



Дело Жизни

№6 (14) 2016

медицинский журнал

Развитие инновационных технологий нейрореабилитации в Республике Татарстан

Механизмы формирования и принципы купирования миофасциальных болей

Клиника острых психозов в общей врачебной практике

содержание:

ОФИЦИАЛЬНО

- Конференции. Форумы. Симпозиумы 4
 Адель Вафин: «Наша отрасль в большинстве своем состоит из величайших подвижников» 5

НОВОСТИ

- ООО «НПК «Фармасофт» сообщает о старте Олимпиады «Мексидол®: 20 лет в клинической практике»6
 Инсульт: от скорой помощи до реабилитации7

НЕВРОЛОГИЯ

- Вариабельность этиопатогенеза и актуальная терапия полинейропатий. **Саковец Т.Г.**10
 Медицинская помощь больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения в Республике Татарстан: опыт создания сосудистых центров. **Хасанова Д.Р.**13
 Применение Целлекса у больных с ишемическим инсультом.
Камчатнов П.Р., Исмаилов И.А., Умарова Х.Я., Соколов М.А.16
 Постинсультная реабилитация как системный терапевтический подход. **Ахметова Г.И.**20
 Современные методы лечения детского церебрального паралича. **Гайнетдинова Д.Д.**22
 Лечебная верховая езда как эффективный метод реабилитации при различных заболеваниях25
 Развитие инновационных технологий нейрореабилитации в Республике Татарстан. **Бодрова Р.А.**27
 Оборудование для санаториев: барокамера как пример эффективных инвестиций. **Кизеев М.В.**29
 Механизмы формирования и принципы купирования миофасциальных болей. **Алтунбаев Р.А.**30
 Роль хондропротекторов в восстановительном лечении болей в спине в практике врача-невролога. **Хайбуллина Д.Х.**32
 Применение препарата «Артакам» (глюкозамин сульфат) в комплексной терапии больных с гонартрозом. **Костромитина Е.В., Комлева Л.В., Витковская Е.С., Горбенко С.Б., Горбачева М.А., Сырцова Е.Ю.**36
 Современные подходы к лечению болезни Паркинсона. **Залялова З.А.**38
 Эпилепсия и сходные с ней состояния в неврологической практике. **Богданов Э.И.**40
 Магнитно-резонансная томография как наиболее информативный метод нейровизуализации. **Чувашаев И.Р.**42

ПСИХИАТРИЯ

- Актуальные вопросы развития психиатрической службы Республики Татарстан. **Халитов И.М.**44
 Клиника острых психозов в общеврачебной практике. **Яхин К.К.**46
 Органические непсихотические расстройства в связи с патологией головного мозга. **Гроховская Р.Г.**49

Медицинский журнал «Дело Жизни» №6 (14) 2016 16+
 Рекламно-информационное издание для специалистов
 в области медицины

Учредитель: ООО «АльфаМед Пресса»
Директор: Максим Александрович Макарычев
Издатель: ООО «АльфаМед Пресса»

Адрес издателя и редакции:
 420012, г. Казань, ул. Шапова, д. 26, корпус Б, офис 105
 Тел.: (843) 2 333 197, 2 333 198

e-mail: info.alfamp@mail.ru

Главный редактор:
 Альбина Габдулхаковна Гиниятуллина
 albinag2006@yandex.ru

Редактор:
 Елена Валерьевна Павлова
 amp-red@yandex.ru

Отдел рекламы:
 тел.: (843) 2 333 198/amp-albina@mail.ru

Дизайн и верстка:

Диана Шафикова
Журналисты:
 Елена Рычкова, Эмма Ситдикова
Корректор:
 Людмила Краснова

Отдел подписки и распространения:

тел.: (843) 2 333 197/amp-maxim@mail.ru
 Адрес типографии: ООО «Типография «А-Пресс»,
 г. Казань, ул. Фрунзе, д. 15
 Заказ № 13506
 Дата сдачи в печать: 23.06.2016
 Дата выхода: 31.06.2016
 Тираж: 30 000 экземпляров
Периодичность: ежемесячно
Распространяется бесплатно
 среди специалистов в области медицины

Свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ №ТУ16-01330 от 11.02.2015 г. выдано Управлением Федеральной службы по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций по Республике Татарстан (Татарстан).

Мнение редакции не всегда совпадает с мнением авторов. Исключительные (имущественные) права с момента получения материалов принадлежат редакции. Полная или частичная перепечатка материалов без письменного разрешения редакции не допускается. За содержание рекламных материалов ответственность несет рекламодатель. Все рекламируемые в журнале товары и услуги подлежат обязательной сертификации и лицензированию.

