

4. Евтушенко С.К., Деревянко И.Н. Современные подходы к лечению рассеянного склероза: достижения, разочарования, надежды. *Международный неврологический журнал* 2006. 2(6), с. 1-5.

5. Акимов С.Б. Клинико-иммунологическая диагностика и иммунокоррекция при рассеянном склерозе: автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2003. с.19-22

6. Шевченко П.П. Распространенность и клиническая характеристика рассеянного склероза в Ставропольском крае: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Новосибирск, 1992. С. 21-23

7. Котов С.В., Якушина Т.И., Лиждвой В.Ю.. Ребаунд-феномен и восстановление активности РС при прекращении терапии финголимодом. *Русский медицинский журнал* 2014. №22, С. 3-6.

8. Бойко А.Н. Рекомендации по использованию препарата финголимод (Гилениа) для патогенетического лечения РС. (от имени рабочей группы Всероссийского общества неврологов по миелинизирующим заболеваниям исполкома совета РОКИРС) *Научно-практический журнал для врачей «Медицинский совет»* №4, 2012. с.3-10.

9. Попова Е.В., Бойко А.Н. Результаты рандомизированного открытого сравнительного исследования многоцентрового сравнительного исследования переносимости и безопасности препарата гилениа (финголимод) у пациентов с ремиттирующим РС. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С.Корсакова*. 2015. №2. с. 45-50.

10. Karpov S.M., Dolgova I.N., Vishlova I.A. The main issues of topical diagnosis of nervous system diseases. *Ставрополь*, 2015.

11. Hamdard A.A., Mamedova A.E., Shevchenko P.P., Karpov S.M. Hyperthermia-syndrome as the debut of the development of multiple sclerosis. *European Journal of Biomedical and Life Sciences*. 2015. № 1. С. 10-11.

12. Karpov S.M., Padgigova Z.B., Karpov A.S., Vishlova I.A. Invoked visual potentials in the study of the visual analyzer in patients with diffuse sclerosis. *Медицинский вестник Северного Кавказа*. 2015. № 2 (38). С. 155-159.

HYPERTENSIVE ENCEPHALOPATHY IN CHILDREN

Augustine john joseline sofia Sharon, Dolgova I.N, Karpov S.M. *Stavropol state medical university, Stavropol, Russia, e-mail: joseline_sofia@yahoo.com*

Hypertensive encephalopathy is an uncommon but recognized complication of malignant hypertension in children but has characteristic clinical and pathological features which are clearly different from those of chronic hypertension. Hypertensive encephalopathy is the second most common cause of death after diabetes in the developed countries. Hypertensive Encephalopathy is called silent killer, although it is not.

According to World Health Organization (WHO), more than 60% of adults over 65 years of age, 15% of young adults and adolescence and less than 10% of children have hypertension. The prevalence of hypertension in childhood is less than in adulthood, but the evidence of adulthood hypertension has root in the childhood. Increase in the prevalence of pediatric hypertension is paralleled with the increase in obesity among children in the recent years. Obesity is a major cause contributor for hypertensive disease in children. It is 30% evident in children having body mass index (BMI) above 95 percentile.

The symptoms are head ache, seizures, dizziness, nausea, vomiting, blurred vision, altered consciousness and mental status, cortical blindness, facial palsy and hemiplegia. Increased depression of mental state can lead to stupor, coma, stroke and even death.

According to JNC7 of hypertension, Hypertensive crisis have been classified into hypertensive urgency and hypertensive emergency based on the target organ abnormalities.

1) In hypertensive emergency, along with the major symptoms, target organ abnormalities like seizures, intracranial hemorrhage, Posterior reversible encephalopathy syndrome (PRES), focal neurological deficit, congestive cardiac failure, papilledema, retinal hemorrhages, and acute vision loss are also present and the blood pressure is from 140-230 mm/Hg of systolic and 120 to 170 mm/Hg of diastolic. The target organ abnormalities have adverse effect in older children and in adolescence. However it is also present in neonates and young children which could result in a long term consequences.

