

Неудовлетворенность результатами лечения, понимание основных причин послеоперационных осложнений привело к появлению пункционных методик: хемонуклеолиз, лазерная или холодно плазменная нуклеопластика, чрескожная нуклеотомия. Но стоит отметить, что минимально инвазивные методы улучшают результаты хирургического лечения в основном в ближайшем послеоперационном периоде, но не решают в достаточной мере проблему рецидивов болевого синдрома в отдаленном периоде [4, 5, 6].

Таким образом, анализ литературных данных о результатах хирургических методов лечения показал, что, к сожалению, на сегодняшний день не существует 100 % эффективного и универсального способа. Каждый из них имеет свои преимущества и недостатки.

Выводы

Специфика дегенеративных поражений позвоночника диктует необходимость дифференцированного подхода к их хирургическому лечению. Результаты хирургической коррекции дегенеративных поражений позвоночного столба зависят от правильного определения топографии патологического субстрата клинической симптоматики, его структуры и адекватного выбора оперативной методики, обеспечивающей полноценную декомпрессию корешков спинного мозга и (или) стабилизацию пораженного отдела позвоночника на принципе минимальной хирургической достаточности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сравнительный анализ эффективности эндоскопической, микрохирургической и микрохирургической эндоскопической асистенцией дискэктомий в лечении пациентов с грыжами поясничных межпозвонковых дисков / В. А. Бывальцев [и др.] // Вопросы нейрохирургии. — 2010. — Т. 8, Вып. 4. — Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии СО РАМН. — Иркутск, 2010. — С. 20–26.
2. Эрдынеев, К. Ц. Послеоперационный рубцо-спаечный эпидурит / К. Ц. Эрдынеев, В. А. Сороковиков, С. Н. Ларионов // Бюллетень ВСНЦСОРАМН. — 2011. — Т. 80, Вып. 4. — Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии СО РАМН. — Иркутск, 2011. — С. 243.
3. Современные проблемы хирургического лечения дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника / С. К. Акшулаков [и др.] // Нейрохирургия и неврология Казахстана. — 2013. — Т. 30, Вып. 1. — Республиканский научный центр нейрохирургии. — Астана, 2013. — С. 7–16.
4. Азизов, М. Ж. Результаты анализа дискэктомии у больных с поясничным остеохондрозом / М. Ж. Азизов, А. Е. Симонович, Х. А. Нуралиев // Гений ортопедии. — 2010. — Вып. 1. — НИИ травматологии и ортопедии МЗРУ. — Новосибирск, 2010. — С. 60.
5. Боков, А. Е. Минимально инвазивные методы в дифференцированном лечении болевых синдромов, обусловленных дегенеративными заболеваниями поясничного отдела позвоночника / А. Е. Боков // Научно-исследовательский институт нейрохирургии РАМН. — М., 2010. — С. 3–4.
6. Современные проблемы хирургического лечения дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника / С. К. Акшулаков [и др.] // Нейрохирургия и неврология Казахстана. — 2013. — Т. 30, Вып. 1. — Республиканский научный центр нейрохирургии. — Астана, 2013. — С. 7–16.

УДК 616.8-051:613.79

ИНСОМНИЯ В ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА-НЕВРОЛОГА

Гостев Р. О., Правдиков В. А., Симакова Ю. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. Н. Усова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Самой распространенной формой нарушения сна является инсомния, представляющая собой расстройство сна, для которого характерны недостаточная продолжительность сна, трудности с засыпанием и поддержкой сна, а также неудовлетворенность его качеством. Среди популяции в Республике Беларусь инсомнией страдают более 40 % населения. Женщины в 1,5 раза чаще сталкиваются с данным расстройством, чем мужчины, а люди пожилого возраста в 2 раза чаще, чем средняя возрастная категория [1].

Цель

Провести анализ научной литературы по вопросу инсомний в неврологической практике.

Материал и методы исследования

Для анализа использована научная литература, посвященная инсомниям.

