

народной конференции «Современное состояние методов неинвазивной диагностики в медицине». Сочи. 2008. С. 49-51.

7. Камчатнов П.Р., Гордеева Т.Н., Кабанов А.А. Кровоток в системах сонных и позвоночных артерий у больных с синдромом вертебробазилярной недостаточности // Труды Междунар. конф. «Современные подходы к диагностике и лечению нервных и психических заболеваний». СПб.: РосВМедА. 2000. С. 300.

8. Петрянина Е.Л., Исмагилов М.Ф. Синдром позвоночной артерии, обусловленный аномальным строением шейного отдела позвоночника // Неврологический вестник. 1994. Т. XXVI, вып. 3-4. С. 58-59.

9. Попелянский Я.Ю. Болезни периферической нервной системы: Руководство для врачей. М.: Медицина, 1989. 463 с.

10. Пышкина Л.И., Федин А.И., Бесаев Р.К. Церебральный кровоток при синдроме позвоночной артерии // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2000. № 5. С. 45-49.

11. Сулейманова М.А., Карпов С.М., Апагуни А.Э., Карпова Е.Н., Вышлова И.А. Клинико-неврологические проявления у больных с синдромом позвоночной артерии в отдаленном периоде травмы шейного отдела позвоночника. Клиническая неврология. 2015. № 3. С. 17-20.

12. Сулейманова М.А., Карпов С.М., Шевченко П.П., Вышлова И.А., Карпова Е.Н., Калоев А.Д. Формирование синдрома позвоночной артерии в отдаленном периоде травмы шейного отдела позвоночника. Современные проблемы науки и образования. 2015. № 5. С. 331.

13. Шток В.Н. Фармакотерапия в неврологии: Практическое руководство. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2003. 301 с.

14. Berguer R., Flynn L.M., Kline R.A., Caplan L. Surgical reconstruction on the extracranial vertebral artery: management and outcome // J. Vasc. Surg. 2000. V. 31. P. 9-18.

15. Dubenco A.Ye., Kalashnikov V.I., Tyagniryadko A.K. Brain venous hemodynamic in patients with various pathologies of the cervical spine // European Journal of Neurology. 2005. Vol. 12 (suppl. 2). P. 253.

16. Kalashnikov V.I. Transcranial Doppler sonography with functional tests for diagnosis of TIA in the vertebro-basilar system // Cerebrovascular Diseases. 2000. Vol. 10 (suppl. 1). P. 27.

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

18. Omelchenko E.I., Karpov S.M., Shevchenko P.P., Belyaeva P.Y. The vertebral artery syndrome: anatomy, clinical presentation & the principles of treatment. В сборнике: Science and Practice: new Discoveries Proceedings of materials the international scientific conference. Editors: I.M. Shvec, L.A. Ismagilova, V.A. Gureva, E.A. Telegina, V.I. Sedenko. Киров, 2015. С. 754-759.

19. Powers S.R., Drislane T.M., Nevins S. Intermittent vertebral artery compression. A new syndrome // Surgery. 1961. V. 49. P. 257-264.

20. Zweifler R.M. Membrane stabilizer: Citicoline // Current Medical Research and Opinions. 2002. Vol. 18 (suppl. 2). P. 14-17.

## ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНЫХ С ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА

Шамасурова Ф.Ш., Чигрина Н.В., Карпов С.М.

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

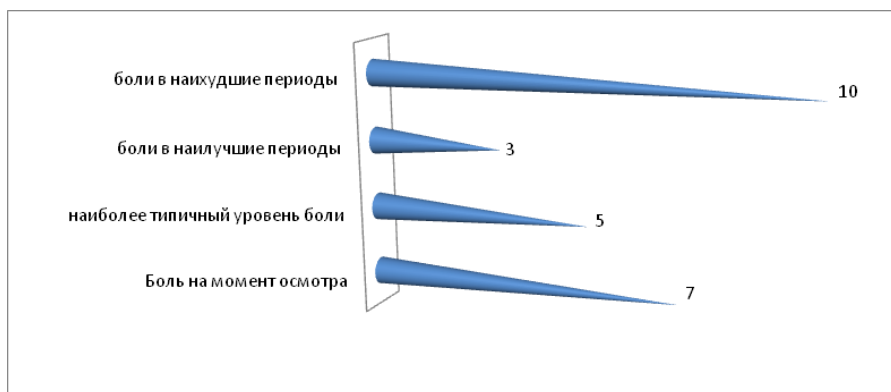
**Актуальность исследования:** неврологические проявления остеохондроза позвоночника – наиболее распространенные поражения периферической нервной системы. Эта патология часто встречается среди пациентов как молодого, так и пожилого возраста. Неблагоприятными последствиями могут быть острые или хронические боли в спине, ограничивающие физическую активность пациента.

