

заболевания или существенного неврологического дефицита. Однако следует проводить динамическое наблюдение, как акушерами, так и неврологами.

Список литературы

1. Майда Е. Справочник по рассеянному склерозу для больных и их близких. 1999. Стр.19-26.
2. Завалишин И.А., Захарова М.Н., Переседова А.В., Аскарова Л.Ш., Бирюкова О.Э. Рассеянный склероз и беременность. НИИ Неврологии РАМН, Москва. 2001, стр. 35-36
3. 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.
4. Дахкильгова Ф.Т., Шевченко П.П., Карпов С.М. Современные нейробиологические методы исследования при рассеянном склерозе. Международный студенческий научный вестник. 2015. № 2-1. С. 93-94.
5. Мироненко Т.В. Эпилепсия и беременность. Международный неврологический журнал 3(7) 2006.
6. Влияние беременности на течение РС и РС на беременность. Тактика ведения беременности и родов/Журнал «Гинекология». 2011.
7. Пажигова З.Б., Карпов С.М., Шевченко П.П., Бурнусус Н.И. Распространенность рассеянного склероза в мире (обзорная статья) // Международный журнал экспериментального образования. 2014. № 1-2. С. 78-82.
8. 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.
9. 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.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ (ОНМК) ПО ИШЕМИЧЕСКОМУ ТИПУ

Мартыросян Е.В.

*Ставропольский государственный медицинский
университет, Ставрополь, Россия,*

*Инсульт... Как часто слышим это слово,
Но не задумываемся – «Почему?»
А дни проходят, и значит снова
Инъекции, таблетки поутру...
Я не хочу пугать своим рассказом
О том, как много трудностей, когда ты заболел,
Но знай – инсульт весьма опасен
И пусть по жизни Вас сопровождает фраза:
«Я успеш!»
Е. Мартыросян*

Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) являются важнейшей медикосоциальной проблемой. Заболеваемость инсультом составляет 2,5-3 случая на 1000 населения в год, смертность - 1 случай на 1000 населения в год. Летальность в остром периоде инсульта в России достигает 35 %, увеличиваясь на 12-15% к концу первого года после перенесенного инсульта. Таким образом, в России инсульт ежегодно развивается у 400-450 тысяч человек, примерно 200 тысяч из них погибают. Несмотря на то, что решающее значение в снижении смертности и инвалидизации вследствие инсульта принадлежит первичной профилактике, существенный эффект в этом отношении дает оптимизация системы помощи больным ОНМК, введение лечебных и диагностических стандартов для этих больных, включая реабилитационные мероприятия и профилактику повторных инсультов. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) считает, что создание современной системы помощи больным с инсультом позволит снизить летальность в течение первого месяца заболевания до уровня 20% и обеспечить независимость в повседневной жизни через 3 месяца после начала заболевания не менее 70% выживших пациентов.

Критерии диагностики отдельных форм ОНМК

К инсульту относятся острые нарушения мозгового кровообращения, характеризующиеся внезапным (в течение минут, реже – часов) появлением очаговой не-

врологической симптоматики (двигательных, речевых, чувствительных, координаторных, зрительных и др. нарушений) и/или общемозговых нарушений (изменения сознания, головная боль, рвота и др.), которые сохраняются более 24 часов или приводят к смерти больного в более короткий промежуток времени вследствие причины цереброваскулярного происхождения. Преходящие неврологические нарушения с очаговой симптоматикой, развившиеся вследствие кратковременной локальной ишемии мозга, обозначаются также как транзиторные ишемические атаки (ТИА). Особой формой ПНМК является острая гипертоническая энцефалопатия. Чаще острая гипертоническая энцефалопатия развивается у больных злокачественной артериальной гипертонией и клинически проявляется резкой головной болью, тошнотой, рвотой, нарушением сознания, судорожным синдромом, в ряде случаев сопровождается очаговой неврологической симптоматикой.

Этапное ведение больных с ОНМК

Основным принципом ведения больных с ОНМК является этапность организации медицинской помощи. Выделяют следующие этапы:

1. Диагностика инсульта на догоспитальном этапе.
2. Максимально ранняя госпитализация всех больных с ОНМК.
3. Диагностика характера инсульта.
4. Уточнение патогенетического подтипа ОНМК.
5. Выбор оптимальной лечебной тактики.
6. Реабилитация и мероприятия по вторичной профилактике инсульта.