2) In hypertensive urgency the target organ abnormalities are not present but it can develop into hypertensive emergency.

The underlying pathogenesis is the loss of cerebral auto regulation leads to disruption of blood brain barrier and endothelial dysfunction which leads to imbalance in oxygen supply, formation of edema and micro hemorrhages.

The diagnosis is based on present and past medical history of the patient which usually shows low birth weight, intrauterine growth retardation, prematurity and familial history of hypertension, obesity, diabetes, early stroke, hereditary abnormalities of heart, kidney and brain. In young adults and adolescence medical history which includes use of steroids, and life style history regarding sleep apnea and dietary should be assessed. BMI curve must be made. Instrumental and laboratory diagnosis includes measurement of blood pressure with sphygmomanometer, complete blood analysis, Doppler sonography of kidney, ophthalmoscopy, electrocardiography, echocardiography, MRI, and CT scan imaging.

Prompt recognition and treatment is the utmost importance to prevent further organ damage. Pediatric Hypertensive Encephalopathy is always an indication for Immediate Intensive care admission and administration of IV antihypertensive drugs and the goal is to reduce the blood pressure by maximum of 20 percent. Early diagnosis, aggressive but careful management and long term follow up will reduce the complications.

Pediatric hypertensive encephalopathy can be reasonably prevented and the prevention is much easier than treating and restoring the lost functions of the patient in a complete recovery. Simple easy measures like Dietary changes, life style modifications like leading a stress free life, weight loss reduction to reduce the body mass index and regular monitoring of BMI and blood pressure, increasing physical activity can be seen as an effective implement in preventing the disease.

Literature

1. Mostafa Sharifian MD Iranian journal of child neurology: hypertensive encephalopathy, 2012. p. 1-7.

2. Dinesh Singh, Ougbenna, Ihor Yosypiv, Samir El Dahr International journal of Nephrology: Emergency management of hypertension in children, 2012, p. 15.

3. Olajide Williams John C.M. Burst Current treatment in the cardiovascular medicine: hypertensive encephalopathy, 2004. p. 1, 2.

4. George L. Bakris MD Merck manuals: hypertensive emergencies, 2014, p. 15.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Байрамукова М.А. Шевченко П.П. *Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия, Arishka.3067@mail.ru*

Актуальность. Вегетативные расстройства (их происхождение, клинические проявления и лечение) являются одной из актуальных проблем современной медицины. Функцией вегетативной нервной системы является удержание функциональных параметров деятельности различных систем в границах гомеостаза, т. е. поддержание постоянства внутренней среды; вегетативное обеспечение психической и физической деятельности, адаптация к меняющимся внешним средовым условиям. Практически не существует таких заболеваний, в развитии и течении которых, не играла бы важную роль вегетативная система. Знание основных вегетативных синдромов помогает диагностике и повышению качества лечения болезней, с расстройствами вегетативной нервной системы. Таким образом, немаловажное место в медицине принадлежит современным методам лечения вегетативной нервной системы, т.к. пусковым фактором возникно-

вения болезней являются те или иные нарушения в этой системе (1, 2).

Цель: раскрыть основные принципы современных методов лечения вегетативной нервной системы.

Результаты

Вегетативная нервная система, которая также называется автономной (*systema nervosum autonomicum*), контролирует следующие функции организма, такие как питание, дыхание, циркуляция жидкостей, выделение, размножение. Она иннервирует преимущественно внутренние органы и состоит из двух основных отделов: симпатического и парасимпатического. Совместная работа обоих отделов регулируется и контролируется корой головного мозга, которая является высшим отделом центральной нервной системы. Центры вегетативной нервной системы располагаются в головном и спинном мозге (3).

Таким образом, нарушение в какой-либо структуре вегетативной нервной системы приводит к нарушению функций, что приводит к возникновению болезни в той или иной системе. Зная, где располагается патологический очаг, мы можем назначить адекватное лечение, используя современные методы, для достижения наибольшего эффекта.