Изучение осложнений дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника позволит выявить общие закономерности клинических проявлений и определить подходы к лечению.

**Цель изучения:** оценка психосоматического состояния больных с дегенеративно-дистрофическими изменениями.

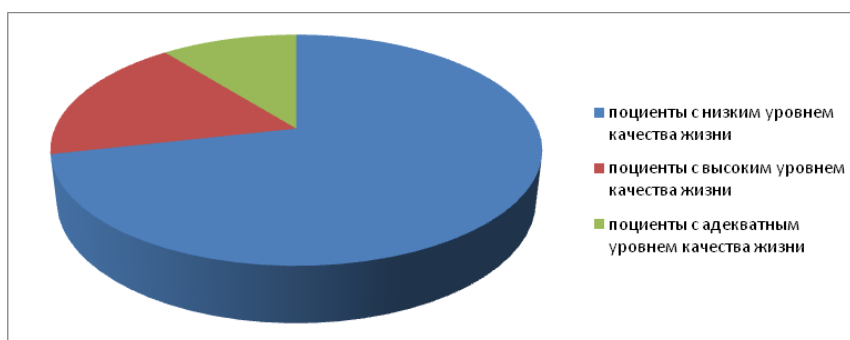
**Материалы и методы:** исследование проводилось на базе неврологического отделения ГБУЗ СК ГКБ СМП г. Ставрополя. Для оценки психоэмоционального состояния проведено исследование 28 человек в возрасте от 34 до 79 лет с диагнозом полисегментарный остеохондроз с поражением межпозвоночных дисков. Диагноз установлен на основании МРТ позвоночника с целью исключения других причин болевого синдрома. Были использованы: визуальная аналоговая шкала ВАШ, шкала Дж. Тейлора, шкалы SF-36.

**Результаты исследования:** был определен уровень боли по аналоговой шкале ВАШ. Средний уровень боли на момент осмотра – 7 баллов. Средний наиболее типичный уровень боли – 3 балла. Средний уровень боли в наихудший период болезни – 10 баллов.



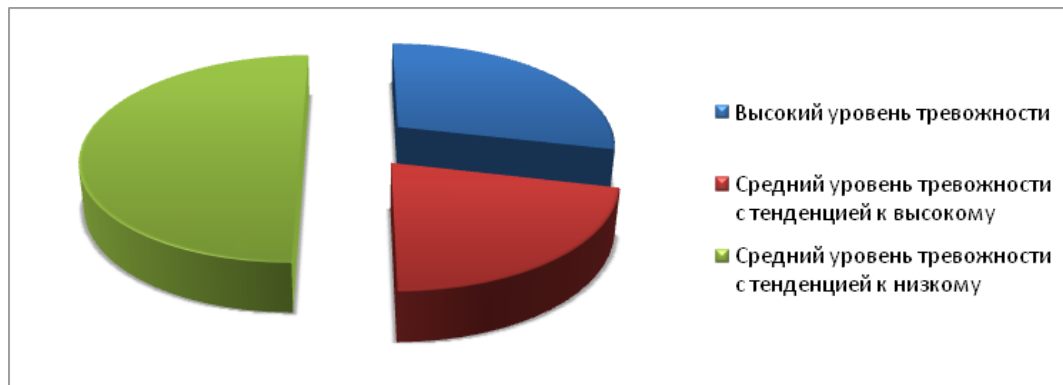
Был исследован уровень качества жизни больных с использованием шкалы SF-36. У 20 (71,4 %) исследованных пациентов выявлен низкий уровень ка-

чества жизни. У 5 (17,8%) исследованных пациентов высокий уровень качества жизни. У 3 (10,7%) пациентов адекватный уровень жизни.



Было исследовано проявление тревоги по шкале Дж. Тейлора и выявлено что: у 8 человек (28,6%) выявлен высокий уровень тревожности. У 6 человек

(21,4%) выявлен средний уровень тревожности с тенденцией к высокому. У 14 человек (50%) выявлен средний уровень тревожности с тенденцией к низкому.



