зультаты, что дает возможность говорить об успешности коррекционных методик, прилагаемых к когнитивным дисфункциям [4].

Вывод

Когнитивные нарушения могут быть единственным или доминирующим симптомом при рассеянном склерозе, поэтому им должно уделяться столько же внимания, как и остальным симптомам. В настоящее время поиск путей стабилизирующих механизмы психоэмоциональной сферы становится все более актуальным, но испытанные препараты пока не обладают достаточной эффективности, чтобы полностью купировать эти проявления. Этот факт указывает на то, что необходимо разрабатывать новые и более совершенные методики коррекции когнитивных нарушений.

Список литературы

1. Шевченко П.П., Карпов С.М., Рзаева О.А., Янушкевич В.Е., Конева А.В. Рассеянный склероз: этиопатогенез с позиции современной науки // Успехи современного естествознания. – 2014. – №6. – С. 121.

2. Карпов С.М., Батурин В.А., Тельбух В.П., Францева А.П., Белякова Н.А., Чичановская Л.В. Аутоантитела к основному белку миелина и их роль при демиелинизирующих процессах // Клиническая неврология. – 2013. – № 3. – С. 16-19.

3. Пажигова З.Б., Карпов С.М., Белякова Н.А., Шевченко П.П., Каширин П.П. Клинико-неврологическая характеристика больных с рассеянным склерозом с учетом тяжести состояния // Фундаментальные исследования. – 2014. – №7-4. – С. 771-775.

4. Шевченко П.П. Распространенность и клиническая характеристика рассеянного склероза в ставропольском крае: автореф. … канд. мед. наук. – Новосибирск, 1992.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА: ОСТРЫЙ РАССЕЯНЫЙ ЭНЦЕФАЛОМИЕЛИТ И РАССЕЯНЫЙ СКЛЕРОЗ

Гайтукаева Х.М., Шевченко П.П.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия, e-mail: hadigaitukaeva@gmail.com

В статье рассмотрена дифференциальная диагностика рассеянного склероза с острым рассеянным энцефаломиелитом. Так как рассеянный склероз является одной из наиболее значимых проблем современной неврологии. Повышенное внимание к проблемам рассеянного склероза связано не только с тем, что этим заболеванием страдают в большинстве своем молодые люди, ведущие активную трудовую деятельность и социальную жизнь, но и неуклонным увеличением числа пациентов с этой патологией.

Ключевые слова: рассеянный склероз, острый рассеянный энцефаломиелит, склеротические бляшки, множественные периваскулярные очаги демиелинизации.

Рассеянный склероз (РС) – хроническое аутоиммунное заболевание центральной нервной системы (ЦНС), для которого характерна многосимптомность, преимущественное вовлечение пирамидной и мозжечковой систем, прогрессирующее или ремиттирующее течени. Сходная клиническая картина и патогенез объединяет РС и ОРЭМ. При данных заболеваниях в неврологическом статусе констатируют парезы нижних конечностей, атаксию, поражения черепных нервов, расстройства координации движений, нарушение чувствительности и функций тазовых органов, эпилептические припадки. Кроме того, эти заболевания близки и тем, что они относятся к числу многоочаговых многосимптомных поражений, что в основе демиелинизирующего процесса лежит иммунное воспаление и они имеют схожие критерии ЦСЖ. Однако при РС рано или поздно выявляется триада Шарко, пентада Марбурга, диссоциация симптомов.

Говоря о различиях, следует начать с дебюта этих заболеваний. Так, РС начинается, как правило, постепенно, малозаметно для больных, среди полного здоровья или после острых инфекций, интоксикаций, травм. Проявляется в молодом и среднем возрасте (20-45 лет). Женщины болеют в 7 раз чаще, чем мужчины.

Ранние симптомы болезни: утомляемость ног к концу дня, расстройства вестибулярных функций и чувствительности (парастезии, боли) или преходящее снижение зрения с быстрым (через несколько часов или суток) его восстановлением, обратимые симптомы поражения ЦНС – признаки пирамидной недостаточности (патологические рефлексы Бобинского, Россолимо, гиперрефлексия), тазовые нарушения (императивные позывы или трудности мочеиспускания), атаксия. Характерно волнообразное течение в первые 5-7 лет болезни (иногда до 12 лет), в связи с чем свойственна длительная сохранность функциональной активности. Обострения могут возникать спонтанно, однако нередко их провоцируют вирусные инфекции. Первоначально обострения могут заканчиваться полным спонтанным регрессом симптомов (ремитирующее течение). Но с каждым новым обострением, восстановление становится все менее полным, что приводит к «накоплению» неврологического дефекта и постепенной инвалидизации больного. У значительной части больных возникают психические нарушения, в частности снижение памяти, нарушение внимания, депрессия, которая по мере нарастания объема пораженной мозговой ткани может сменяться эйфорией. Большинство больных жалуются на повышенную утомляемость, которая на ранней стадии заболевания может быть основным фактором, ограничивающим жизнедеятельность больного.

