

поражённых. Летальность от осложнений среди пациентов с МВТ с черепно-мозговой травмой составляет 14%, в то время как показатели второй группы – 3%.

Вывод

В настоящее время тема МВТ весьма актуальна в практической медицине. Оценив процент осложнений, наступающих в посттравматический период, можно сделать вывод о том, что наиболее опасным видом МВТ, с точки зрения неврологического прогнозирования исходов травмы, являются МВТ с черепно-мозговой травмой. Минно-взрывные травмы с периферическим поражением являются более благоприятными в неврологическом отношении. МВТ с черепно-мозговой травмой могут приводить к инвалидизации поражённых, что крайне остро отражает важность изучения осложнений, меры их предупреждения, своевременность в оказании медицинской помощи при МВТ.

Список литературы

1. Никитаев В.Е. Оценка тяжести и прогнозирование течения минно-взрывной травмы. – URL: <http://www.dissertat.com/content/otsenka-tyazhesti-i-prognozirovanie-techeniya-minno-vzryvnoi-travmy>
2. Яровой В.К. Минно-взрывная травма, классификация, клиника. – URL: http://yagovoy.ucoz.ru/index/minno_vzryvnaja_travma_klassifikacija_klinika_i_lechenie/0-15
3. Колтович А.П. Тяжелые сочетанные, множественные и комбинированные минно-взрывные ранения. – URL: <http://www.dslib.net/xirurgia/tjazhelye-sochetannye-mnozhestvennye-i-kombinirovannnye-minno-vzryvnye-raneniya.html>
4. Бахадова Э.М., Карпов С.М., Апагуни А.Э., Карпова Е.Н., Апагуни В.В., Калоев А.Д. Отдалённые последствия минно-взрывной травмы на нейрофизиологическое состояние головного мозга // Фундаментальные исследования. – 2014. – № 2. – С. 28-33.
5. Карпов С.М., Бахадова Э.М., Апагуни А.Э., Карпова Е.Н. Компенсаторно-восстановительные механизмы в отдалённом периоде у пострадавших после минно-взрывного ранения // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2014. – № 2. – С. 25-28.
6. Соколова И.В., Карпов С.М. Травматическая эпилепсия при ЧМТ // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2012. – № 1. – С. 44-45.
7. Бахадова Э.М., Карпов С.М., Апагуни А.Э., Апагуни В.В., Хатуева А.А., Карпов А.С. Особенности черепно-мозговой травмы при минно-взрывном травматизме (обзорная статья) // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2013. – № 12. – С. 72-75.
8. Карпов С.М., Бахадова Э.М., Апагуни А.Э., Калоев А.Д. Отдалённые последствия минно-взрывного ранения, как фактор психоневрологических нарушений // Вестник новых медицинских технологий. – 2014. – Т. 21, № 3. – С. 100-103.

ЭТИЧЕСКИЕ И ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

Крутина Я.С., Шевченко П.П.

*Больница №4, Ставрополь, Россия,
e-mail: jana.krutina@yandex.ru*

Актуальность

Рассеянный склероз, как заболевание, в области неврологии остается одной из важнейших проблем во всем мире. Несмотря на полуторавековой период изучения данной проблемы, актуальность ее становится по-прежнему очевидной. В Ставропольском крае рассеянный склероз составляет 23-25 тыс. больных на 100000 тыс. населения, что является зоной средней степени риска заболевания. Проблема этиопатогенеза остается открытой. Одним из важнейших проявлений дебюта заболевания рассеянного склероза является психоэмоциональные нарушения: от эмоциональной раздражительности до дементного синдрома.

Цель: проанализировать и изучить этические и деонтологические проблемы рассеянного склероза

Результаты исследования

Большинство людей воспринимают диагноз РС как катастрофу: они подвержены психоэмоциональным стрессам, сменяющихся эмоциональной лабильностью, мнительностью, обидчивостью. Поэтому на-

рушение этико-деонтологических отношений между больным и родственником, больным и врачом и т.д. приводит к суициду. Особенно это касается мужской половины больных, у которых болезнь протекает значительно тяжелее. В Ставропольском крае суициды среди мужчин, страдающих РС, составляет 50-60%.

Вывод

Мы считаем, что ежедневная перекодировка больного от заболевания в виде, положительных эмоций, мотивирования его на выполнение физических упражнений, сохранение позитивного настроения. Объяснение больному, что многие проблемы сегодня уже решаемы, наука движется вперед. Что систематическое лечение позволит создать прецедент для сокращения неврологического обострения и значительное уменьшение нарастания заболевания рассеянного склероза.