**Заключение:** неврологические изменения остеохондроза позвоночника часто сопровождаются временной утратой трудоспособности, нередко становится причиной инвалидности, так же негативно влияют на психоэмоциональное состояние пациентов. В ходе исследования у большинства пациентов выявлен средний уровень с тенденцией к низкому и высокий уровень тревожности и низкий уровень качества жизни. Частые обострения болевого синдрома, психоэмоциональные напряжения способствуют низкому уровню качества жизни.

Таким образом, у больных с хроническим вертеброгенным болевым синдромом необходимо использовать препараты, влияющие на психоэмоциональное состояние для наиболее оптимального подхода в лечении данной проблемы.

**Список литературы**

1. Чигрина Н.В., Долгова И.Н., Минаева О.А. Вертеброгенные болевые синдромы и новые методы лечения // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2014. Т. 9. № 4(36). С. 359-362.
2. Чигрина Н.В., Долгова И.Н. Современные подходы к лечению неврологических осложнений вертеброгенной патологии // Международный журнал экспериментального образования. 2014. № 8-1. С. 18-20.
3. Яхьяев С.Х., Хадж Е.А.С., Долгова И.Н., Карпов С.М. Основные причины и распространенность хронических болевых синдромов среди неврологических больных // Международный научно-исследовательский журнал. 2013. № 10-5(17). С. 39.

**ЭКЛАМПСИЯ У БЕРЕМЕННЫХ. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ В РОДОВОМ И ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДАХ. НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ЭКЛАМПСИЙ**

Юрченко Ю.О.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия, julia.yurchenko@mail.ru

**Введение.** В настоящее время эклампсия редко развивается у беременных с гестозом в условиях стационара, так как внедрение методов интенсивной терапии позволило достаточно эффективно предупреждать развитие судорожной стадии. Однако больные могут поступить в акушерский стационар с клинической картиной эклампсии, которая в таком случае остается довольно частой причиной материнской смертности, поэтому тема данной патологии не теряет своей актуальности. После развития эклампсии у пациенток часто развиваются различного рода осложнения, из них неврологические-одни из наиболее встречаемых.

**Определения и классификация**

Эклампсия является осложнением преэклампсии. Эклампсия диагностируется в случае возникно-

вения судорожного приступа или серии судорожных приступов у беременной женщины с клиникой преэклампсии, которые не могут быть объяснены другими причинами. Эклампсия развивается на фоне преэклампсии любой степени тяжести, а не является проявлением максимальной тяжести преэклампсии. Основными предвестниками эклампсии являются головная боль, артериальная гипертензия и судорожная готовность. В 30% случаев эклампсия развивается внезапно без предвестников.

**Классификация эклампсии:**

- Эклампсия во время беременности и в родах
- Эклампсия в послеродовом периоде:
- ранняя послеродовая (первые 48 ч)
- поздняя послеродовая (в течение 28 суток после родов)

**Угроза развития эклампсии**

На сегодняшний день не существует ни одного теста, способного достоверно спрогнозировать развитие эклампсии беременных. Эклампсия в основном развивается после 22 недели беременности, что обусловлено внутриутробным развитием плода. До этого срока плод не способен к выживанию вне утробы матери из-за незавершенного формирования высших структур головного мозга. На 22 неделе развития у плода впервые появляются нейроспецифические белковые соединения, которые при проникновении через поврежденный плацентарный барьер вызывают системное иммунное воспаление, характеризующееся спазмом сосудов. Это объясняет развитие эклампсии на фоне фетоплацентарной недостаточности (состояние, обусловленное нарушением функции плаценты).

Материнские факторы риска: (ОР-опасность развития)

Тяжелая преэклампсия/эклампсия во время предыдущих беременностей (ОР — 7,19);

Тяжелая преэклампсия/эклампсия в семейном анамнезе (ОР — 2,90); Многоплодная беременность (ОР — 2,93);

Хронические соматические заболевания: Артериальная гипертензия; Болезни почек; Болезни сердечно-сосудистой системы; Сахарный диабет (ОР — 3,56); Ожирение (ИМТ > 35) (ОР — 2,47); Первая беременность (ОР — 2,91);

Антифосфолипидный синдром; (ОР при сочетании с преэклампсией в анамнезе > 9)

Возраст старше 40 лет (ОР — 2.1);

Интервал между родами более 10 лет (ОР — 1.9).

Известно, что эклампсия чаще всего развивается у первобеременных женщин. Специальное изучение наследственных факторов показало, что у сестер эклампсия