действия по восстановлению утраченных функций, и пассивная реабилитация, которая включает в себя особые формы лечения, осуществляемые в отношении больного силами специалистов или при помощи специального медицинского оборудования, либо с помощью родственника, которые сам больной провести не в состоянии. Следует иметь ввиду, что при лечении РС реабилитационные мероприятия имеют чрезвычайно важное значение. Только медикаментозного лечения недостаточно. Если постоянно не прилагать усилия по восстановлению нарушенных функций или, по крайней мере, по сохранению имеющихся, используя все возможности восстановительного лечения в рамках нейрореабилитации, то поврежденная нервная система постепенно может утрачивать свои способности, даже если у больного не возникает обострение болезни. Для комплексной реабилитации больных используются физическая терапия (лечебная физкультура) с использованием индивидуального подхода, адаптация к неврологическому дефициту в повседневной и профессиональной деятельности (трудотерапия), психологическая и социальная адаптация, решение вопросов, связанных с нарушениями речи, глотания, функций кишечника и т.д.

Для сохранения роли больного в обществе, семье, на работе необходимо убедить пациента и его семью на привлечение пациента к домашним делам, максимально возможное самообслуживание. Работа на дому может также являться во многих случаях эффективным методом стабилизации течения заболевания. Восстановление нарушенных когнитивных функций (понимание и запоминание новой информации и пр.) проводится специалистами в сфере психологии и высшей нервной деятельности. Помимо этого психологическая и психотерапевтическая помощь может быть направлена и на решения частых психологических проблем, таких как:

• преодоление страха потерять близкого человека (не терзаться потерей привлекательности, возможности выполнения ряда обязанностей и привычной роли в обществе);
• преодоление потребности в повышенном внимании и заботе со стороны окружающих;
• преодоление чувства обособленности от реального мира, окружающих родных и близких лиц;
• сохранение хороших отношений в семье и преодоление внутрисемейных проблем, возникших в результате болезни;
• преодоление чувства вины перед детьми за невозможность их полноценного воспитания и возложения на них большей ответственности и обязанностей;
• преодоление чувства вины в отношении домашних и хозяйственных обязанностей;
• преодоление жалости к себе.

Вывод

Реабилитационные мероприятия при рассеянном склерозе направлены на функциональную независимость пациента, минимизацию его нетрудоспособности и создание благоприятного психологического статуса.

Список литературы

1. Рассеянный склероз / под редакцией И.Д. Столярова, А.Н. Бойко. – 2008. – С. 64-72.
2. Майда Е. Справочник по рассеянному склерозу для больных и их близких / пер. с немецкого. – 1999. – С. 50-53, 128-134.
3. Рассеянный склероз и другие демиелинизирующие заболевания / под ред. Е.И. Гусева, И.А. Завалишина. – 2004. – С. 345-348, 372-379.
4. Попеня И.С. Депрессия при рассеянном склерозе // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. Гродненский государственный медицинский университет. – 2011. – С. 96-102.
5. 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. 124-125.
6. Шевченко П.П. Клинико-эпидемиологическая характеристика распространенности рассеянного склероза в Ставропольском крае: автореф. дис. … канд. мед. наук. – Ставрополь, 1992.
7. Карпов С.М., Пажигова З.Б., Карпова Е.Н. Вызванные зрительные потенциалы в исследовании зрительного анализатора у больных с рассеянным склерозом // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2014. – №3. – С. 27-31.

ФИЗИОПРОЦЕДУРЫ У БОЛЬНЫХ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

Попадопуло А.Д., Шевченко П.П., Карпов С.М.

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

Актуальность

Рассеянный склероз – хроническое аутоиммунное заболевание, избирательно поражающее белое вещество спинного мозга [1].

Так как этиология и механизмы в развитии на сегодня до конца не изучены, следовательно, четкой патогенетической терапии нет. В связи с чем, больным рекомендуется вместе с современными иммуномодуляторами и другими общепринятыми метода-

ми лечения, проводить реабилитационный курс лечения [2].

Цель: проанализировать целесообразность назначения физиопроцедур больным, страдающим рассеянным склерозом.

Результат исследования

Физиотерапевтические процедуры, широко используемые в реабилитационном процессе при различных заболеваниях, имеют свои особенности в лечении РС. Несмотря на некоторые ограничения, при РС эффективно используется ряд физиотерапевтических методов [3].

Для уменьшения спастики в нижних конечностях, тазовых расстройств и снижения сенсорных нарушений рекомендуется применение магнитнолазерного облучения (лазерным излучением инфракрасного диапазона) лимфодренажных путей на область бедренно-паховых лимфоузлов в дозе до 50 мет с частотой 50 гц., длительностью до 30 мин, общим курсом до 15 процедур.

С целью увеличения двигательной активности и снижения синдрома хронической усталости проводится дециметровое волновое облучение на область печени мощностью до 20 мвт., по 10 мин., ежедневно в течение 10-12 дней непрерывно [5].

Получены обнадеживающие результаты лечения нарушений двигательных функций при использовании импульсных токов паравертебрально на три зоны – нижнешейную, среднегрудную, нижнегрудную и нижнюю часть живота [4]. В результате применения курса лечения улучшалась двигательная функция, регрессировали чувствительные нарушения, нормализовывалась функция мочевого пузыря и прямой кишки.