Один из патогномоничных симптомов – отсутствие брюшных рефлексов. Описаны характерные для РС комбинации симптомов. Сочетание нистагма, интенционного дрожания, скандированной речи, известно как триада Шарко (встречается у 30% больных). Нистагм, нижний спастический парапарез, интенционный тремор, отсутствие кожных брюшных рефлексов и битемпоральной деколорации дисков зрительных нервов называют пентадой Марбурга (встречается у 75% больных). Диссоциации характерные для РС: небольшая степень пареза и грубые пирамидные симптомы, низкий коленный рефлекс и клонусы стоп, патологические рефлексы и мышечная гипотония, различная выраженность симптомов в течение дня. К характерным признакам РС на МРТ являются склеротические бляшки и очаги микронекрозов со слабой воспалительно-сосудистой реакцией вокруг. Лечение направлено на установление продолжительной ремиссии, применяют симптоматическую терапию для улучшения качества жизни.

Острый рассеянный энцефаломиелит (ОРЭМ) – нейроинфекционное воспалительное заболевание ЦНС, для которого типичны острое начало, лихорадка, многосимптомность. Для ОРЭМ не свойственно хроническое течение («диссеминация во времени»), развивается вторичная демиелинизация. Основу патологического процесса при ОРЭМ составляют множественные периваскулярные очаги демиелинизации, очаговая сосудисто-воспалительная реакция с участием микроглии. Строение очагов такое же, как и при рассеянном склерозе, но воспалительные изменения и отек выражены больше, чем реактивная пролиферация астроглии. В меньшей степени поражаются олигодендроциты. Локализация процесса разнообразна – белое вещество больших полушарий, мозгового ствола, спинного мозга. Могут выявляться изменения

в корешках и периферических нервах по типу периаксиального демиелинизирующего процесса.

ОРЭМ является следствием перенесенного инфекционного заболевания (бактериального или вирусного – ветряная оспа, корь, краснуха, грипп) или вакцинации (чаще против бешенства, коклюша). Заболевание начинается остро, часто имитируя острую респираторную инфекцию. В некоторых случаях наблюдается подострое развитие в течение нескольких недель. Появляются общемозговые симптомы, лихорадка, очаговая неврологичекая симптоматика (парезы, поражения черепных нервов, атаксия, нарушения чувствительности и функций тазовых органов), психомоторное возбуждение, парестезии. Обычно имеются умеренные менингеальные знаки. На МРТ выявляются множественные, обширные, часто сливные очаговые изменения без смещения срединных структур мозга. В некоторых случаях доминируют симптомы поражения того или иного отдела ЦНС. Заболевание прогрессирует на протяжении нескольких дней, реже недель и в тяжелых случаях ведет к летальному исходу. При своевременной диагностике, заболевание поддается лечению, у больных начинается восстановление функций, которые продолжаются в течение нескольких месяцев. У 30-50% больных отмечается полное восстановление утраченных функций, в остальных случаях формируется более или менее выраженный остаточный дефект в виде парезов, атаксии, тазовых расстройств, нарушения памяти и речи, деменции и пр.

Список литературы

1. Штульман Д.Р., Левин О.С. Нервные болезни: учебник. – М.: Медицина, 2000. – С. 464; 177.

2. Яхно Н.Н., Парфенов В.А. Частная неврология: учебное пособие для студентов медицинских вузов. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – С. 192; 73.

3. Гайтукаева Х.М., Шевченко П.П., Пожигова З.Б. Расстройства функций тазовых органов при рассеянном склерозе // Успехи современного естествознания. – 2014. – №6. – С. 28-29.

4. Пажигова З.Б., Карпов С.М., Шевченко П.П., Бурнусус Н.И. Распространенность рассеянного склероза в мире (обзорная статья) // Международный журнал экспериментального образования. – 2014. – № 1-2. – С. 78-82.