Список литературы

1. Пажигова З.Б., Карпов С.М., Шевченко П.П., Бурнус Н.И. Распространенность рассеянного склероза в мире (обзорная статья) // Международный журнал экспериментального образования. – 2014. – № 1-2. – С. 78-82.
2. 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. 123-124.
3. Потапова И.Г., Диденко Н.Н., Денисюк В.В., Карпов С.М. Актуальные вопросы распространенности рассеянного склероза в Ставропольском крае // Успехи современного естествознания. – 2014. – № 6. – С. 126-128.
4. URL:http://www.center-hc.ru/diseases/multiple_sclerosis/multiple_sclerosis.htm
5. URL:<http://www.nazdor.ru/topics/improvement/diseases/current/473795/#Депрессия>
6. URL:http://tgren.ucoz.ru/news/ehmocionalnye_problemy_rassejannn_jk_skleroz_suicid/2013-12-24-139
7. URL:<http://proskleroz.ru/rasseyannyj-skleroz/simptom/>
8. URL:http://www.medkrug.ru/article/show/lechenie_projavlenij_zabolevanija_pri_rassejannom_skleroze

НЕЙРОСТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ У БОЛЬНЫХ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ

Кудрявцева В.Д., Шевченко П.П.

*Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия,
e-mail: viki-194@mail.ru*

Актуальность

Рассеянный склероз относится к демиелинизирующему заболеванию, в основе которого лежит аутоиммунный механизм повреждения, клиника которого разнонаправлено рассматривается во многих науках, в том числе и в нейростоматологии. Некоторые симптомы хотя и не очень часты при рассеянном склерозе, но относятся к типичным и даже в большой степени патогномичным для рассеянного склероза. Такими симптомами рассеянного склероза являются: парез лицевого нерва и тригеминальная невралгия у пациентов молодого возраста. Частота встречаемости данных симптомов при рассеянном склерозе наблюдается 30-50 больных на 100 000 населения [2].

Цель: проанализировать нейростоматологические проблемы у больных при рассеянном склерозе.

Результаты исследования

Главной стоматологической проблемой поражения лицевого и тройничного нерва является хроническое течение и плохо поддающееся лечению, особенно на фоне рассеянного склероза. Основным характерным признаком пареза лицевого нерва – асимметричность и гипомимия лица, в результате которого человек испытывает затруднения при разговоре, приеме пищи, а также отмечается лагофтальм на стороне очага поражения [5].

При невралгии тройничного нерва клиническим симптомом является нестерпимые периодически наступающие приступы резких болей в области одной или нескольких ветвей тройничного нерва длительностью от нескольких секунд до 2-3 минут и носят приходящий характер, а именно поражается V пара с тригеминальной двухсторонней прозопагией, также может возникать невралгия лицевых мышц (паралич Белла), но протекающей без боли. Нередко тригеминальная невралгия становится наиболее субъективно значимым проявлением болезни, выраженность которого существенно не меняется в периоды экзacerbации и ремиссии рассеянного склероза [8]. Примечательно, что возраст больных в дебюте рассеянного склероза, при поражении V и VII пары черепно-мозговых нервов, являются люди моложе 35 лет, у которых в конечном итоге наблюдается временная или длительная утрата трудоспособности.

Вывод

Таким образом, проблемы поражения лицевого и тройничного нерва носят ремитирующее течение, как и рассеянный склероз.

Развитие невралгии вызвано очаговой демиелинизацией входной зоны тригеминального сенсорного корешка тройничного нерва, что объясняет всю симптоматику [3,6]. А отсутствие заметной взаимосвязи между возникновением или сохранением лицевой боли и выраженностью других неврологических расстройств у больных рассеянным склерозом является свидетельством формирования в центральных ноцицептивных структурах устойчивой патологической алгической системы [8]. Так же хочется заметить, что стоматологические проблемы в дебюте рассеянного склероза не случайны и носят различную природу возникновения, вопрос которых до сих пор остается открытым.

Список литературы

1. Шевченко П.П. Распространенность и клиническая характеристика рассеянного склероза в Ставропольском крае. – Новосибирск, 1992.
2. Карпов С.М., Ревегук Е.А. Актуальность проблемы невралгии тройничного нерва в неврологии. – Ставрополь, 2013.
3. Karpov S.M., Pashigova Z.B., Karpova E.N. Visual evoked potentials in examining the visual analyzer in patients with multiple sclerosis. *Neurology. Neuropsychiatry. Psychosomatics.* – 2014. – С. 27-31.
4. Гречко В.Е., Степанченко А.В., Турбина Л.Г., Семенова С.Ю. Современные аспекты реабилитации больных с невралгиями лицевого нерва // *Неврологический вестник.* – 1994. – Т. XXVI, Вып. 3-4. – С. 45-48.
5. Тринитатский Ю.В. Лицевые боли как дебют рассеянного склероза // *Российский стоматологический журнал.* – 2001. – №2.
6. Grachev Yu.V., Reshetnyak V.K. Pathogenetic mechanisms of paroxysmal prosopalgias // *Stomatology.* – 1999. – №2.
7. Пажигова З.Б., Карпов С.М., Шевченко П.П., Бурнус Н.И. Распространенность рассеянного склероза в мире // *Международный журнал экспериментального образования.* – 2014. – №1-2. – С. 78-82.
8. Гачев Ю.В. Пароксизмальная тригеминальная боль: лекция // *Журнал неврологии и психиатрии.* – 2011. – №7.

