

**Материалы и методы:** исследование проводилось в нефрологическом отделении городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Ставрополь. Количество опрошенных составляет 49 человек с различной стадией ХПН. Для оценки когнитивной сферы были использованы следующие тесты: личностная шкала проявлений тревоги Тейлора, оценка психического статуса – MMSE, шкала самооценки уровня тревожности Ч.Д. Спилберга, Ю.Л. Ханина. Был произведен литературный обзор проблемы.

**Результаты исследования:** по данным личностной шкалы проявлений тревоги Тейлора получены следующие результаты: 5-15 баллов – соответствует среднему уровню тревоги (с тенденцией к низкому) – 15 (30%) человек. 16-25 баллов – средний уровень тревоги (с тенденцией к высокому) – 20 (41%) человек. 26-40 баллов – высокий уровень тревоги – 12 (24%) человек. 41-50 баллов – очень высокий уровень тревоги – 2 (5%) человек.

По данным шкалы психического статуса – MMSE выявлены следующие результаты. 28-30 баллов – нет нарушений когнитивных функций – у 19 (38%) пациентов. 24-27 баллов – легкое когнитивное нарушение – у 28 (57%) больных. 11-19 баллов – деменция умеренной степени выраженности 2 (5%) человек.

По данным шкалы самооценки уровня тревожности (Ч.Д. Спилберг, Ю.Л.Ханина) у обследованных выявлены следующие результаты. Показатель реактивной тревожности (РТ), рассчитанный по формуле  $РТ = \Sigma 1 - \Sigma 2 + 35(50)$ . До 30 баллов - низкая тревожность выявлена у 24 (49%) человек. От 31 до 45 баллов – умеренная тревожность у 16 (33%) человек. 46 и более баллов – высокая тревожность – у 9 (18%) человек. Показатель личностной тревожности (ЛТ), рассчитанный по формуле:  $ЛТ = \Sigma 1 - \Sigma 2 + 35$ . До 30 баллов – низкая тревожность у 6 (12%) человек. 31-45 баллов – умеренная тревожность – 23 (47%) человека. 46 и более баллов – высокая тревожность – у 20 (41%) человек.

**Выводы:** Исходя из результатов личностной шкалы проявлений тревоги Тейлора у 29% опрошенных имеет место высокий и очень высокий уровень тревожности, по данным исследований (Дж. Рейх и др., 1986; Дж. Хенсер, В. Майер, 1986), состояние тревоги связано с изменением когнитивной оценки окружающего и самого себя. При оценке когнитивных функций у 57% пациентов отмечаются легкие когнитивные изменения, у 5% отмечены проявления умеренной деменции.

По данным шкалы самооценки уровня тревожности (Ч.Д. Спилберг, Ю.Л.Ханина) установлено, что 41% имеют высокую личностную тревожность, а 18% – соответствуют высоким показателям реактивной тревожности. Этот тест является надежным источником информации о самооценке человеком уровня своей тревожности в данный момент (реактивная тревожность) и личностной тревожности (как устойчивой характеристики человека). Личностная тревожность характеризует устойчивую склонность воспринимать большой круг ситуаций как угрожающих, реагировать на такие ситуации состоянием тревоги. Реактивная тревожность характеризуется напряжением, беспокойством, нервозностью. Очень высокая реактивная тревожность вызывает нарушения внимания, иногда нарушения тонкой координации. Очень высокая личностная тревожность прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, с эмоциональными и невротическими срывами и психосоматическими заболеваниями.

Исходя из полученных данных, мы можем предположить, что у большого количества пациентов име-

ются расстройства когнитивной сферы. Пока на этом этапе исследования мы считаем, что такие изменения по данным тестов, могут служить сигналом для более детального обследования пациентов и принятия решения о добавлении в стандартную терапию новых препаратов для профилактики когнитивной недостаточности при ХПН.