5. Карпов С.М., Батурин В.А., Тельбух В.П., Францева А.П., Белякова Н.А., Чичановская Л.В. Аутоантитела к основному белку миелина и их роль при демиелинизирующих процессах // Клиническая неврологи. – 2013. – №3. – С. 16-19.

6. Шевченко П.П., Карпов С.М., Рзаева О.А., Янушкевич В.Е., Конева А.В. Рассеянный склероз: этиопатогенез с позиции современной науки // Успехи современного естествознания. – 2014. – №6. – С. 126-128.

ВОЗДУШНАЯ ТРАВМА ГОЛОВНОГО МОЗГА, КАК СЛЕДСТВИЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ ВЗРЫВНОЙ ВОЛНЫ

Ганджа А.Н.

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

Человек за свою историю существования создал множество полезных и прекрасных вещей: музыкальные произведения, живопись, скульптуры, технические инновации, лекарственные средства помогающие исцелить достаточно много болезней и т.д. Параллельно было произведено нечто ужасное и разрушительное – оружие. Под маской защиты, надежности и уверенности скрылся коварный враг всего человечества, который служит лишь только жажде власти, корысти, самоутверждению. Сотни тысяч лет остается неизменным тот факт, что война, смерти, разрушения, являются исходом любой попытки применить оружие в действии. Мы думаем, что в своей повседневной, рутинной, жизни обычный человек никогда не встретиться с огнестрельным ранением, минно-взрывной травмой, но практический опыт на деле показывает обратное. Стоит только вспомнить Украинские события, где сегодня под звуки разрывающихся снарядов пытаются выжить люди, события 22 июля 2011 года, когда в Норвегии возле комплекса правительственных зданий прогремел взрыв, в результате которого пострадало 250 человек, 7 июля 2005 года в Лондоне (Великобритания) в утренний час пик произошла серия взрывов: один за другим сработали четыре взрывных устройства на центральных станциях лондонского метро («Кингс-кросс», «Эджвэр-роуд» и «Олдгейт») и в двухэтажном автобусе на площади Тависток-сквер теракт был совершен четырьмя террористами-смертниками взрывы унесли жизни 52 пассажиров, еще 700 человек получили ранения и травмы. Этот список, как это не прискорбно звучит, еще можно долго продолжать, но ситуацию это не изменит и не исправит, зато может привлечь внимание читателя и заставит задуматься о том, что наша жизнь таит много опасностей, оградиться от которых порой не в наших силах. Главная защита в этом случае это наши знания и умение оказать помощь себе, вовремя обратить внимание на состояние своих близких, других пострадавших. Сталкиваясь с чем-то неординарным, новым, может незнакомым легко расстаться с уверенностью, растеряться, впасть в панику, поэтому, чтобы предостеречь от лишних душевных треволнений я бы хотела в своей статье осветить проблему минно-взрывных ранений, а также обозначить влияние воздушной травмы головного мозга на неврологический статус пострадавшего.

Материалы и методы: исследование проведено с помощью литературных источников, интернет ресурсов, новостных сообщений.

Чтобы приблизится к основной теме нашего разговора хотелось бы обозначить несколько ключевых моментов.

Взрыв – быстропротекающий физический или физико-химический процесс, проходящий со значительным выделением энергии в небольшом объёме за короткий промежуток времени. При взрыве человек подвергается трем основным факторам повреждения: ударная волна, ранящие снаряды, высокая температура.

Первичному поражению относят воздействие ударной волны. В непосредственной близости от взрыва происходит отрыв частей тела – эвисцерация. Вторичным поражающим фактором являются осколочные ранения. Характер поражения, его тяжесть определяется количеством и видом снарядов. Третичным фактором является перенос тела воздушной волной с последующим тормозным ударом. В данном случае возникают стадийность процесса – ускорение и торможение, каждая из этих сил может оказать влияние на важнейшие структуры организма: головной и спинной мозг, а следствием выступит серьезная травматизация.

Если сравнить характер повреждений в годы Великой Отечественной Войны и в современном мире, то он претерпел значительные изменения. Удельный вес осколочных ранений в годы ВОВ составил 83%, в современном мире они составляют менее 30 %, большую часть боевой травмы -70% приходится на поражения нервной системы.

Из вышесказанного можно сделать вывод, что повреждения нервной системы, как следствие взрыва чрезвычайно актуальны в наши дни. Ведущими в клинической картине острого периода воздушной взрывной травмы являются: травматический шок, синдром сотрясения и ушиба мозга разной степени и ряд явлений, обусловленных повреждением легких