

- Факторы внешней среды
- Генетические
- Инфекционные
- Гормональные

К факторам внешней среды относят: географическое положение и дефицит витамина D. Так же сейчас активно дискутируют о таких факторах как: состав воды и почвы (недостаточность в них микроэлементов – меди, кобальта, марганца, цинка, йода), продукты питания (употребление в пищу большого количества животных жиров), освещенность (инсоляция) и т. д.

В пользу влияния географического положения на развитие рассеянного склероза говорит неравномерное его распространение по миру. Регионы по уровню заболеваемости можно разделить на 3 категории:

1. с высоким уровнем заболеваемости (30 и более случаев на 100000 населения): Северная и Средняя Европа, север США, Южная Австралия и Северная Зеландия

2. со средним уровнем заболеваемости (5-29 случаев на 100000 населения): Южная Европа, юг США, Южная Америка, Северная Австралия, северные Скандинавские страны

3. с низким уровнем заболеваемости (менее 5 случаев на 100000 населения): Африка, Азия, Аляска, Гренландия, Карибские острова.

В Ставропольском крае распространенность рассеянного склероза так же не равномерна. Основная часть больных, а именно 70-80 %, сконцентрирована на Ставропольском плато.

В последнее время все чаще обсуждается содержание витамина D в крови больных рассеянным склерозом, так как витамин D влияет на иммуномодуляцию и клеточную дифференциацию. У многих больных рассеянным склерозом содержание витамина D в крови не превышает 25 нмоль/л, в то время как в норме его содержание не менее 80 нмоль/л.

По многочисленным данным полученным при проведении популяционных, генеалогических и близнецовых исследований была выяснена генетическая предрасположенность к рассеянному склерозу. Так, например, известно, что люди, у которых есть близкие родственники, страдающие рассеянным склерозом, болеют данным заболеванием в 10-20 раз чаще.

По данным генетических и хромосомных исследований, одной из генетических детерминант являются гены HLA на 6-й хромосоме, которые необходимы для распознавания чужеродных веществ Т-лимфоцитами. Предрасположенность к рассеянному склерозу связывают так же с аллелем HLA-DR2 HLA класса II и соответствующим гаплотипом HLA-DRB1*4501, HLA-DQA1*0102, HLA-DQB1*0602. Попытки более точно уточнить локализацию генетического дефекта на участке DR-DQ были безуспешными, так как гены в этой области сильно сцеплены. Так же в развитии рассеянного склероза было выявлено участие следующих генов: гены β-цепи антигенраспознающих рецепторов Т-лимфоцитов на 7-й хромосоме, гены тяжелых цепей иммуноглобулинов на 19-й хромосоме и ген основного белка миелина на 18-й хромосоме.

У 70-80% больных началу заболевания предшествовала тонзиллогенная инфекция, что в свою очередь указывает на инфекционный генез рассеянного склероза. В пользу инфекционной природы рассеянного склероза говорит и повышенный титр антител ко многим вирусам в ликворе больных. Выделены антитела к следующим вирусам: кори, простого герпеса, ветряной оспы, краснухи, Эпштейна Барр, цитомегаловируса, гриппа С, некоторым штаммам вируса парагриппа.

Тот факт, что женщины страдают рассеянным склерозом чаще мужчин, дает повод думать и о роли гормональных факторов в развитии рассеянного склероза. В сыворотке крови женщин больных рассеянным склерозом содержание тестостерона ниже, чем у здоровых женщин. А у мужчин была выявлена зависимость между концентрацией эстрадиола и степенью повреждения ткани мозга.

Не смотря на то, что женщины болеют чаще, у мужчин течение рассеянного склероза, как правило, более агрессивное и имеет неуклонно прогрессирующее течение.

Хотя патогенез рассеянного склероза до конца не известен, благодаря исследованиям в области молекулярной биологии, иммунологии, биохимии и генетики позволили подтвердить роль иммунной аутоагрессии, при которой происходит повреждение миелина.

