

ампутация конечностей при минно-взрывной травме. Медицина катастроф. 2012. № 1. С. 38-41.

2. 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.

3. 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.

4. 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.

5. 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.

6. Лашёнов Г.В. «Минно-взрывная травма в условиях вооруженного конфликта (особенности клиники, диагностики, организации лечения)» автореф. дис. на соискание уч. ст. канд. мед. наук. Ростов-на-Дону. 1999.

7. Соколова И.В., Карпов С.М. Травматическая эпилепсия при ЧМТ. Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2012. № 1. С. 44-45.

### ОСОБЕННОСТИ СЛУХОВЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ, СОПРОВОЖДАЮЩЕЙСЯ ПЕРЕЛОМОМ ВИСОЧНОЙ КОСТИ

Зосимова К.К., Айрапетян Л.А.

*Кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики, Ставрополь, Россия*

**Актуальность.** В последние десятилетия замечен неуклонный рост травматизма среди всех категорий населения. Это связано с множеством техногенных катастроф, природными катаклизмами, дорожно – транспортными происшествиями, а также военными ситуациями. К числу наиболее тяжёлых травм относят черепно-мозговую травму (600 тысяч случаев по России в год), которая в 36% случаев (Поляков И.В., Соколова Н.С., 1975) сопровождается переломом основания черепа. Из них около 30 тысяч случаев в год приходится на перелом основания черепа через среднюю черепную ямку, сопровождающийся травмой височной кости, в толще которой находятся слуховой и вестибулярный рецепторы, а также лицевой и промежуточный нервы. По данным КБ СМП им. Н.В. Соловьёва г. Ярославля количество черепно-мозговых травм (ЧМТ) с повреждением височной кости составляет в среднем 130 случаев в год и имеет тенденцию к повышению, как и общее количество ЧМТ в целом. Как известно, при ЧМТ помощь больным в первую очередь оказывают нейрохирурги. Из-за тяжёлого общего состояния пациентов уделяется мало внимания повреждению слухового анализатора, вследствие чего больные с посттравматической тугоухостью обращаются за помощью к оториноларингологу или сурдологу в поздние сроки, когда терапевтические возможности ограничены; а механизм развития слуховых нарушений трудно поддаётся объяснению. Повреждение при этом виде травмы структур мозга не только затрудняет диагностику нарушений слухового анализатора, но и усугубляет процессы их компенсации. Учитывая вышеизложенное, следует признать, что исследования по ранней диагностике слуховых нарушений, определению уровня и механизма поражения слухового анализатора, разработке объёма лечебных мероприятий в ранние и последующие сроки ЧМТ с переломом височной кости, являются актуальными и своевременными. [3, 6, 7].

**Цель исследования:** повышение эффективности диагностики слуховых нарушений и последующего

восстановления больных с черепно-мозговой травмой, которая сопровождается переломом височной кости.

**Методы и материалы:** в основе исследования лежит обследование 56 больных с переломом височной кости при ЧМТ, из них: 50 - с продольным, 6 - с поперечным. В начале работы было обследовано 138 пациентов, но в дальнейшем исключены 82 человека (невозможность динамического наблюдения и т.д.). Обследование включало: сбор анамнеза, осмотр органов слуха, исследование слуховой функции в динамике (с помощью «живой» шепотной и разговорной речи, камертонов, тональной и речевой аудиометрии, надпороговых тестов); обзорная рентгенография черепа в двух проекциях, компьютерная томография черепа и вещества мозга, ЭХО-ЭГ, ЭЭГ, консультации нейрохирурга, невропатолога и окулиста.[2, 5].

**Выводы:** 1. Нарушение слуха у больных с ушибом головного мозга всегда имеет двусторонний характер. Характер и степень потери слуха у больных с ушибом головного мозга зависит от тяжести, биомеханики ЧМТ и вида перелома височной кости. 2. При исследовании слуха в остром, промежуточном и отдалённом периодах ЧМТ отмечается прогрессирующее нарастание тугоухости, преимущественно нейросенсорного характера во всех наблюдаемых группах, но более выраженное при тяжёлых ушибах головного мозга.

3. Степень ретрокохлеарных нарушений коррелирует с выраженностью патологических изменений головного мозга, выявленных с помощью слуховых вызванных потенциалов. [1, 4, 6, 7].