Мероприятия на догоспитальном этапе

Основные задачи мероприятий на догоспитальном этапе:

1. Диагностика инсульта;
2. Проведение комплекса неотложных лечебных мероприятий;
3. Осуществление экстренной госпитализации больного.

Помощь оказывается линейными или специализированными неврологическими бригадами скорой медицинской помощи.

1. ОНМК диагностируется при внезапном появлении очаговой и/или общемозговой неврологической симптоматики у больного с общим сосудистым заболеванием и при отсутствии других причин (травма, инфекция и др.)

2. Неотложные лечебные мероприятия определяются необходимостью обеспечения достаточной вентиляции легких и оксигенации, поддержания стабильности системной гемодинамики, купирования судорожного синдрома.

3. Инсульт – неотложное медицинское состояние, поэтому все пациенты с ОНМК должны быть госпитализированы. Время госпитализации должно быть минимальным от начала развития очаговой неврологической симптоматики, желателен в течение первых 3 часов от начала заболевания. Противопоказанием для госпитализации больного с ОНМК является только агональное состояние.

Мероприятия на госпитальном этапе.

Организационные мероприятия

Госпитализация больных с ОНМК осуществляется в многопрофильный стационар, имеющий необходимое рентгено-радиологическое (включая компьютерную томографию (КТ), магнитно-резонансную томографию (МРТ), ангиографию) и ультразвуковое оборудование, а также:

1. Отделение для больных с нарушениями мозгового кровообращения с палатой интенсивной терапии;
2. Отделение нейрореанимации или отделение реанимации со специально выделенными койками и

подготовленным персоналом для ведения больных с ОНМК;

3. Отделение нейрохирургии. В палату интенсивной терапии поступают пациенты: с нестабильной (прогрессирующей) неврологической симптоматикой ("инсульт в развитии"); с выраженным неврологическим дефицитом, требующие интенсивного индивидуального ухода; с дополнительными соматическими расстройствами.

Диагностические мероприятия.

Этап первичной госпитальной диагностики

Цель - подтверждение диагноза инсульта и определение его характера (ишемический, геморрагический). Требования к организации медицинской помощи:

1. Помощь больным с ОНМК оказывается неврологом, реаниматологом, терапевтом и нейрохирургом.

2. Больные с ОНМК должны иметь право первоочередного инструментального и лабораторного обследования с тем, чтобы диагностический процесс был максимально полным и быстрым (в пределах часа от момента госпитализации).

3. Пациентам с ТИА диагностические обследования также проводятся в стационаре и в том же объеме, что и больным с инсультом. Всем больным с предположительным диагнозом инсульта показано проведение компьютерной томографии (КТ) головы, позволяющей в большинстве случаев отличить геморрагический инсульт от ишемического и исключить другие заболевания (опухоли, воспалительные заболевания, травмы ЦНС). Магнитно-резонансная томография (МРТ) головы – более чувствительный метод диагностики инфаркта мозга на ранней стадии. В случае, когда КТ или МРТ недоступны, обязательно проведение эхоэнцефалоскопии (МЭхо), при отсутствии противопоказаний - люмбальной пункции и исследования ликвора. Люмбальная пункция противопоказана при воспалительных изменениях в поясничной области и при подозрении на внутричерепной объемный процесс (опасность дислокационных нарушений).

Основные диагностические мероприятия для больных ОНМК (независимо от характера инсульта) 1. Анализ крови клинический с подсчетом количества тромбоцитов, гематокрит. 2. Группа крови, резус - фактор. 3. Анализ крови на ВИЧ. 4. Анализ крови на HBs-антиген. 5. Реакция Вассермана. 6. Биохимический анализ крови: сахар, мочевины, креатинин, билирубин, АСТ, АЛТ, холестерин, триглицериды, липопротеиды высокой и низкой плотности. 7. Электролиты (калий, натрий), осмоляльность плазмы. 8. Газовый состав крови, КЩС. 9. Скрининг-исследование системы гемостаза: фибриноген, фибринолитическая активность (лизис эуглобулинов), тромбиновое время, активированное частичное тромбиновое время (АЧТВ), протромбиновый тест с расчетом международного нормализованного отношения (МНО), время свертывания крови, время кровотечения, Д-димер, агрегабельность тромбоцитов (адреналин-, АДФ-, коллаген-индуцированная), вязкость крови. 10. Анализ мочи клинический. 11. ЭКГ. 12. Рентгенография органов грудной клетки. 13. Рентгенография черепа. 14. Консультация терапевта. 15. Консультация офтальмолога.