ЭПИЛЕПСИЯ И СХОДНЫЕ С НЕЙ СОСТОЯНИЯ В НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ



Богданов Энвер Ибрагимович

заведующий кафедрой неврологии и реабилитации ГБОУ ВПО КГМУ МЗ РФ, заслуженный врач РТ, член президиума Всероссийского общества неврологов, постоянный член проблемной комиссии Минздрава РФ «Эпилепсия. Пароксизмальные состояния», профессор, доктор медицинских наук

Эпилепсия занимает весомую долю в структуре неврологических заболеваний. Нередко данное заболевание трудно диагностируется. Это обусловлено тем, что манифестация эпилепсии может включать в себя не только традиционные и общеизвестные клинические проявления, но и иные состояния кратковременного изменения сознания, которые могут протекать и без судорог, а также судороги в определенной части тела, не сопровождаемые изменением сознания. Проявлений эпилепсии очень много, и квалифицированная неврологическая оценка данных клинического обследования больного должна быть основана на соответствующих знаниях в данной области. Об особенностях диагностических и терапевтических подходов к эпилепсии и сходным с эпилепсией состояниям рассказал заведующий кафедрой неврологии и реабилитации ГБОУ ВПО КГМУ МЗ РФ, заслуженный врач РТ, член президиума Всероссийского общества неврологов, постоянный член проблемной комиссии Минздрава РФ «Эпилепсия. Пароксизмальные состояния» профессор Энвер Ибрагимович Богданов.

— Что сегодня понимается под термином «эпилепсия»?

— Проявления эпилепсии гораздо более многогранны и масштабны, нежели очевидные признаки (падение, судороги, «пена у рта» и т.д.). Самая большая группа, с которой сталкивается врач в процессе дифференцирования диагноза, это псевдоэпилептические приступы, изменения сознания функционального характера, в большей степени относящиеся к области нейропсихиатрии. Вторая группа – нейрогенные и кардиогенные синкопальные состояния, то есть обмороки и обморокоподобные состояния.

В большинстве случаев эпилепсию необходимо дифференцировать от данных состояний, и это требует в том числе применения инструментальных методов исследования, таких как ЭЭГ-мониторирование, проведение титл-теста и других специальных диагностических методов. Для специалистов, интересующихся терминологией в сфере эпилепсии, нюансами диагностики и терапии данной патологии, издается специализированный журнал «Эпилепсия и пароксизмальные состояния», где публикуются все нововведения в данной области, в том числе терминологические и классификационные.

Следует различать эпилепсию как болезнь и эпилептический припадок как состояние головного мозга. У человека могут быть эпилептические припадки, но не быть эпилепсии (в то время как обратная связь невозможна). Эпилептический припадок без эпилепсии является спровоцированным состоянием, в то время как эпилепсия определяется как наличие неспровоцированных, возникших спонтанно приступов. В 2013 году Международная лига по борьбе с эпилепсией (ILAE) приняла рекомендации рабочей группы, меняющие практическое определение эпилепсии, согласно которой об эпилепсии можно говорить в случае неспровоцированного однократного эпилептического приступа, вызванного эпилептической активностью определенной части коры головного мозга.

Ранее такой вывод рекомендовалось делать при наличии в анамнезе двух спонтанных эпилептических приступов. Спровоцированные же приступы напрямую связаны с воздействием провоцирующих факторов – при их отсутствии не будут повторяться и приступы.

— Что может выступить в качестве подобных провоцирующих факторов?

— Это могут быть изменения электролитного обмена в организме, интоксикация и абстинентный синдром, инфекционный процесс, гипокальциемия, гипогликемия и гипергликемия, острое нарушение мозгового кровообращения, или инсульт, и т.д. Каждый из этих и многих других факторов необязательно влечет за собой возникновение эпилептоподобного состояния, однако при его развитии устранение причины становится условием прекращения приступа.

Конечно, у больных эпилепсией приступы также могут быть спровоцированы какими-либо эндогенными или экзогенными факторами. Однако для постановки диагноза «эпилепсия» в анамнезе у больного непременно должен быть один или несколько неспровоцированных приступов (хотя и здесь есть исключения: например, катамениальная эпилепсия,

при которой приступы возникают у женщин только непосредственно перед или во время менструации).

— Насколько актуальна проблема оказания помощи пациентам, страдающим эпилепсией?

— Если говорить о стационарной неврологической помощи, то данная проблема неотложная, поскольку в стационары доставляются больные с эпилептическим статусом. Под ним понимаются продолжающиеся более 30 минут эпилептические приступы, угрожающие жизни больного. Это состояние требует неотложной помощи, поскольку ее отсутствие или несвоевременность могут привести больного к смертельному исходу или к более тяжелой инвалидизации (во время статуса возникает нарушение кровообращения и дыхания, что ведет к вторичным поражениям головного мозга вплоть до его гибели).