Поступающий в организм человека антиген, провоцирует активацию Т-лимфоцитов. Активированные Т-лимфоциты, за счет адгезивных молекул прикрепляются к рецептору на эндотелиальной клетке и проникают через гематоэнцефалический барьер. После прохождения через гематоэнцефалический барьер запускается реакция антиген-антитело, что ведет к повреждению олигодендроцитов и миелина. Таким образом, происходит демиелинизация нервных волокон. В свою очередь демиелинизация нервных волокон, влечет за собой высвобождение цитокинов таких как: g-интерферон, фактор некроза опухоли α, лимфотоксин, активные формы кислорода, макрофаги.

Вывод. В настоящее время этиология и патогенез рассеянного склероза изучены недостаточно. Развитие исследований в данной области позволит лучше понять механизм развития заболевания, что даст возможность, воздействуя на звенья патогенеза, проводить эффективное лечение.

ГИПОКСИЧЕСКАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ – СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ

Мулалиев Р.А., Шевченко П.П., Карпов С.М.

Ставропольский государственный медицинский
университет, Ставрополь,
e-mail: renat-mulaliev@yandex.ru

Актуальность. Гипоксические поражения мозга у новорожденных детей представляют собой одну из самых актуальных проблем неврологии. Это связано с высокой распространенностью патологии, значительным уровнем летальности, высоким риском, формирования инвалидности. Согласно исследованиям ряда зарубежных авторов, гипоксическая энцефалопатия у доношенных новорожденных встречается с частотой 1,8 – 6:1000, в то же время Российские эпидемиологические исследования свидетельствуют, что частота постановки данного диагноза достигает 712: 1000 детей до 1 года. До 36% детей, перенесших гипоксию в родах, имеют в дальнейшем задержку развития или двигательные нарушения различной степени тяжести. В структуре детской инвалидности поражения нервной системы составляют около 50%.

Цель исследования. Проанализировать и доказать пригодность использования современных методов диагностики и лечения гипоксической энцефалопатии.

Материалы и методы. В анализе данной проблемы были использованы многочисленные книжные пособия, энциклопедии, электронные ресурсы.

Результаты и обсуждение. Проанализировав источники по данному вопросу, было выяснено, что нет какого-либо специфического теста, который мог бы подтвердить или исключить гипоксическую эн-

цефалопатию. Диагноз основывается на анамнезе и данных физикального исследования. Цель всех лабораторных методов – оценить степень тяжести повреждения мозга и контролировать функциональное состояние жизненно-важных систем.

Было доказано, что настоящее время используются следующие методы диагностики гипоксической энцефалопатии: исследование электролитного состава крови, нейросонография, компьютерная томография, ядерная магнитная резонанс – спектроскопия, электроэнцефалография, скрининговое исследование слуха, офтальмологический осмотр с исследованием глазного дна.

Выяснили, что наиболее действенными методами лекарственной терапии являются: антиконвульсантная, дегидротационная, сосудистая, антиоксидантная, и что наиболее действенными являются препараты, снижающие проницаемость сосудов, улучшающие тканевую метаболизм сердечной мышцы и корректирующие гомеостаз и гиповолемию.

Заключение: Диагностика и лечение гипоксической энцефалопатии, является одной из самых животрепещущих тем современной медицины. Для лечения гипоксической энцефалопатии рекомендовано использование препаратов ноотропного ядра, антиагреганты, липотропные соединения, биостимуляторы, антиконвульсанты.

Список литературы

1. Айрапетян Л.А., Купаева В.А., Карпов С.М., Шевченко П.П. – Печеночная энцефалопатия: эффективность комплексной терапии: Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2012. № 1. С15-15.
2. Байчорова А.Э., Байчоров М.Э., Карпов С.М., Шевченко П.П. – Эффективность препарата «Мексикор» в лечении больных сахарным диабетом с диабетической энцефалопатией: Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2012. № 1. С18-18.
3. Гипоксическая энцефалопатия – методы диагностики и лечения [Электронный ресурс] URL: <http://www.rusmedserver.ru/neonatalogia/116.html> (дата обращения 15.10.2013).

НАРУШЕНИЕ ВИБРАЦИОННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

Ноговицына С.А., Монастырев Г.Н.

СВФУ им. М.К. Аммосова, Якутск, e-mail: saxaja@bk.ru

Рассеянный склероз (РС) – хроническое прогрессирующее рецидивирующее воспалительно – дегенеративное заболевание центральной нервной системы, которое клинически проявляется рассеянной органической неврологической симптоматикой, патоморфологически – очагами воспаления и демиелинизации с последующим образованием склеротических бляшек в веществе головного и/или спинного мозга [Лихачев С.А. 2009].