#### Список литературы

1. Ульяновченко М.И., Ходжаев А.Б., Апагуни А.Э., Карпов С.М., Назарова Е.О., Шишманиди А.К., Сергеев И.И., Власов А.Ю. Анализ дорожно-транспортного травматизма у жителей г. Ставрополя. Фундаментальные исследования. 2013. № 5-2. С. 427-430.

2. Соколова И.В., Карпов С.М. Травматическая эпилепсия при ЧМТ. Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2012. № 1. С. 44-45.

3. Карпов С.М. Нейрофизиологические аспекты детской черепно-мозговой травмы. Ставрополь, 2010.

4. Герасимова М.М., Карпов С.М. Вызванные зрительные потенциалы мозга при черепно – мозговой травме у детей. Неврологический вестник. Журнал им. В.М. Бехтерева. 2004. Т. XXXVI. № 1-2. С. 12-15.

5. Кариев Ш.И., Умарова Х.С., Ахмедиев М.М. Нарушение слуха при сотрясении головного мозга // Мед. журнал Узбекистана. 1991. - №4. -с.28-30.

### ВЛИЯНИЕ ЭПИЛЕПСИИ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

Айрапетян Л.А., Зосимова К.К.

*Кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики, Ставрополь, Россия, Ayrapetyan.lida@mail.ru*

**Актуальность.** Исследование эмоционально-личностных особенностей детей, больных эпилепсией является актуальной проблемой, как для психологии, так и для неврологии. Эпилепсия даже на самых ранних стадиях вызывает эмоциональные нарушения, нарушения межличностных взаимоотношений, повышает раздражительность, чувствительность. Именно поэтому у детей появляются проблемы в общении со сверстниками. Данную проблему рассматривали в своих работах многие ученые как в России, так и за рубежом. [2,3]

Цель исследования – выявить особенности эмоционально-личностного развития детей и подростков, больных эпилепсией.

**Материалы и методы.** Для выявления данных особенностей были проведены следующие исследования: Для исследования уровня интеллектуального развития были использованы Тест Векслера, тест

“Дом-дерево-человек”, детский апперцептивный тест, тематический апперцептивный тест, сказочный проективный тест, восьмицветный тест Люшера;

Для исследования эмоционально-личностных особенностей детей применялись следующие методики: “Рисунок доброго и злого человека”, “Незаконченные предложения”, “Понимание мимического выражения эмоций”;

Для обработки результатов использовали метод статистической обработки данных [1,3,5]

**Результаты.** В ходе исследований было выявлено, что у детей с эпилепсией нарушено понимание отдельных элементов мимики лица и изображения мимического выражения лица в целом, также они затрудняются дифференцировать мимику “злого” и “доброго” лица. У детей и подростков с эпилепсией рисунки «злого» человека содержат дополнительные атрибуты, различающие, по мнению детей, доброго и злого человека. Однако, детям с эпилепсией легче и точнее узнать эмоции на изображении, если они представлены схематически, то есть нет большого количества лишних деталей, которые затрудняют данный процесс. [6,5]

**Выводы.** Эпилепсия является серьезным неврологическим заболеванием, которая вызывает у детей, своеобразную в отношении психологии, клиническую картину.

В частности, эмоционально-личностное развитие детей с эпилепсией значительно отличается от эмоционально-личностного развития здоровых детей и имеет характеристики, свойственные данному заболеванию. Также, на формирование эмоционально-личностных особенностей неблагоприятное влияние оказывает страх возникновения эпилептического приступа. Исходя из этого, не обходимо информировать родителей и педагогов о данных особенностях этих детей, что может помочь в психологическом сопровождении этих детей и в положительной динамике лечения. [2,3,7]

**Список литературы**

1. Аскарова А.Т., Вардак З., Шевченко П.П., Карпов С.М. Современные методы купирования эпилептического статуса. Международный студенческий научный вестник. 2015. № 2. С. 86-87.
2. Соколова И.В., Карпов С.М. Травматическая эпилепсия при ЧМТ. Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2012. № 1. С. 44-45.
3. Ульякина Надежда Александровна- “Эмоционально-личностные особенности у детей и подростков, больных эпилепсией”, Москва, 2009 г.;
4. Karpov S.M., Dolgova I.N., Vishlova I.A. The main issues of topical diagnosis of nervous system diseases. Ставрополь, 2015.
5. Karpov S.M., Vishlova I., Shevchenko P., Dolgova I., Minaeva O., Cherednichenco T., Chigrina N., Hatuaeva A., Fisher G. Epilepsy: modern methods of treatment. European science review. 2015. № 3-4. С. 21-22.
6. Karpov S.M., Gandylyan K., Eliseeva E., Vishlova I., Dolgova I., Shevchenko P., Golovkova O., Ivensky V. Combined craniofacial trauma and neuropsychiatric symptoms. European science review. 2015. № 3-4. С. 25-28.
7. Dmitrieva O.A., Leonenko E.A., Vozhzhova V.N., Pisanko G.G., Karpov S.M., Shevchenko P.P. The degree of disorder of the patients' psycho-emotional sphere with epilepsy. European Journal of Biomedical and Life Sciences. 2015. № 2. С. 14-16.

