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-

ния, особенно если до этого вводили бензодиазепины. При тяжелых аритмиях в анамнезе вместо фенитоина вводят фенобарбитал.

4) Если после введения фенитоина в дозе 20 мг/кг в/в приступы продолжаются, дополнительно вводят еще 10 мг/кг. При сохранении эпилептического статуса показана интубация трахеи и общая анестезия, поскольку, если он продолжается более 1 ч, значительно повышается риск осложнений и летального исхода. Более эффективно в/в введение препаратов из группы бензодиазепинов, например диазепама или лоразепама, однако при этом высок риск артериальной гипотонии и угнетения дыхания.

5) Общая анестезия или барбитуратная кома – последние средства лечения судорожного эпилептического статуса. При этом требуется постоянный контроль ЭЭГ.

6) Во время лечения контролируют концентрацию кальция в сыворотке и кислотно-щелочное равновесие, лечат водно-электролитные нарушения.

Заключение

Эпилептические приступы являются фактором риска прерывания беременности. Купирование приступов эпилепсии в период беременности является не менее опасным мероприятием, поскольку при лечении противосудорожными средствами возрастает риск врожденных пороков развития плода. Поэтому женщинам, страдающим эпилепсией, следует объяснять необходимость планирования беременности. В период вынашивания плода беременным проводят монотерапию индивидуально подобранным препаратом, позволяющим эффективно контролировать частоту приступов при его использовании в наименьшей дозе.

Список литературы

1. Беременность и болезни нервной системы [Электронный ресурс]. – URL:http://www.medicum.nnov.ru/doctor/library/obstetrics/Nisvander/11.php

2. Эпилепсия во время беременности и родов [Электронный ресурс]. – URL: http://www.polismed.ru/epilepsia-post004.html

3. Фернандес Р., Самуэльс М. Неврология. – М.: МЕДпресс-информ, 2008.

4. Браславец А.Ю. Неотложная неврология. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006.

5. Соколова И.В., Карпов С.М. Симптоматическая эпилепсия в детском и подрастковом возрасте // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2012. – №1. – С. 45-46.

6. Карпов С.М., Шевченко П.П., Усачева М.Н., Цыганова В.Г. Современные представления об эпилепсии в период беременности // Успехи современного естествознания. – 2013. – №9. – С. 126-127.

РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Селезнева А.А., Шевченко П.П.

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

Актуальность

Рассеянный склероз (РС) – демиелинизирующее заболевание нервной системы. Данная патология чаще всего диагностируется у женщин детородного возраста (между 20-30-ю годами) (4). Но до сих пор вопрос, можно ли беременеть при рассеянном склерозе, остается не решенным.

Цель: проанализировать, возможна ли беременность при рассеянном склерозе и как она влияет на течение данного заболевания.

Результаты исследования

Вплоть до 1970-х годов женщинам с РС настоятельно рекомендовалось избегать беременности. Научные данные последних лет внесли сомнения на этот запрет. Патогенез рассеянного склероза до конца не известен, но исследования в области молекулярной биологии, иммунологии и генетики позволили подтвердить значительную роль иммунной аутоагрессии в таком патологическом процессе, как повреждение миелина (2). Следовательно, при лечении рассеянного склероза используется иммуномодулирующая и гормональная терапия. А так как во время беременности меняется иммунологический и гормональный фон, клиническая активность рассеянного склероза во время гестации не изменяется или незначительно снижается.

Предполагается существование различных физиологических механизмов иммуносупрессии при беременности, которые и ответственны за подавление иммуноопосредованных патологических реакций при РС. Так, повышенная экспрессия молекул HLA 2 класса и противовоспалительных цитокинов ИФН-т фетоплацентарного комплекса вызывает торможение активации Т-хелперов, уменьшение продукции прововоспалительных цитокинов, повышение секреции защитных цитокинов. Происходит также активация Т-супрессоров, торможение миграции иммуннокомпетентных клеток в центральную нервную систему, снижение экспрессии молекул HLA и адгезии, уменьшение образования аутоантител (1).

Но следует отметить, что риск развития рецидива заболевания резко возрастает в послеродовом периоде. У родильницы поражаются пирамидные и мозжечковые структуры, что проявляется тетрапарезом, параплегией или гемиплегией различной степени выраженности, интенционнальным тремором, значительными дискоординаторными нарушениями. У больных также нарушаются все виды чувствительности, психика, функция тазовых органов (4). Все эти изменения приводят к значительному уменьшению качества жизни и в конечном итоге к инвалидизации.

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. После родов в случае развития обострения рекомендуется немедленное назначение кортикостероидов, курс терапии солумедролом, при непременном подавлении лактации. Даже при отсутствии обострении в послеродовом периоде рекомендуется обязательное проведение иммуномодулирующей терапии интерферонами, Копаксоном или иммуноглобулином G (5).

Выводы

Клиника рассеянного склероза существенно не меняется во время беременности, но значительно ухудшается в раннем послеродовом периоде и связывают это с гормональной и иммунной перестройкой организма. Решение о возможности беременности при рассеянном склерозе остается за женщиной, страдающей от данной патологии. Но предупредить о возможных последствиях – прямая обязанность каждого невролога.

Список литературы

1. Завалишин И.А., Захарова М.Н., Переседова А.В., Аскарова Л.Ш., Бирюкова О.Э. Рассеянный склероз и беременность. НИИ неврологии РАМН. – Москва.

2. Бурнусус Н.И., Карпов С.М., Шевченко П.П. Нейротрансмиттеры в патогенезе рассеянного склероза.

3. Пажигова З.Б., Карпов С.М., Шевченко П.П. Клинико-морфологическая характеристика больных с рассеянным склерозом с учетом тяжести состояния.

4. Карпов С.М., Батурин В.А., Тельбух В.П., Францева А.П., Белякова Н.А., Чичановская Л.В. Аутоантитела к основному белку миелина и их роль при демиелинизирующих процессах // Клиническая неврология. – 2013. – № 3.

5. Шмидт Т.Е., Яхно Н.Н. Рассеянный склероз: руководство для врачей. 3-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2012.

6. Шевченко П.П. Распространенность и клиническая характеристика рассеянного склероза в Ставропольском крае: автореф. дис. … канд. мед. наук. – Новосибирск, 1992.