Нарушения в вегетативной нервной системе – это очень частая проблема, с которой приходится сталкиваться современному человеку. Это сочетание эмоционально-психических расстройств с нарушениями со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, мочеполовой систем. Лечение ВНС – процесс сложный, требующий индивидуального подхода и постоянной коррекции. Современные способы лечения включают в себя модификацию образа жизни, изменение подхода к профессиональной деятельности, коррекцию психо-эмоциональных расстройств, применение медикаментозных средств, в соответствии с развившимися синдромами. Для реализации всего лечебного комплекса может потребоваться невропатолог, терапевт, психолог (психиатр) (4, 6, 7).

Основные принципы современных методов лечения ВНС рассмотрим на примере ВСД. Прежде всего, перед началом лечения необходимо исключить другие заболевания различных органов и систем, которые могут давать симптомы, идентичные таковым при ВСД. Только после достоверно установленного диагноза можно приступать к лечению. Современный взгляд на устранение синдрома ВСД состоит в одновременном применении комплекса медикаментозных и немедикаментозных воздействий, причем последним принадлежит ведущая роль. К методам лечения ВСД относятся:

- коррекцию психо-эмоциональной сферы;
- ведение здорового образа жизни;
- модификацию трудовой деятельности;
- физиотерапевтические методы;
- санаторно-курортное лечение;
- лекарственную терапию.

Коррекция психо-эмоциональной сферы

«Все болезни – от нервов,» — это высказывание как нельзя более точно подходит к ВСД. В большинстве случаев «виноват» какой-то психологический фактор, его ликвидация способствует выздоровлению. При выяснении анамнеза заболевания почти всегда пациенты самостоятельно указывают, с чего «все началось». По возможности необходимо создать позитивную обстановку вокруг больного. Этому способствуют рациональный отдых, поездки на природу (в лес за грибами, на рыбалку, просто прогулки по парку и т.д.). Наличие хобби будет только содействовать нормализации психо-эмоционального состояния. Желательны занятия спортом (2, 7).

Здоровый образ жизни

В первую очередь нужно оптимизировать режим дня. Качественный и полноценный сон (отход ко сну в одно и то же время, длительность сна 7-8 часов и т.д.), прием пищи в одно и то же время, пребывание на свежем воздухе – это все маленькие, но значимые факторы для успешного процесса лечения. Отказ от вредных привычек. Умеренная физическая нагрузка оказывает положительное «тренирующее» воздействие на сердечно-сосудистую систему, способствует нормализации сосудистого тонуса, улучшает кровоток в органах и тканях (4, 6, 7).

Физиотерапевтические методы (6)

Среди немедикаментозных воздействий эта группа мер одна из наиболее эффективных. Физиотерапевтические процедуры успешно применяются не только при лечении больных с ВСД в условиях поликлиники или стационара, но и при проведении санаторно-курортного лечения. Наиболее часто используют электрофорез с разными фармакологическими средствами (кальцием, кофеином, мезатоном, эуфиллином, папаверином, магнием, бромом, новокаином), электросон, водные процедуры (душ Шарко или циркулярный, подводный душ-массаж, контрастные ванны), хлоридно-натриевые ванны, общие радоновые, сероводородные, йодобромные ванны, транскраниальную электроаналгезию, синусоидальные модулированные токи, гальванизацию, магнитотерапию, аэроионотерапию, инфракрасную лазеротерапию, УВЧ, тепловые процедуры (аппликации парафина и озокерита), грязелечение. Показаны иглорефлексотерапия и массаж. Курсовое применение физиотерапевтических методов позволяет устранить многие симптомы ВСД, иногда даже без дополнительного приема лекарственных средств внутрь.

