

серотониновые рецепторы мозговых сосудов, предотвращают выделение субстанции P из окончаний тройничного нерва и нейрогенное воспаление. Наиболее эффективной профилактикой мигренозной цефалгии является сочетание нелекарственных и лекарственных методов лечения.[2] Эффективное и безопасное купирование мигренозных атак в сочетании с профилактической терапией у пациентов с частыми приступами позволяет в значительной степени улучшить качество жизни пациентов, страдающих этим наследственно обусловленным заболеванием.[6]

Вывод. Таким образом, в клинике мигрени выделяют 3 фазы: продромальную, болевую и постприступную. Немало важную роль в развитии заболевания играют различные провокаторы приступов мигрени. Большая распространенность и неугасающая актуальность мигрени диктуют разработку новых принципов лечения и диагностики данного заболевания. В основе диагноза мигрени лежат основные принципы, в которые входят анамнез и осмотр пациента, клиническое обследование, и инструментальные методы диагностики. Появление новых средств для лечения мигрени из группы триптанов позволило открыть новую страницу в эффективной терапии мигрени.

Список литературы

1. Бублий А., Шафорост А., Долгова И.Н., Карпов С.М. Эффективность лечения мигрени препаратами группы триптанов. Международный научно-исследовательский журнал 2013. № 10-5(17). С. 35-36.
2. Вейн А.М., Филатова Е.Г. Мигрень. Кафедра неврологии ФППО ММА им. И.М. Сеченова «Consilium medicum». 2014. С. 3-4.
3. Данилов А.Б. Мигрень: рекомендации по диагностике и лечению. Русский медицинский журнал. 2014. С. 2-4.
4. Кадьков А.С., Шахпаронова Н.В. Мигрень и ее лечение. Русский медицинский журнал. 2009. С. 1305.
5. Корешкина М.И. Современные аспекты диагностики и лечения мигрени. Русский медицинский журнал. 2013. С. 92-96
6. Левин Я.И. Мигрень и ее терапия. Русский медицинский журнал. 2009. № 7. С. 441.
7. Фролов Б.С., Пашковский В.Э., Курпатов В.И. Современные подходы к диагностике и лечению мигрени. Терра Медика Нова, 2012 г. № 2. С. 5-6

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ СИРИНГОМИЕЛИЕЙ

Нуруллаева М.Ю., Шевченко П.П.

Ставрополь, Ставропольский Государственный Медицинский Университет, Ставрополь, Россия, madina_med26@mail.ru

Аннотация. Данная статья посвящена современным методам лечения сирингомиелии, основными из которых многие годы являются симптоматическая медикаментозная терапия и хирургическое вмешательство. Отмечено преимущественное заболевание лиц, занимающихся физическим трудом. Сирингомиелия почти всегда развивается у лиц имеющих определенные отклонения от нормального развития организма при наличии дизрафического статуса.

Ключевые слова: сирингомиелия, гидромиелия, сирингобулбия, нейродинамика

Актуальность. Сирингомиелией называют хроническое заболевание, характеризующееся образованием полостей по длиннику спинного мозга. Иногда эти полости сообщаются с полостью центрального канала, который в ряде случаев является расширенным, и тогда заболевание обозначается термином «гидромиелия» При распространении патологического процесса вверх на мозговой ствол говорят о сирингобулбии. Сирингомиелия является довольно часто встречающимся заболеванием ЦНС. Учитывая сложность этиопатогенеза и клиники сирингомиелии – терапия на сегодняшний день затруднена и требует всё новые подходы к лечению данной патологии.

Цель: анализировать современные методы лечения сирингомиелии.

Результаты. Заболевание вылечить полностью невозможно, терапия направлена на торможение процесса развития болезни.

Лечение комплексное. К его назначению необходимо подходить индивидуально с учётом характера течения и активности процесса. Лучшие результаты получены при рано начатой регулярно проводимой комплексной терапии, которая включает применение аминокислотных препаратов, гидролизатов белков (гидролизин, аминокептид, аминокровин, гидролизат казеина) по 200-250 миллилитров капельно внутривенно или подкожно 1 раз в 3-4 дня (четыре вливания на курс), витаминов группы В, дезинтоксикационную терапию (унитиол, 5% раствор по 5 миллилитров внутримышечно ежедневно, до 15 инъекций на курс; купренил, 0,25 грамм 2-3 раза в день), лучевую терапию с целью замедления пролиферации глиозных элементов в патологическом очаге.