Результаты исследования и их обсуждение

В этиологии инсомний значимую роль отводят следующим факторам: стрессы, неврозы, прием некоторых лекарственных препаратов (антидепрессантов, психостимуляторов, альфа-адреномиметиков, гипотензивных и гиполипидемических средств, а также некоторых бронходилататоров, противовирусных и антибактериальных препаратов), сменная работа (преимущественно подвержены лица, которые работают в ночное время суток), внешние факторы (шум, свет), смена часовых поясов, а также соматические и эндокринные заболевания (инфаркт миокарда, стенокардия, цереброваскулярная недостаточность, гастроэзофагальный рефлюкс и др.). Следует отметить, что синдром беспокойных ног является одной из причин инсомнических расстройств. У 70 % пациентов, страдающих синдромом беспокойных ног, наблюдаются нарушения сна в виде инсомнии. Помимо этого, причиной инсомнии могут быть и органические поражения мозговых структур, которые задействованы в развитии данного расстройства (опухоли, абсцессы, гематомы в головном мозге). Среди инсомнических расстройств выделяют следующие виды: пресомнические, интрасомнические и постсомнические нарушения. К пресомническим нарушениям имеют отношение трудности с засыпанием, которые приводят к «боязни постели» и развитию тревожных состояний, вызванных чувством невозможности выполнения своих социальных функций в виду нехватки сна. Засыпание может длиться около двух часов, при этом пациента тревожат различные мысли и внешние факторы в виде шума, вибрации. Интрасомнические нарушения выражаются в виде частых ночных пробуждений, которые нарушают полноценный сон. У данных пациентов низкий порог пробуждения, которое могут спровоцировать как внешние факторы, так и внутренние факторы (кошмарные сновидения). Постсомнические нарушения характеризуются поверхностным сном, ранним утренним пробуждением, следствием которого являются снижение работоспособности, дневная сонливость, апатия, усталость [2]. Существует три клинических формы инсомнии: острая, хроническая и неуточненная. Острая форма характеризуется бессонницей, которая длится не более трех месяцев. Она классифицируется как первичная и вторичная. Первичная острая инсомния возникает как адаптация к стрессу или к окружающей обстановке. Она выражается в виде пресомнических нарушений и может хронизироваться, если не начать своевременную терапию. Вторичная острая инсомния развивается на фоне существующих патологий (чаще это психические заболевания, такие как депрессия и неврозы). Отличительной особенностью хронической формы инсомнии является наличие нарушения сна не менее трех месяцев, при этом присоединяются интрасомнические и постсомнические нарушения. Также хроническая форма имеет собственную классификацию: психофизиологическая (развивается в результате сопутствующих психологических нарушений: «боязнь постели» и фобии), идиопатическая (причина неизвестна; нет периодов обострения и спада), детская поведенческая (возникает в раннем детском возрасте в результате стресса или смены обстановки), инсомния при психических расстройствах (формируется при неврозах и депрессиях), инсомния при заболеваниях внутренних органов (развивается при инфаркте миокарда, панкреатите, нарушениях мозгового кровообращения и др.), а также инсомния, развивающаяся на фоне приема лекарственных препаратов (описанные выше) [2, 3]. Среди источников нарушения сна особая роль отводится гиперактивации мозговых областей: ретикулярной формации, гипоталамуса, таламуса, миндалина мозжечка, гиппокампа, островковой и передней частей поясной

извилины и префронтальной коры головного мозга. Данные структуры отвечают за формирование эмоционального и когнитивного компонентов, которые принимают участие в развитии инсомний. Помимо этого, у пациентов отмечается увеличение активности симпатической системы, гиперсекреция адренокортикотропного гормона и кортизола, а также происходит нарушение метаболизма моноаминов и мелатонина [1]. Особую роль отводят эпифизу, который вырабатывает эндогенный мелатонин. Известно, что данный гормон начинает активно синтезироваться в вечернее время и оказывает снотворный эффект. При повышении концентрации гормона уменьшается время засыпания. Соответственно, при нарушении метаболизма мелатонина в организме происходит сбой в цикле сон-бодрствование [4]. Для диагностики инсомнии используют следующие принципы: оценка профессиональной деятельности, особенности клиники, выявление сопутствующих патологий, лекарственный анамнез, холтер-электроэнцефалография, биохимический анализ крови (определение уровня АКТГ, кортизола и мелатонина), но следует отметить, что золотым стандартом является полисомнографическое исследование. Кроме того, используются такие методы диагностики как КТ и МРТ, которые могут выявить органические поражения в областях мозга, принимающих участие в развитии инсомний [5]. Для диагностики инсомний в городе Гомеле Республики Беларусь открыт медицинский центр «Ваш семейный врач», который занимается расстройствами сна, используя полисомнографическое исследование и холтер-энцефалографию. Врачи-сомнологи медицинского центра проводят консультации, необходимые исследования и терапию, улучшая качество жизни человека.

Выводы

Цикл сон-бодрствования у пациентов с инсомнией отличается нестабильностью, в результате этого нерегулярный режим вызывает снижение концентрации внимания, повышенную утомляемость, слабость и апатию. Главной целью врача является выявление данного расстройства и его коррекция для полной стабилизации цикла сон-бодрствование, а также устранение этиологического фактора.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Стрыгин, К. Н.* Инсомния / К. Н. Стрыгин, М. Г. Полуэктов // Медицинский совет. Неврология. — 2017. — № 2. — С. 52–58.
2. *Ляшенко, Е. А.* Расстройства сна в клинической практике / Е. А. Ляшенко, О. С. Левин // Современная терапия психиатрии и неврологии. — 2017. — № 1. — С. 22–28.
3. *Водовозов, А. В.* Современные возможности лечения и профилактики инсомнии / А. В. Водовозов // Ремедиум. Нозологии. — 2015. — № 16. — С. 16–22.
4. *Преображенская, И. С.* Расстройства сна и их значение в развитии когнитивных нарушений / И. С. Преображенская // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. — 2013. — № 4. — С. 49–53.
5. *Полуэктов, М. Г.* Расстройства сна в амбулаторной практике врача / М. Г. Полуэктов, Л. М. Борискина // Медицинский совет. Неврология. — 2015. — № 17. — С. 68–76.

УДК 616.89:[61:378-057.875](476.2-25)

ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ СТУДЕНТОВ ГОМЕЛЬСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Губко А. Ю., Грибанова В. С.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. Н. Усова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В условиях экономической и социальной нестабильности современной жизни студенческая молодежь испытывает мощное негативное воздействие окружающей среды и