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, скриниговое 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 тканевой 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 демиеленизации 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. [Минурова 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, участии 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 внутренне 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

опросник для выявления и оценки невротических состояний. Применяется для выявления и оценки невротических состояний. Тест разработали К.К. Яхин и Д.М. Менделевич. Тест предназначен для качественного анализа невротических проявлений и позволяет выявить основные синдромы невротических состояний по следующим шести шкалам: тревога, невротическая депрессия, астения, истерический тип реагирования, депрессивно-фобические нарушения (навязчивости), вегетативные нарушения. Опросник содержит 68 вопросов. Испытуемому предлагается оценить свое текущее состояние по пятибалльной системе: 5 баллов – никогда не было, 4 балла – редко, 3 балла – иногда, 2 балла – часто, 1 балл – постоянно или всегда. Суммируют диагностические коэффициенты по шести шкалам и выстраивают график. Показатель больше +1,28 указывает на уровень здоровья, меньше – 1,28 – болезненный характер выявляемых расстройств. 2) Методика самооценки эмоциональных состояний (А. Уессман, Д. Рикс). Методика, разработанная американскими психологами А. Уэссманом и Д. Риксом, применяется для самооценки эмоциональных состояний и степени бодрствования. Измерение в этой методике производится в десятибалльной (стеновой) системе. Если сумма баллов от 26 до 40, то испытуемый высоко оценивает свое эмоциональное состояние, если от 15 до 25 баллов, то средняя оценка эмоционального состояния и низкая – если от 4 до 14 баллов.

Результаты исследования. По результатам теста А. Уессмана и Д. Рикса было выявлено, что только 2 больных низко оценивают свое эмоциональное состояние, средняя оценка была у 9 больных и высокая оценка у 3. Анализируя результаты обследования по опроснику К.К. Яхина и Д.М. Менделевича, следует отметить высокий уровень тревоги у больных (у 9 человек). Наряду с тревогой у больных отмечались психоэмоциональные расстройства, проявляющиеся невротическими состояниями (4 человека), депрессивными реакциями (6 человек) с тенденцией к переходу в патологическое развитие личности, которое влияет на всю дальнейшую жизнь человека. При сопоставлении симптоматики нервно-психических нарушений с динамикой соматических расстройств была выявлена зависимость степени выраженности психических проявлений от тяжести челюстно-лицевой деформации и ее последствий. У 3 больных без психопатологических проявлений была выявлена нормальная реакция на полученную травму и деформацию. Также по результатам тестирования женщины с челюстно-лицевой деформацией по сравнению с мужчинами были более психотравмированными. У них невротические расстройства оказались значительно более выражены. У единственной больной с врожденной патологией уровень тревоги оказался минимальным и невротические расстройства были минимальны и практически не проявлялись. По поводу этого ряд ученых высказывает мнение, что психические нарушения, сопровождающие врожденные уродства лица, по своим клиническим особенностям отличаются от психических расстройств, обусловленных косметическим дефектом, возникшим в результате механической травмы. В случае врожденного уродства они появляются у детей младшего школьного возраста обычно при насмешках и замечаниях по поводу их внешности со стороны сверстников. Эти болезненные состояния в виде невротических реакций являются следствием психотравмирующих ситуаций и быстро проходят. Психические расстройства у ребят старшего возраста и у взрослых более выражены. Они характеризуются астеническими, депрессивными и фобическими симптомами и их сочетаниями. При механических травмах с обширным косметическим дефектом наблюдаются психогенные реакции с аффективно-шоковым компонентом, сменяющимся депрессивными и астено-депрессивными реакциями, а иногда и суицидальными тенденциями.

Вывод. По результатам данного исследования и исследования других авторов на данную тему было выявлено, что лечение больных с поражениями челюстно-лицевой области вызывает большие трудности и требует дополнительных мероприятий по организации психологической реабилитации.

Список литературы

1. Афанасьев В.В. Травматология челюстно-лицевой области. – ГЭОТАР-Медиа, 2010. – С. 256.
2. Шаргородский А.Г., Стефанцов Н.М. Повреждение мягких тканей и костей лица, 2000. – С. 239.
3. Колупаев Г.П. Нервно-психические нарушения при челюстно-лицевых повреждениях // Военный медицинский журнал. 1986. № 8. С. 24-27.
4. Христофорандо Д.Ю., Карпов С.М., Батурин В.А., Гандылян К.С. Особенности течения сочетанной челюстно-лицевой травмы. – Институт стоматологии, 2013. № 2. С.59-61.
5. Христофорандо Д.Ю., Карпов С.М. Сочетанная травма челюстно-лицевой области. Вопросы диагностики. Нейрофизиологические аспекты // Российский стоматологический журнал, 2011. № 6. С. 23-24.
6. Христофорандо Д.Ю. Анализ распространенности, диагностики и лечения сочетанной челюстно-лицевой травмы // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2011. № 3. С.36-37.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ

Потапова И.Г., Диденко Н.Н., Денисюк В.В., Карпов С.М.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, e-mail: irishka931805@yandex.ru

Актуальность рассеянного склероза определяется его распространенностью.

Рассеянный склероз является самым распространенным, после черепно-мозговой травмы, органическим поражением центральной нервной системы среди лиц молодого возраста

При этом в последние годы отмечается рост заболеваемости рассеянным склерозом. Это обусловлено с одной стороны – усовершенствованием методов диагностики, с другой – с увеличением продолжительности жизни больных рассеянным склерозом, вследствие определенных успехов в лечении рассеянного склероза. Но также отмечается рост и абсолютного числа заболевших рассеянным склерозом.

Рост абсолютного числа заболевших рассеянным склерозом обусловлен все большим распространением в популяции иммунных нарушений, увеличение уровня которых, в свою очередь, связывают с нарастающим воздействием различных неблагоприятных факторов внешней среды и нарушением нормального образа жизни (загрязнение вследствие промышленных выбросов, ухудшение качества продуктов, скученность населения в переполненных городах и все больший отрыв людей от природы – от естественной среды обитания, нарушения нормального режима труда и отдыха).

Расширяются и возрастные рамки рассеянного склероза. Если еще несколько лет назад в руководствах по нервным заболеваниям указывалось, что рассеянный склероз редко развивается до подросткового возраста и заболеваемость рассеянным склерозом стремительно снижается после 35 лет, то в настоящее время типичным возрастом, в котором дебютирует рассеянный склероз считается возраст от 10 до 59 лет. Описаны случаи возникновения рассеянного склероза в 2 года и после 70 лет.