Любой острый эпилептический приступ должен быть купирован. В случае первого эпизода эпилепсии пациент подлежит обязательной госпитализации. Больные с резистентной формой эпилепсии, с повторяющимися привычными приступами могут быть госпитализированы при угрозе развития эпилептического статуса. В иных случаях они проходят стационарное обследование и получают коррекционную терапию, которую затем продолжают по месту жительства под амбулаторным наблюдением невролога (эпилептолога).

Необходимо отметить, что для участкового невролога курирование таких больных составляет определенную сложность, поскольку он имеет представление о состоянии пациента только с его собственных слов, а рассказ больного зачастую лишен объективности, так как он не может наблюдать себя и помнить свое состояние во время приступа. Как правило, он транслирует врачу ту информацию, которую сам слышал от окружающих, наблюдавших этот приступ. Поэтому целесообразно посещение невролога, особенно в дебюте эпилепсии, в случаях детской эпилепсии вместе с родственниками больного. Свидетельства очевидцев помогут врачу выяснить, имел ли место действительно эпилептический приступ либо, например, это был просто обморок вследствие кратковременной гипоксии мозга (являющихся, к слову, одной из самых частых причин потери сознания).

— Чем определяется эффективность медикаментозной терапии при эпилепсии?

— Существует ряд действенных препаратов и иногда их комбинаций, однако мы не всегда имеем возможность их рекомендовать: противоэпилептические лекарственные средства являются довольно дорогостоящими, и многие из них не входят в список льготных лекарств. Поэтому, назначая пациенту лекарственные препараты, мы вынуждены учитывать его финансовое состояние. Второе, что мы должны учитывать, это побочные эффекты лекарственных средств: в ряде случаев негативные эффекты превосходят ожидаемую пользу от лечения (например, тяжелая кожная сыпь, ощутимо снижающая качество жизни больного даже при отсутствии эпилептических приступов).

Рекомендации по фармакотерапии даются с учетом вида эпилептических приступов и синдромоло-

гического диагноза. Это делает лечение наиболее этиотропным и позволяет избежать появления нежелательных эффектов или даже усиления приступов. Если невролог не обладает глубокими знаниями предмета, скорее всего, он назначит универсальный препарат с максимально ожидаемой пользой от лечения. Хотя и у нас, и за рубежом, существуют определенные алгоритмы лечения эпилепсии, учитывающие различные комбинации таких факторов, как глубина знаний лечащего врача, финансовое состояние пациента, особенности течения болезни.

— Произошли ли в подходах к лечению эпилепсии за последнее время какие-либо изменения?

— В России сегодня зарегистрировано более тридцати противоэпилептических препаратов. Новая генерация препаратов появляется почти каждый год, но это не изменяет курабельность эпилепсии в целом, поскольку традиционно порядка 15-20% больных имеют частично или полностью резистентную к фармакотерапии форму этого заболевания. Резистентность могла бы быть уменьшена, если бы у пациентов был доступ ко всем препаратам в период амбулаторного лечения и лечащие врачи имели опыт работы с каждым из этих препаратов. Поэтому необходимость консультирования специалиста-эпилептолога не вызывает сомнений, поскольку они занимаются не только диагностированием данной патологии, но и подбором препаратов по всем правилам в соответствии с установленным диагнозом, формой заболевания, возрастом пациента и так далее.

Как правило, в лечении пациентов с эпилепсией применяется моно- или дуотерапия. Отмечу, что примерно в 1-3% случаев больным с резистентной формой эпилепсии требуется хирургическое лечение, представляющее собой резекцию очага эпилептической активности в коре головного мозга. Установить форму и степень резистентности способен только врач-эпилептолог, владеющий знаниями об алгоритмах лечения эпилепсии. Однако врачей, которые бы имели соответствующую подготовку, к сожалению, не так много.

Поэтому целесообразной является более эффективная организация работы неврологов на местах, которая представляется как тесное взаимодействие невролога и эпилептолога, чтобы первый мог самостоятельно вести больного, обращаясь в случае необходимости к эпилептологу за консультацией, в том числе оперативно, по телефонной связи, и вместе с ним вырабатывая тактику наблюдения и лечения пациента. Например, в Великобритании у специалистов по субспециальности (детской неврологии, заболеваниям периферической нервной системы, нейроурологии, тикам и др.) раз в неделю организован прием пациентов по направлениям других врачей, которые, предоставляя выписку из истории болезни, задают коллеге вопрос о выработке терапевтической тактики. И узкий специалист, таким образом, консультирует не больного, а его лечащего врача, что в плане эффективности оказывается гораздо результативнее. Подобное взаимодействие специалистов наилучшим образом сказывается на лечебно-диагностических результатах.

Елена Рычкова