Актуальность. РС является распространенным заболеванием в нашей республике, на сегодня распространенность составляет 14,2, заболеваемость 1,4 на 100 000 населения. Среди лиц славянской этнической группы эти показатели 25,8 и 1,8, а у якутов – 4,2 и 0,4. [Мишурова А.Р. 2008].

Цель: исследовать нарушения вибрационной чувствительности у больных РС с помощью паллестезиометрии.

Задачи исследования: 1. Освоить метод паллестезиометрии; 2. Провести исследование вибрационной чувствительности у больных РС; 3. Проанализировать нарушение вибрационной чувствительности в зависимости от типа течения, стажа заболевания.

Материал и методы исследования: проведено исследование вибрационной чувствительности методом паллестезиометрии аппаратом «Вибротестер-02-1» 10 больным (8 женщин и 2 мужчин) с достоверным

диагнозом Рассеянный склероз согласно критериям Мак-Дональда, получавших лечение в неврологическом отделении РБ № 2-ЦЭМП.

Результаты: Из 10 больных по этнической принадлежности было 8 русских и 2 якута. Средний возраст больных составил 40,8 лет. Возраст дебюта в среднем был 31,8(±2,86) лет. Продолжительность заболевания составила 7,6(±1,9) лет. Средней балл по шкале EDSS составил 4,4(±0,12). По течению РС у 4 пациентов выявлялся вторично-прогредиентный тип, у 6 – ремитирующий.

По данным паллестезиометрии нарушение вибрационной чувствительности выявлено в 100% случаев, в 8 случаев по типу повышения порога чувствительности, у двух – снижения. У всех пациентов отмечалось нарушение вибрационной чувствительности на всех частотах (8; 16; 32; 63; 125; 250; 500 Гц). Не выявлено зависимости от типа течения, стажа заболевания и пола.

Заключение. Таким образом, нарушение вибрационной чувствительности является ведущим симптомом РС, вносящим вклад и в нарушение поддержания равновесия. Встречается у всех больных независимо от стажа болезни, типа течения заболевания. Паллестезиометрия является основным методом объективизации нарушений глубокой чувствительности.

Научные руководители: к.м.н., доцент кафедры неврологии и психиатрии Попова Т.Е., к.м.н., доцент кафедры неврологии и психиатрии Конникова Э.Э.

ПСИХИЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНЫХ С ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ТРАВМОЙ

Пирмухаметова А.Т.

Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Ставрополь,
e-mail: aigul.pirmuhametova@yandex.ru

Актуальность. С каждым годом в нашей стране неуклонно возрастает травматизм (до 6% в год). Большинство пострадавших получают травмы в драке и при ДТП. Н.М. Михельсон указывает, что из 4770 пострадавших с челюстно-лицевой травмой 81% были в возрасте от 15 до 40 лет, т.е. в наиболее трудоспособном возрасте. Повреждение мягких тканей лица по данным П.З. Аржанцева составляет около 22%. Вследствие близости костей лица к мозговому черепу и, участия костей лицевого скелета в образовании основания черепа, нередко у пострадавших возникают черепно-лицевые повреждения, т.е. сочетанные. Известно, что повреждения челюстно-лицевой области вызывают у человека весьма тяжелые душевные переживания. Уродство лица пациент переносит гораздо тяжелее, чем потерю периферической части тела. Лицо для человека – это его связующий узел в социальных взаимоотношениях. Через лицо люди передают свои эмоции, свое внутреннее и внешнее мироощущение. И, следовательно, обезображивание лица человек переживает как глубокое потрясение основ личности.

Цель исследования. Оценить психоэмоциональное состояние больных с челюстно-лицевой травмой.

Методы исследования. В исследовании принимало участие 14 больных с той или иной деформацией челюстно-лицевой области. С врожденной деформацией был 1 человек, с приобретенной – 13 человек. Из 14 обследуемых было 8 мужчин и 6 женщин. Больные проходили лечение в отделениях сочетанной травмы и челюстно-лицевой хирургии МБУЗ «Городской клинической больницы скорой медицинской помощи» г. Ставрополя. Проводилось анкетирование с помощью двух видов опросников: 1) Клинический