#### Список литературы

1. Долгова И.Н., Стародубцев А.И. Когнитивные расстройства сосудистого генеза у пациентов молодого возраста // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2010. Т. 110. № 10. С. 14-16.
2. Долгова И.Н., Стародубцев А.И. О влиянии артериальной гипертензии на развитие дисциркуляторной энцефалопатии // Неврологический вестник. Журнал им. В.М. Бехтерева. 2010. Т. XLII. № 3. С. 51-54.
3. Долгова И.Н., Стародубцев А.И. Коррекция хронических цереброваскулярных нарушений у пациентов с артериальной гипертензией // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2011. Т. № 4. С. 34-36.
4. Клиническая нефрология. Руководство. Батюшин М.М., Повайлитте П.Е. Элиста: Джангар, 2009.
5. Нефрология. Руководство для врачей. В 2-х томах. Том 2: Почечная недостаточность. Рябов С.И. СПб.: Спец. Лит. 2013.
6. Нефрология. Национальное руководство. Краткое издание. Под ред. Н.А. Мухина. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2014.
7. Руководство по нефрологии. Под ред. Д.А. Витворт, Д.Р. Лоуренса. М.: Медицина. 2000.

### СОВРЕМЕННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И В СОЕДИНЁННЫХ ШТАТАХ АМЕРИКИ

Горохова М.О.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия, [mari.gorokhova@mail.ru](mailto:mari.gorokhova@mail.ru)

С середины XX века и по сегодняшний день в мире обостряется ситуация соперничества среди двух ведущих стран: России и Америки. Но несомненным приоритетом всегда обладает главная ценность человечества – здоровье нации. Обращаясь к статистическим данным всемирной организации здравоохранения за 2013 год, мы видим, что на втором месте среди причин смертности находится цереброваскулярная патология. Поэтому актуальность в исследовании факторов риска развития ишемического инсульта, который приводит к высокому проценту инвалидизации и смертности граждан, не подлежит сомнению. Особенно интересным кажется сравнение факторов риска в двух странах, имеющих разные взгляды на систему здравоохранения.

Для более доступного восприятия анализированных данных условно разделим факторы риска на три категории: общие, российские, американские. Кроме того, все факторы риска разделяются на модифицируемые, влияние которых возможно снизить, и немодифицируемые, которые не поддаются изменению – «модификации».

К немодифицируемым факторам относят: пол, возраст и наследственную предрасположенность по близкородственной линии (отец, мать). Пол и возраст являются взаимосвязанными факторами риска в обеих странах. Среди мужского населения пик заболеваемости инсультом приходится на возраст от 50 до 61 года, с тенденцией к снижению процентного показателя заболеваемости инсультом в более старших возрастных группах: от 20,5% до 3,9%. Что касается женского населения, частота встречаемости ишемического инсульта с возрастом увеличивается: от 7,7% до 34,8%. Существование этой тенденции во многом объясняется наступлением менопаузы, при котором снижается выработка эстрогенов яичниками. В репродуктивном возрасте эстрогены оказывают влияние на регуляцию липидного обмена, тонус артериальных сосудов, состояние свёртывающей и противосвёртывающей систем. При их отсутствии вырастает риск

развития атеросклероза церебральных артерий, что ведёт к стенозу, а затем и к их полной окклюзии.

Но наибольший интерес имеют модифицируемые факторы, на которые необходимо обращать внимание при профилактике развития инсульта, с целью их предотвращения, именно в них кроется существенное различие причин развития ишемического инсульта в РФ и США.

К общим факторам риска относятся хронические заболевания, при которых нарушаются гемодинамические показатели. Особое внимание в этой сфере ученые, как в России, так и в Штатах уделяют артериальной гипертензии. В последнее время значимо не только увеличению систолического и диастолического давлений, но и увеличению пульсового давления, в результате падения АД в фазу диастолы. Подобное состояние организма способствует возникновению фибрилляций предсердий, что увеличивает риск развития ишемического инсульта. Кроме того, российские исследования показали, что в 49 % случаев ОНМК предшествует ишемическая болезнь сердца, где 29 % составляет нарушение сердечного ритма, что расценивается как кардиосклероз, приводящий к мерцательной аритмии.