Дополнительные диагностические мероприятия (по показаниям):

1. Гликемический профиль. 2. Глюкозурический профиль. 3. Консультация эндокринолога. 4. ЭЭГ (при наличии судорожного синдрома). 5. Исследование маркеров внутрисосудистой активации системы гемостаза: фрагменты протромбина I+II, комплекс тромбин-антитромбин (ТАТ) и система протеина С,

фибрин-пептид А, растворимые комплексы фибрин-мономера, Д-димер, комплекс плазмин-антиплазмин (ПАП). 6. Оценка внутрисосудистой агрегации тромбоцитов: 4 тромбоцитарный фактор, тромбоспан В2, бета-тромбомодулин.

Этап углубленной госпитальной диагностики

Является непосредственным продолжением предыдущего этапа. Цель: уточнение патогенетического подтипа ишемического инсульта: атеротромботический (включает ОНМК вследствие артерио-артериальной эмболии), кардиоэмболический, гемодинамический, лакунарный, инсульт по типу гемореологической микроокклюзии. Обязательные исследования (проводятся в течение часа от момента госпитализации):

1. Ультразвуковое исследование экстра- и интракраниальных сосудов, включая дуплексное сканирование.

2. Экстренная церебральная ангиография – проводится только в случаях, когда это необходимо для принятия решения о медикаментозном тромболитисе.

3. Эхокардиография.

Дополнительные исследования (проводятся в течение первых 1-3 дней):

1. Плановая церебральная ангиография (проводится для уточнения причины ишемического инсульта; объем исследования включает ангиографию ветвей дуги аорты, магистральных артерий головы, интракраниальных сосудов).

2. Холтеровское мониторирование ЭКГ.

3. Суточное мониторирование АД. Специальные исследования проводятся при наличии показаний в течение острого периода заболевания, виды и объем их определяются консилиумом с участием соответствующих специалистов - гематолога, кардиолога - ревматолога и др.

Разработка и внедрение единых принципов ведения больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения должны помочь оптимизировать диагностический подход и выбор лечебных мероприятий для обеспечения наилучшего исхода заболевания.

Список литературы

1. Диденко Н.Н., Денисюк В.В., Потапова И.Г., Карпов С.М. Актуальные вопросы распространенности ОНМК в Ставропольском крае. Успехи современного естествознания. 2014. № 6. С. 121-122.
 2. Карпова Е.Н., Муравьев К.А., Муравьева В.Н., Карпов С.М., Шевченко П.П., Вышлова И.А., Долгова И.Н., Хатуева А.А. Эпидемиология и факторы риска развития ишемического инсульта. Современные проблемы науки и образования. 2015. № 4. С. 441.
 3. 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.
 4. Муравьев К.А., Карпова Е.Н., Карпов С.М. Организация и вопросы нарушения этапного поступления больных с острым нарушением мозгового кровообращения в г. Ставрополе. Медицинский вестник Северного Кавказа. 2014. Т. 9. № 4 (36). С. 372-374.
 5. Пирадов М.А., Авакян Г.Н., Боголепов Н.Н., Варакин Ю.А., Гулевская Т.С., Калашикова Л.А., Корниенко В.Н., Скребицкий В.Г., Фейгин В.Л. Современные принципы диагностики ишемического инсульта. 2015. № 4. С. 38-42.
 6. Яхно Н.Н. Госпитальная диагностика ОНМК. Neurological journal ОАО Издательство «Медицина», 2013. № 3. С. 28-30.

МИГРЕНЬ: КЛИНИКА, СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ

Монастырская Е.И., Шевченко П.П.

Ставропольский Государственный Медицинский Университет, Ставрополь, Россия, katemonastyrskaja@gmail.com

Актуальность: Мигрень – пароксизмальное состояние вегетативной нервной системы, наиболее частым и характерным симптомом которого являются эпизодические или регулярные сильные и мучительные приступы головной боли. Головная боль – одна