Лекарственная терапия (7)

Фармакологический спектр применяемых препаратов огромен в связи с многообразием симптомов заболевания. Одновременное назначение большого количества препаратов может нанести вред больному, поэтому для каждого больного создается программа приема лекарств в определенной последовательности, которая корректируется в процессе лечения. Препараты, применяемые для лечения, можно разделить на следующие группы:

- успокоительные – предпочтительнее растительные средства (валериана, пустырник) и их комбинации (дормиплант, ново-пассит, ногта, фитосед, персен, седафитон, нервофлукс и др.). Возможны комбинации растительных препаратов с барбитуратами (особенно при сопутствующих нарушениях сна): барбовал, валокордин, корвалол, корвалтаб и др.;
- транквилизаторы – применяют при более выраженных расстройствах эмоциональной сферы, сопровождающихся чувством тревоги и напряжения. Среди них популярными являются гидазепам, грандаксин (тофизопам), буспирон, мебикар (адаптол), афобазол. При еще более выраженных проявлениях показаны диазепам (сибазон), феназепам;
- нейролептики – используются для снижения чувства нервозности, агрессивности, раздражительности и вспыльчивости, тревоги и страха, нормализации сосудистого тонуса и артериального давления. Применяют ридазин (сонапакс, тиорил), эглонил (сульпирид), рисперидон (нейриспин, рисполепт). И транквилизаторы, и нейролептики должны назначаться только врачом и применяться строго по показаниям в течение определенного промежутка времени;
- снотворные – нормализующее влияние на сон оказывают и растительные успокоительные средства, и транквилизаторы, и некоторые нейролептики. Среди

непосредственно снотворных препаратов можно отменить золпидем (ивадал), зопиклон (соннат, сомнол), залеплон (анданте), дормикум, радедорм, донормил, мелатонин. Эту группу лекарственных средств назначают на небольшой промежуток времени (обычно 7-14 дней) при крайней необходимости;

– антидепрессанты – применяют у больных со сниженной мотивацией, астенией и депрессией. Они улучшают настроение, уменьшают тоску, косвенным образом нормализуют сон. Это такие препараты как сиднофен, коаксил, флуоксетин (прозак), сертралин (золофт, стимулотон), пароксетин (паксил), amitриптилин, людиомил, симбалта;

ноотропы – препараты, «питающие» мозг. Помогают справиться с общей слабостью, нарушением внимания и памяти, головными болями и головокружением, шумом в ушах. К этой группе относят пирацетам (ноотропил), ноофен (фенибут), глицин (глицисед), пантогам, пантокальцин. С этой же целью возможно применение нейрометаболитов: актовегина (солкосерил), церебролизина;

– препараты, улучшающие кровообращение, – кавинтон (винпоцетин), оксибрал, стугерон, пентоксифиллин (трентал);

– препараты, снижающие артериальное давление (гипотензивные), – бисопролол (конкор), атенолол, метопролол, анаприлин. Из растительных средств с этой целью применяют препараты валерианы, зверобоя, боярышника, настойку пиона, душицу, Melissa, калину и др.;

– препараты, повышающие артериальное давление, – кофеин, мезатон, большинство растительных адаптогенов (настойка лимонника, родиолы розовой, женьшеня);

– препараты, влияющие на метаболизм в сердце, применяются для уменьшения болей и неприятных ощущений в области сердца: милдронат, рибоксин, настойка боярышника. При нарушениях ритма (увеличении частоты сердечных сокращений) показаны аспаркам, панангин, конкор, барбовал, корвалдин;

– при повышении внутричерепного давления – диакарб, лазикс (фуросемид), препараты петрушки, можжевельника, крапивы, мочегонные травы;

– вегетотропные препараты – белласпон, беллатаминал. Они обладают комбинированным действием, влияют и на психо-эмоциональное состояние, и на болевой синдром, и на потливость, снимают симптомы как со стороны симпатической, так и со стороны парасимпатической нервной системы. Также в качестве вегетотропного препарата может быть использован платифиллин;

– антиоксиданты – мексидол, кртал, витрум-антиоксидант, янтарная кислота;

– витамины — показаны как поливитаминные комплексы с общеукрепляющей целью, так и изолированный прием витаминов Е, А, С, группы В (нейровитан, мильгамма, неуробекс, нейрорубин);

– адаптогены – это группа лекарственных средств, повышающих стрессоустойчивость организма. Они обладают антиагистеническим действием, способны повышать артериальное давление и тонус сосудов, повышают неспецифический иммунитет: женьшень, родиола розовая, лимонник, элеутерококк, заманиха, аралия, левзея сафлоровидная. Общетонизирующим действием обладают препараты, содержащие спирulinu, фенхель, тимьян, ламинарию.