Облучение проводят на гамматерапевтических установках, бетатронах и линейных ускорителях. Облучают только поражённые сегменты спинного мозга. Облучение проводят 5 раз в неделю с двух паравертебральных полей с углом наклона центрального пучка для шейного отдела спинного мозга 60°, грудного и поясничного отделов — 45°. Разовая очаговая доза 90 рад (0,9 Гр), суммарная — 900-1100 рад (9-11 Гр). При поражении продолговатого мозга облучение проводят с прямого или двух боковых затылочных полей в разовой дозе 50-70 рад (0,5-0,7 Гр); суммарная доза до 400-500 рад (4-5 Гр) при ритме облучения 2-3 раза в неделю. Повторные курсы лучевой терапии проводят при прогрессировании процесса, но не раньше, чем через 1-1½ года.

Лучевая терапия противопоказана при лейкопении, беременности, открытой форме туберкулёза лёгких.

Применяют также радиоактивные препараты 131I и 32P, которые избирательно поглощаются глиозной тканью мозга. 131I активностью 50-100 микрокюри вводят 2 раза в неделю до суммарной активности 500-800 микрокюри. Проводят не менее 4-5 курсов с интервалами между ними 1-1½ года. 32P назначают по 150-170 микрокюри с интервалом в 3-4 дня до суммарной активности 450-500 микрокюри. Через 3 месяцев курс лечения повторяют.

Радоновые ванны оказывают более щадящее действие на организм и не вызывают побочных явлений, но уступают лучевой терапии по стойкости благоприятного эффекта.

При выраженном болевом синдроме хорошие результаты получены при применении иглоукалывания.

Показаны антихолинэстеразные препараты, массаж, лечебная физкультура. Курсы комплексного лечения следует проводить 2-3 раза в год до стабилизации процесса. Можно рекомендовать санаторно-курортное лечение с использованием естественных радиоактивных вод.

Предложено оперативное лечение сирингомиелии (Пуссен), состоящее в рассечении заднего шва с образованием выхода из гидромиелитических полостей в субарахноидальное пространство. Операция применяется в тяжелых случаях сирингомиелии с параличами и сильным болевым синдромом. Цель операции — устранение или уменьшение компрессии спинного мозга за счёт удаления жидкости из кистозной полости и предотвращения повторного её скопления после операции. Область локального утолщения спинного мозга, соответствующую расположению полости, устанавливают с помощью миелографии или компьютерной томографии.

Выводы: так как этиопатогенез сирингомиелии до конца не ясен, лечение данного заболевания требует дальнейшего изучения.

Список литературы

1. Кадыков А.С. Болезненная бесчувственность (о сирингомиелии). 2004.
2. Тамбиева М.А., Шевченко П.П. Сирингомиелия: Современные методы диагностики и лечения.
3. Шакурова Д.Н., Котова О.В., Потехина Ю.П. Статья из номера 3 за 2005. Рубрика: Оригинальные исследования, Нижний Новгород.
4. Менделевич Е.Г., Михайлов М.К. Государственный медицинский университет; Государственная академия последипломного образования, Казань. Нейровизуальные и клинические параллели при сирингомиелии. Неврол. Журн. 2000; 1: 35-43.
5. Дамулин И.В., Мхитарян Э.А., Тушканова М.В., Шашкова Е.В. Вегетативно-трофические расстройства при сирингомиелии // Рос. мед. журнал. 2002. № 1. С. 3237.
6. Елманова Т.В. Врожденные аномалии головного и спинного мозга: клиникодиагностический аспект / Елманова Т. В. // Справочник врача общей практики. 2010. № 7. С. 2238.
7. Лечение заболеваний нервной системы / Ф. ЛеманнХорн, А. Лудольф; Перевод с нем. / Под ред. О.С. Левина. М.: МЕДпрессинформ, 2005. 528 с.
8. Сирингомиелия / Д.А. Шамбуров, М., 1961. 220 с.
9. Karpov S.M., Dolgova I.N., Vishlova I.A. The main issues of topical diagnosis of nervous system diseases. Ставрополь, 2015.
10. Sharma R., Karpov S.M. MRI-guided laser interstitial thermal (ablation) therapy (MRGLITT). European science review. 2015. № 3-4. С. 38-39.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Потапова И.Г., Потапов А.Г., Карпов С.М.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия, irishka931805@yandex.ru

За последние годы, вместе с общим ростом травматизма, наблюдается увеличение частоты челюстно-лицевых травм и травм головного мозга. Вопросам изучения особенностей клиники, диагностики и лечения повреждений челюстно-лицевой области уделяется большое внимание как отечественными, так и зарубежными исследователями и клиницистами [1].