**ВАРИАНТЫ ЛЕЧЕНИЯ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА В СЛУЧАЯХ ОБОСТРЕНИЯ**

Арутюнян К.А., Шевченко П.П.

*Ставропольский государственный медицинский университет, kristiar777@yandex.ru*

**Актуальность темы.** Рассеянный склероз (РС), на сегодняшний день, является болезнью, не поддающейся полному излечению и значительно сокращающей продолжительность жизни больных, и ее качество.[2,3]. Частота встречаемости случаев РС по Ставропольскому краю составляет 20-32,8 на 100000 населения, кроме того, РС – болезнь молодого возраста (17-40 лет) [3,6]. Клинически самыми опасными

и угрожающими жизни проявлениями РС являются его обострения (экзацербации), вызванные появлением очага воспаления (демиелинизации) в головном или спинном мозге. В период обострения либо ухудшаются существующие симптомы, либо появляются новые[1, 2, 6]. Вследствие этого, целями лечения обострений РС являются: уменьшение активности иммунопатологического процесса; регрессирование возникшей новой симптоматики и уменьшение выраженности имевшегося неврологического дефицита [2, 6].

**Цель исследования.** Проанализировать, существующие на сегодняшний день, старые и современные варианты лечения обострений РС.

**Результаты.** 1. При легких обострениях с изолированными чувствительными или эмоциональными расстройствами используют: общеукрепляющие средства, средства, улучшающие кровоснабжение тканей, витамины, антиоксиданты, успокоительные, антидепрессанты при необходимости. [2]

2. При беременности и лактации - только плазмаферез. [2]

3. Основным стандартным методом терапии тяжелых обострений РС признано использование схем внутривенного введения кортикостероидов в пульс-дозах, причем длительность обострений и выраженность остаточного неврологического дефицита зависят от своевременного проведенного курса именно такой терапии. Их использование целесообразно тогда, когда обострение проявляется тяжелыми симптомами и быстрое купирование отека и воспаления может способствовать более полному регрессу симптомов. Признанным считается назначение пульс-терапии метилпреднизолоном (метипредом, урбазоном, солу-медролом), который, имея метильную группу, лучше проникает через клеточную мембрану и связывается с внутриклеточными глюкокортикоидными рецепторами, что обеспечивает его большую, чем у обычного преднизолона, активность. МП вводится по 500-1000 мг в 200-400 мл физраствора в/в капельно по 25-30 кап. в минуту 1 раз в день в первой половине суток, 3-7 дней в зависимости от тяжести обострения; 1000 мг - при выраженных поражениях ствола мозга, атаксией, потерей зрения. При преобладании нарушений пирамидной и чувствительной сферы препарат показан в суточной дозе 500 мг.[4]

4. В случае нерезко выраженных признаков обострения РС, но с выявлением «активных» очагов на МРТ, накапливающих контраст (гадолиний), либо появление дополнительных очагов - пульс-терапия МП с переходом на препараты с нейтропротекторным действием, либо на препараты пролонгированной модифицирующей терапии. [4,8]

5. Инфекции, вероятнее всего, провоцируют или модулируют аутоиммунный процесс при РС, поэтому найденные в крови и ликворе IgM и IgG к вирусам герпеса, особенно 6-го типа, Эпштейн — Барр вирус, опоясывающего герпеса. наиболее целесообразным в качестве купирования обострения является назначение специфической противовирусной терапии с применением зовиракса внутривенно капельно по 250 мг 2 раза в день в течение 5 дней либо вальтрекса перорально 1000 мг в сутки. В случае признаков реактивации ЭБВ-инфекции после курса противовирусной терапии рекомендуем введение специфического противЭБВ иммуноглобулина (вирабина).

6. При тяжелых рецидивах РС, не поддающихся воздействию КС терапии, значительное улучшение состояния может вызвать проведение плазмафереза [5]. Его можно также комбинировать с гормональной и другой иммуносупрессорной терапией. В течение 2