Особую группу составляют хронические заболевания, влияющие на обмен жирных кислот, фосфолипидов и липопротеинов. В США, в связи с более развитыми и распространёнными методами диагностики наследственных болезней, в большей степени уделяют внимание генетическим заболеваниям, влекущим за собой нарушение липидного обмена: семейная гиперхолестеринемия, болезни Ниманна-Пика, Гоше и Тея-Сакса. К болезням обмена веществ, влекущих за собой поражение церебральных сосудов, непременно относится сахарный диабет. В Америке 24 миллиона человек страдает сахарным диабетом, преимущественно второго типа, согласно данным Американского центра по контролю и профилактике заболеваний (U.S. Centers for Disease Control and Prevention). А в возрастной категории старше 60 лет сахарным диабетом страдает каждый четвёртый американец. Роль СД, как фактора риска в возникновении ишемического инсульта, продемонстрирована в популяции 55-84 лет, на основании десятилетнего наблюдения в г. Фремингем (США): СД увеличивает риск развития ишемического инсульта среди мужчин в 6 раз, а среди женщин в 8,2 раза. Российские показатели заболеваемости диабетом в разы меньше американских – 3,4 миллионов человек. Во многом это обосновано питанием граждан. По данным Национального Центра по предотвращению хронических болезней и сохранению здоровья США (National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion), 300 тыс. американцев ежегодно умирают из-за недугов, вызванных ожирением. В их число входит ишемический инсульт. Американцы стали нацией мясоедов, употребляющей чрезмерно много жирных и сладких продуктов, с большим количеством химических добавок и консервантов. По мнению многих диетологов, одной из причин эпидемии ожирения в Америке является бурное развитие пищевой индустрии. Главная цель гигантов пищевой индустрии - не производство продовольствия, а получение прибыли. Поэтому они идут на все, чтобы производить как можно более дешёвые продукты в как можно большем количестве. Это, в свою очередь, приводит к засилью нездоровой еды, которая негативно отражается на здоровье потребителей. Пищевые гиганты формируют вкус населения и культуру питания. В Российской Федерации исторически складывалось другое отношение к развитию сельского хозяйства и промыш-

ленному производству пищевых продуктов, однако последние данные академии РАМН свидетельствуют об увеличении процента людей с избыточным весом до 36%. Во многом такая ситуация складывается из-за процессов индустриализации общества. Наряду с ожирением, к американскому фактору риска развития ишемического инсульта относят и гиподинамию. Синдром гиподинамии является оборотной стороной прогресса. Прогресс дарит человеку множество самых совершенных приспособлений, способных избавить нас от любой физической нагрузки, способствуя развитию избыточного веса.

Однако в обеих странах на первый план при профилактике развития ишемического инсульта выдвигается борьба с курением и алкоголизмом. Курение ускоряет процесс атеросклероза, вызывает спазм сосудов. Пропорционально длительности курения и количеству потребляемых сигарет в день, по мнению американских учёных, риск развития инсульта растёт от 2,4 до 6,1 для мужчин и от 3 до 3,7 для женщин. Что касается алкоголизма, то его влиянию американцы уделяют большее значение. По их мнению, хронический алкоголизм повышает риск развития инсульта в два раза чаще у мужчин и в пять раз чаще у женщин, так как вызывает нарушение регионального мозгового кровообращения, индуцируя спазм сосудов и гущение крови. Потребление этилового спирта на душу населения по данным ОЭСР в Российской Федерации выше ( 11,2 л), чем в Соединённых Штатах Америки (8,8 л).

Интересным является то, что в источниках американской литературы к вышеперечисленным факторам добавляют климатические и метеорологические, под которыми подразумевают влияние погодных условий с определёнными значениями атмосферных показателей. Так, например, при подъёме температуры зимой выше среднестатистической, а летом ниже отметки, привычной для данной местности, наблюдается учащение случаев ОНМК. В исследованиях российских учёных большее внимание уделяется высоте стояния над уровнем моря: с увеличением этого показателя растёт риск развития цереброваскулярной патологии.

Закключение. Развитие индустриализации и научно-технический прогресс во многом способствуют увеличению модифицируемых факторов риска, таких как избыточный вес и гиподинамия, что более характерно для Соединённых Штатов Америки. В Америке большее внимание уделяется наследственным заболеваниям. В Российской Федерации следует вести активную борьбу с вредными привычками населения: алкоголизмом и табакокурением. Кроме того, важное значение имеет своевременная диагностика и лечение хронических заболеваний: артериальной гипертензии, мерцательной аритмии, атеросклерозу, болезням, вызывающих нарушение обмена веществ.