Наиболее часто среди повреждений лицевого скелета встречаются переломы нижней челюсти, составляющие по данным отечественных и зарубежных авторов от 70% до 85% всех переломов костей челюстно-лицевой области [2].

До сих пор остается актуальным вопрос о поражении головного мозга при переломе нижней челюсти.

Какова же клиническая картина со стороны головного мозга при переломе и других повреждениях нижней челюсти?

Исследование было направлено на выявление симптоматических проявлений со стороны головного мозга при данной травме. В исследовании участие принимало 23 пациента с таковой патологией. Задача – определение клинической картины со стороны головного мозга.

Опрос пациентов проходил по нижеописанным критериям:

Общемозговые симптомы:

- кратковременная потеря сознания от нескольких секунд до 20 минут;
 - ретроградная амнезия
 - тошнота, однократная рвота;
 - головная боль, головокружение, шум в ушах
 - боль при движении глазных яблок
 - потливость
 - при осмотре нистагм
- Очаговые симптомы:
- нарушение движений
 - чувствительности
 - расстройство речи, зрения
 - парез мимических мышц, языка
 - нистагм

- анизокория
 - глазодвигательные расстройства
- Стволовые симптомы:
- гипертермия
 - плавающие глазные яблоки
 - тонический крупноразмашистый нистагм
 - расстройства ритма дыхания
 - брадикардия, повышение АД
 - нарушение реакции зрачков на свет
 - отсутствие или снижение плотательного рефлекса
- Триада симптомов характерная для внутричерепных гематом:

1. Наличие светлого промежутка

2. Гомолатеральный гемипарез – это расширение зрачка на стороне сдавления.

3. Контрлатеральный гемипарез – это парез конечности на стороне противоположной очагу сдавления.

В ходе опроса мы выявляли степень тяжести поражения мозга и собирали необходимые значения для той или иной формы поражения.

Результат - клиническая картина со стороны головного мозга у обследуемых на момент поступления соответствовала сотрясению и ушибу (легкой степени) мозга. Осмотр в стационаре на 3-4 сутки пребывания клиническая картина была стертая, так как больные принимали обезболивающие и другие средства.

Список литературы

1. Шаргородский А.Г., 1975, 2004; Федотов С.Н., 1997; Ефимов Ю.В., 2004; Мальшев В.А., Кабаков Б.Д., 2005; Weerda H., 2001; Xu J. et al., 2006; de Matos F.P. et al., 2009.
2. Аржанцев П.З. и соавт., 1975; Бернадский Ю.И., 1991; Сукачев В.А., 2000; Горбонос И.А., 2007; Barrera J.E., Batuello S.G. 2006.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ГЕМОРАГИЧЕСКОГО И ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Пугачева В.С.

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

Инсульт (позднелатинское *insultus* – приступ) – это острая сосудистая катастрофа головного мозга. В последние годы отмечается рост распространенности сосудистых заболеваний, в т.ч. острых нарушений мозгового кровообращения. Ежегодно в мире переносят инсульт около 6 млн. человек, а в России – более 450 тыс. Наблюдается увеличение распространенности инсульта у лиц трудоспособного возраста – до 65 лет. Согласно международным эпидемиологическим исследованиям (World Development Report) в мире от инсульта ежегодно умирают 4,7 млн. человек, в России – 230–250 тысяч. Частота инсультов у работоспособных лиц в возрасте 25–65 лет составляет 2,5–3 для городского населения, а для сельского 1,9 на 1000. Инсульт занимает первое место, как причина стойкой утраты трудоспособности. Таким образом, церебральный инсульт является проблемой чрезвычайной медицинской и социальной значимости.

Цель работы: повысить качество диагностики при разных формах инсульта.

Материалы и методы исследования: база литературных данных по проблемам острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК).

Результаты и их методы их обсуждения: Диагноз основывается на тщательном изучении анамнеза, выявлении факторов риска и анализе клинических данных, а именно неврологической симптоматики. Клиническая картина инсультов разнообразна и во многом определяется тем, в каком сосудистом бассейне произошла мозговая катастрофа и ее характером (ишемия или геморрагия).

Диагностируется инсульт при внезапном появлении очаговой и/или общемозговой и менингеальной