ДЕБЮТ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

Лысенко А.А., Шевченко П.П.

*Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия,
e-mail: andreika.lysenko.1988@mail.ru*

Актуальность

В настоящее время рассеянный склероз является одним из самых труднодиагностируемых и сложных заболеваний нервной системы. Это объясняется отсутствием специфических симптомов, тем самым создавая значительные трудности при диагностике данного заболевания [1]. Поэтому постановка данного диагноза является сложным процессом, требую-

щим высокой квалификации врача-невролога, чтобы в самом дебюте заподозрить демиелинизирующий процесс в нервной системе и распознать первые клинические проявления на ранних стадиях заболевания.

Цель: проанализировать современные данные и выделить наиболее частые клинические особенности дебюта периферического рассеянного склероза, подчеркнуть характерные симптомы данного заболевания.

Результаты исследования

Как правило, заболевание проявляется у лиц молодого и среднего возраста (18-50 лет), причем женщины болеют почти в два раза чаще мужчин (1,7:1) [2]. Для рассеянного склероза характерно волнообразное течение с периодами обострения и ремиссии. Начало заболевания острое или подострое, при этом быстро развиваются очаговые неврологические симптомы: нарушение чувствительности с ощущением онемения, парестезии или боли в конечностях или туловище, парез конечностей, неустойчивость при ходьбе, головокружение, нарушение мочеиспускания [7].

Первоначальные обострения могут заканчиваться полным спонтанным регрессом симптомов. Но с каждым новым проявлением восстановление становится менее полным, что приводит к накоплению неврологических дефектов в виде парезов, атаксии и нарушения чувствительности. Симптомы могут усиливаться при физических нагрузках или при повышении температуры.

У больных пожилого возраста заболевание с самого начала приобретает прогрессирующий характер, имеет вид спинальной формы рассеянного склероза и нарастающей миелопатии: нарушения глубокой чувствительности в ногах, нижний спастический парез, нарушение функции тазовых органов [4].

Учитывая отсутствие специфических диагностических критериев рассеянного склероза, диагноз в дебюте для данного заболевания выставляется в интервале от 0,5 года до 10 лет [5].

Вывод

Учитывая течение заболевания, рассеянный склероз носит прогрессирующий характер. Клинические особенности периферического рассеянного склероза в достаточной степени не изучены и, следовательно, выделить основные ведущие симптомы в дебюте весьма трудно, но чаще всего основными из них являются: атаксия (мозжечковый тип), нарушение чувствительности (онемение), парез конечностей (чаще – нижних).

Список литературы

1. Шевченко П.П., Карпов С.М., Рзаева О.А., Янушкевич В.Е., Колева А.В. Рассеянный склероз: этиопатогенез с позиции современной науки // *Успехи современного естествознания.* – 2014. – №6. – С. 123-124.
2. Пажигова З.Б., Карпов С.М., Шевченко П.П., Каширин А.И. Клинико-неврологическая характеристика больных с рассеянным склерозом с учетом тяжести состояния // *Фундаментальные исследования.* – 2014. – №7-4. – С. 771-775.
3. Пажигова З.Б., Карпов С.М., Шевченко П.П., Бурнус Н.И. Распространенность рассеянного склероза в мире: обзорная статья // *Международный журнал экспериментального образования.* – 2014. – №1-2. – С. 78-82.
4. Исмаилов М.Г., Шевченко П.П., Яценко И.А. Рассеянный склероз и дебют в пожилом возрасте // *Успехи современного естествознания.* – 2014. – №6. – С. 122-123.
5. Шевченко П.П. Распространенность и клиническая характеристика рассеянного склероза в Ставропольском крае: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Новосибирск, 1992.
6. <http://www.rae.ru/fs/?section=content&op=articles&month=7&year=2014&part=4> // *Фундаментальные исследования.* – 2014. – №7-4.
7. Евтушенко С.К., Блиндарук С.Г., Гончарова Я.А., Дервянко И.Н., Грищенко А.Б. Первичные проявления периферической формы рассеянного склероза: диагностика, клиника, лечение // *Международный неврологический журнал.* – URL:<http://www.mif-ua.com/archive/article/3468> //
8. Поражение периферической нервной системы в клинике рассеянного склероза. – URL: http://doctorspb.ru/articles.php?article_id=1281 (Медицинский портал для врачей и студентов).