**Список литературы**

1. Petrović G. Med Pregl. 2000 Mar-Apr;53(3-4):207-14. Review. Croatian.
2. Инсульт. Руководство для врачей, Котов С.В., Стаховская Л.В., Москва 2013 год.
3. Карпова Е.Н., Муравьев К.А., Муравьева В.Н., Карпов С.М., Шевченко П.П., Вышлова И.А., Долгова И.Н., Хатуаева А.А. Эпидемиология и факторы риска развития ишемического инсульта. Современные проблемы науки и образования. 2015. № 4. С. 441.
4. Белянова Н.П., Карпов С.М. Посезонное поступление больных с ОНМК в зависимости от времени года. Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2012. № 1. С. 18-19.
5. Ревагук Е.А., Карпов С.М. Распространенность ОНМК среди лиц молодого возраста. Успехи современного естествознания. 2012. № 5. С. 61-62.
6. Карпова Е.Н., Муравьев К.А., Муравьева В.Н., Карпов С.М., Апагуни А.Э. Профилактика и факторы риска онмк (обзор литературы). Клиническая неврология. 2015. № 2. С. 31-36.
7. Муравьев К.А., Карпова Е.Н., Карпов С.М. Организация и вопросы нарушения этапного поступления больных с острым нару-

шении мозгового кровообращения в г. Ставрополе. Медицинский вестник Северного Кавказа. 2014. Т. 9. № 4 (36). С. 372-374.

8. Ido R. van den Wijngaard, Jelis Boiten, Ghislaine Holswilder, Ale Algra, Diederik W.J. Dippel, Birgitta K. Velthuis, Marieke J.H. Wermer and Marianne A.A. van Walderveen. Impact of Collateral Status Evaluated by Dynamic Computed Tomographic Angiography on Clinical Outcome in Patients With Ischemic Stroke. Stroke. 2015;46:3398-3404; originally published online November 5, 2015; doi: 10.1161/STROKEAHA.115.010354. (<http://stroke.ahajournals.org/>)

### ДЖЕКсоновская ЭПИЛЕПСИЯ КАК ВТОРИЧНОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ВНУТРИМОЗГОВОГО АБСЦЕССА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Демирчян И.С.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия, lady.demirchyan@mail.ru

Джексоновская эпилепсия - форма эпилепсии, характеризующаяся фокальными (парциальными) судорожными приступами, которые стереотипно начинаются с мышц какой-либо части тела на одной стороне. Приступ возникает в результате раздражения ограниченной зоны головного мозга различными факторами (световые вспышки, громкие звуки, стресс и т. д.).

Актуальность. Эпилепсия встречается в 10 раз чаще, чем любое другое неврологическое заболевание. В общем, эпилепсия наблюдается у 3-5 на 1000 человек. Могут страдать люди любого возраста, от младенцев до стариков. На сегодняшний день, статистика заболеваемости джексоновской эпилепсии, по литературным данным, не установлена. Причиной джексоновской эпилепсии может быть: ЧМТ, менингоэнцефалиты, сосудистые аномалии мозга, опухоли и т.д. В данном клиническом случае причиной джексоновской эпилепсии является внутримозговой абсцесс.

Цель исследования: провести анализ джексоновской эпилепсии как вторичного проявления внутримозгового абсцесса (разбор клинического случая).

Материалы: истории болезни больного N, 60 лет; данные амбулаторных исследований с 2006 по 2015 года.

Методы исследований. Для полной картины анализа джексоновской эпилепсии было проведено: КТ, МРТ, ультразвуковая доплерография (УЗДГ), суточный мониторинг по результатам ЭЭГ и АД, биохимический анализ крови (контроль концентрации вальпроатов), анализ дневника учета приступов. Анализ истории и катамнез больного проводились в течении 3-х лет.