Имеются сведения об уменьшении спастического состояния мышц при приеме прохладных хвойных, пресных, хлоридных, сульфидных ванн [7]. Независимо от стадии заболевания, выраженности болевого или спастического синдрома, при РС противопоказаны: применение грязевых и сероводородных ванн.

При неврозоподобном синдроме положительное влияние оказывает электросон, при этом используются токи низкой частоты.

Бальнеотерапия крепкими сульфидными и высокорадоновыми ваннами, по мнению российских и зарубежных ученых, не показана больным рассеянным склерозом [6].

Вывод

Таким образом, применение физиопроцедур при РС в комплексе с курортными факторами и благоприятным климатом, представляется весьма перспективным направлением и требует дальнейшего изучения и совершенствования в комплексном лечении больных, страдающих рассеянным склерозом.

Список литературы

1. Гусев Е.И., Демина Т.Л. Рассеянный склероз // Consilium Medicum. – 2000. – Т. 2. – №2.

2. Столяров И.Д., Осетров Б.А. Рассеянный склероз: практическое руководство. – СПб.: Изд-во «ЭЛБИ-СПБ», 2002. – 175 с.

3. Карпов С.М., Пажигова З.Б., Карпова Е.Н. Вызванные зрительные потенциалы в исследовании зрительного анализатора у больных с рассеянным склерозом // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2014. – №3. – С. 27-31.

4. 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. 123-124.

5. Шевченко П.П. Клинико-эпидемиологическая характеристика распространенности рассеянного склероза в Ставропольском крае: автореф. дис. … канд. мед. наук. – Ставрополь, 1992.

6. Методы санаторно-курортного лечения. – URL: http://www.sankurmed.ru/method_recom_neurology

7. Попова Н.Ф., Шагаев А.С. Немедикаментозные методы лечения больных рассеянным склерозом. – URL: http://www.ormed.ru/nemedikamentoznye-metody-lecheniya-rasseyannogo-skleroza

НЕОТЛОЖНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОМ СТАТУСЕ, РАЗВИВШЕМСЯ У БЕРЕМЕННЫХ, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Селезнева М.А., Ященко И.А., Шевченко П.П.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия, e-mail: anna303303@list.ru

Актуальность

Эпилепсия – это хроническое неврологическое заболевание, которое характеризуется возникновением локальных (парциальных) и генерализированных судорожных приступов. Распространенность эпилепсии среди населения в целом составляет 1%, среди беременных – 0,3-0,6%. т.е. она встречается примерно у одной из 200 беременных женщин. Более 90% детей от матерей, больных эпилепсией, рождаются здоровыми [1,2]. Риск пороков развития у плода составляет 2-3%, что примерно в 2 раза выше среднего[1]. При эпилепсии высока вероятность развития эпилептического статуса, который возникает как при поражениях и заболеваниях головного мозга, так и при разных формах эпилепсии. Опасность эпилептического статуса: 1) при судорожных формах – катастрофически быстро нарастает тяжесть состояния больных в виде полисистемного расстройства и жизнеобеспечения организма, высока летальность; 2) при бессудорожных формах – трудность диагностики и связанное с этим частое не совсем четкое лечением с ухудшением состояния больных.

Цель исследования: проанализировать опасность, которую представляет развитие эпилептического статуса у беременных страдающих эпилепсией, коррекция неотложной терапии.

Результаты исследования

Эпилептический статус – длительный (более 30 минут) эпилептический приступ или серия приступов без полного восстановления сознания. Стадии эпилептического статуса: 1) предстатус (до 9 минут), 2) начальный эпилептический статус (10-30 мин), 3) развернутый статус, 4) рефрактерный статус [3]. Опасность для беременности представляет как само заболевание, так и проводимое для его устранения лечение. Во время генерализированных приступов наблюдаются значительные нарушения циркуляции крови в области плаценты, в связи с чем, у женщин страдающих частыми генерализированными приступами во время беременности значительно повышается риск рождения ребенка с различными пороками развития [2]. Лечение, предпринимаемое для остановки и предотвращения новых эпилептических приступов, также может оказать вредное влияние на развитие ребенка [1]. Особенно опасны для плода высокие дозы противоэпилептических препаратов и комбинации нескольких лекарств. Осложнения при эпилепсии у беременных со стороны плода проявляется в виде: врожденных пороков развития – 2,4%; гипоксии – 10,4%; асфиксии в родах – 23,2%; массы новорожденных менее 2500 г – 7-10%. Со стороны матери: спонтанные аборты; отслойка плаценты; преждевременные роды (4-11%); поздние гестозы (28,8%); ускорение родового акта; кровотечения в раннем (16,9%) и позднем (28,4%) периодах [1,2].

Современные принципы терапии, купирующие эпилептический статус:

1) Вводят тиамин, 100 мг в/в струйно. Затем вводят глюкозу, 50 г в/в струйно.

2) Устанавливают венозный катетер.

3) Вводят фенитоин, 20 мг/кг в/в, что составляет примерно 1000-1500 мг. Скорость введения не должна превышать 50 мг/мин. Во время инфузии следят за величиной артериального давления и частотой дыха-