Таким образом, для лечения разных симптомов нарушения ВНС используют разнообразный арсенал средств. Многие препараты одновременно влияют на несколько симптомов (например, настойка боярышника обладает седативным эффектом, уменьшает боли

в сердце и снижает артериальное давление). Следует помнить, что только лечащий врач может подобрать правильную комбинацию из лекарственных препаратов. Процесс выздоровления во многом, если не почти на 100%, зависит от самого больного, его позитивного настроения и желания преодолеть недуг. Оставленная без внимания болезнь может трансформироваться в более тяжелое и трудноизлечимое заболевание. Поэтому больным обязательно нужно обращаться к врачу, чтобы вернуть себе полноценную жизнь и уберечь организм от новых заболеваний. (3,6,7)

Вывод. Нарушения ВНС не только являются важной частью патогенеза многих заболеваний, а сами могут играть роль «пускового механизма» в развитии сложных болезней. В этой связи возникает необходимость использования дополнительных методов лечения на более ранних этапах нарушений ВНС с целью профилактики возможных осложнений, приводящих к снижению качества жизни населения

Список литературы

1. Вейн А.М. (ред.). Вегетативные расстройства: Клиника, лечение, диагностика.
2. Воронова Н.В.: современные методы лечения нервной системы. М.: Аспект Пресс, 2008.
3. Карпов С.М., Саркисов А.Я., Ивенский В.Н., Гандьян К.С., Христофорандо Д.Ю. Вегетативная дисфункция и психосоматическое состояние у пациентов с невралгией тройничного нерва. Фундаментальные исследования. 2013. № 3-2. С. 298-302.
4. Карпов С.М. Механизмы адаптации при черепно-мозговой травме у детей. Практическая неврология и нейрореабилитация. 2007. № 1. С. 22.
5. Лобко П.И. и др. Вегетативная нервная система. Минск, 1988.
6. Малеванец Е.В., Карпов С.М., Калоев А.Д., Соломонов А.Д., Киреева О.Г. Процессы адаптации среди военнослужащих срочной службы. Клиническая неврология. 2013. № 3. С. 3-6.
7. Ноздрачев А.Д. Физиология вегетативной нервной системы, Л., 1983.
8. Недоспасов В.О. Физиология высшей нервной деятельности и сенсорных систем. М.: МПСИ, 2006.
9. Чефранова Ж.Ю. Топическая диагностика и лечение заболеваний нервной системы. Белгород: БелГУ, 2009.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ

Бардакова А.В.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия, anna_st94@mail.ru

Диабетическая нейропатия – комплекс клинических и субклинических синдромов, каждый из которых характеризуется диффузным или очаговым поражением нервных волокон в результате СД. В клинических рекомендациях «Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом» 2015 года выделяются следующие формы диабетической полинейропатии: сенсорная, моторная, автономная (вегетативная).

Диагноз синдрома диабетической полинейропатии основывается на результатах анализа анамнеза, осмотра конечностей (состояние кожных покровов, наличие раневых дефектов и их характеристики, видимые деформации костных структур), данных оценки состояния периферической тактильной, вибрационной и температурной чувствительности, определении состояния периферического артериального кровотока.

Клиническая картина. Пациенты предъявляют жалобы на наличие длительно незаживающего раневого дефекта (иногда множественных дефектов) на конечностях, особенно в их дистальных отделах. Длительность существования ран может колебаться от нескольких недель до 2-6 лет. Наличие и выраженность болевого синдрома зависят от состояния периферической чувствительности, уровня локальной ишемии и тяжести присоединившейся инфекции. При сборе анамнеза необходимо обратить внимание на длительность течения сахарного диабета, наличие