Результаты: из анамнеза больного 21.12.2006г. впервые возник генерализованный судорожный приступ. На МРТ было выявлено объемное образование левой теменной доли. 27.12.2006г проведена операция – удаление объемного образования левой теменной доли. Первоначально гистологический диагноз: астроцитомы, затем Мts с распадом и нагноением (?). Был проведен курс химиотерапии (март 2007г) и лучевой терапии (апрель 2007г). 12.04.2007г. – операция по удалению остеомиелитного измененного костного лоскута. Со слов больного после лучевой терапии начались фокальные судорожные приступы. Был назначен депакин 1000мг/сутки и бензонал 300мг/сутки. Приступов не было в течение года, но больной отмечал выраженную седацию. В результате чего бензонал заменили на фенлпсин 800мг/сутки. Приступы возобновились с частотой 1 раз в месяц. Далее терапия отменена, введен ламиктал 400мг/сутки, приступов не наблюдалось в течение 3-х месяцев, однако появился тремор в конечностях, по этой причине назначена кеппра 2000мг/сутки. Приступы возобновились. 24.10.2013 года проведена краниопластика титано-

вой сеткой. С октября 2014 года замена ламиктала на бензонал 150мг/сутки. Приступы не наблюдались 4 месяца. 5.04.2014г. развился вторично-генерализованный судорожный приступ, после которого был госпитализирован в больницу (реанимационное отделение). Была проведена коррекция антиконвульсантов: отмена кеппры, назначен депакин 1000мг/сутки и ламиктал 200мг/сутки. В настоящее время принимает депакин хроно 1000мг/сутки и кеппра 250мг/сутки. Содержание вальпроевой кислоты (Депакин) в сыворотке крови составляет 90,3мкг/мл (лекарственный мониторинг). Приступы с частотой 2 раза в месяц. На контрольных КТ на фоне послеоперационных изменений остаточная ткань опухоли, накапливающая контрастное вещество. На ЭЭГ легкая дезорганизация ритмов наиболее в левой височно-теменной области с выраженной асимметрией, наличие неспецифических полиморфных феноменов в основном острых волн, но не большой амплитуды. Специфической эпилептической активности и эпи-приступов не зарегистрировано. В статусе умеренные когнитивные, речевые нарушения, астеническая симптоматика, правосторонний гемипарез (около 3,5 баллов). Симптоматическая эпилепсия в виде вторично-генерализованных и фокальных судорожных и сенсорных приступов.

Вывод: в данном клиническом случае главной причиной джексоновской эпилепсии явилось образование послеоперационного соединительно-тканного рубца, в результате чего сформировался эпилептический фокус, следствием которого стали частые парциальные судорожные приступы.

#### Список литературы

1. Соколова И.В., Карпов С.М. Симптоматическая эпилепсия в детском и подростковом возрасте. Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований, 2012, №1, С. 45-46.
2. Вышлова И.А., Карпов С.М., Апагуни А.Э., Стародубцев А.И. Последствия легкой черепно-мозговой травмы. Международный журнал экспериментального образования. 2014, № 5-1. С. 27-31.
3. Соколова И.В., Карпов С.М. Травматическая эпилепсия при ЧМТ. Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований, 2012, № 1, С. 45-46.
4. Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И. Неврология и нейрохирургия: учебник в 2-х томах, том 1, 2-е изд. испр. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. С. 466-476.
5. Неврология: учебник / А.С. Никифоров. Ростов н/Д: Феникс, 2014. 466 с., с. 379-389.

### ФАКТОРЫ РИСКА ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА

Долгова И.Н., Копенко Т.А., Матевосян М.А.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия, mlushka\_95@mail.ru

Согласно проведенным исследованиям установлено, что ежегодно от цереброваскулярных заболеваний (ЦВЗ) умирают около 5 млн. человек. Самый низкий уровень смертности зарегистрирован в Швейцарии. Показатели смертности от ЦВЗ в России одни из самых высоких в мире и, в отличие от большинства экономически развитых стран, они не только не снижаются, но и имеют тенденцию к увеличению. Количество зарегистрированных острых нарушений мозгового кровообращения за год в нашей стране составляют около 400 тыс., причём лишь в 8-10% случаях отмечается восстановление состояния здоровья пациентов. Точных данных о числе больных с хроническими нарушениями мозгового кровообращения в России нет, однако заболеваемость превышает 700 на 1000000 населения.

**Цель исследования.** Выявить наиболее часто встречающиеся факторы риска цереброваскулярных заболеваний в зависимости от пола.

**Материалы и методы.** Был использован метод научно-статистического анализа истории болезни пациентов, получавших стационарное лечение по пово-