

МЕДИЦИНА

ПЕДАГОГИКА

ФИЛОСОФИЯ

ЮРИСПРУДЕНЦИЯ

10.03.2017

ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НАУЧНЫЙ **ВЕСТНИК**



ТОМ 2 // НОМЕР 5 (22)

ЖУРНАЛ «ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НАУЧНЫЙ ВЕСТНИК»

Том 2 // Номер 5 (22) // 10 марта 2017 г.

ISSN: 2499-9989

Редакционная коллегия

Главный редактор:

Филиппов Вадим Леонидович,

проф., д.м.н., Санкт-Петербург

Зам. главного редактора:

Воробьева Ольга Владимировна,

проф., д.м.н., Москва

Состав редколлегии:

Бойко Е. О., проф., д.м.н., Краснодар

Игумнов С. А., проф., д.м.н., Республика

Беларусь

Меззич Х. Е., prof., M.D., США

Туркан Я., JUDr, Словацкая Республика

Куташов В. А., проф., д.м.н., Воронеж

Солдаткин В. А., проф., д.м.н., Ростов-на-

Дону

Хансон Й., M.D., Ph.D., Швеция

Преображенский А.П., проф., д.т.н.,

Воронеж

Дроздовский Ю. В., проф., д.м.н., Омск

Аммон М., prof., Dr. phil., Dr.H.C.,

Федеративная Республика Германия

Ретюнский К. Ю., проф., д.м.н.,

Екатеринбург

Измалков А. В., д. ю. н., Липецк

Колесникова О.А., проф., д.э.н.,

Воронеж

Сакиян С. Г., prof., M.D., Ph.D.,

Республика Армения

Хатуаева В. В., проф., д.ю.н.

Разинкин К. А., проф., д.т.н., Воронеж

Доктор Р., prof., M.D., Великобритания

Белоцерковский Г., M.D., Эстонская

Республика

Воронов А.А., проф., д.ю.н., Воронеж

Якупов Э. З., проф., д.м.н., Казань

Андреас Г., prof., M.D., Федеративная

Республика Германия

Воронцова З. А., проф., д.б.н., Воронеж

Александрович Дж., prof., dr.hab.med.,

Республика Польша

Сиволап Ю. П., проф., д.м.н., Москва

Трофимова Н. Б., проф., д.п.н., Воронеж

Тьяно С., prof., Государство Израиль

Чопоров О.Н., проф., д.т.н., Воронеж

Контактная информация

WWW.CScB.su

Адрес для корреспонденции:

141241, г. Пушкино, Московской

области, ул. Рабочая д.20, к.49

Телефон: **+7 (473) 258-09-78**

E-mail: **CScB@list.ru**

Учредитель и издатель журнала:

ООО «Издательство РИТМ»

г. Пушкино

Тираж 300 шт.

Подписано в печать 10.03.2017

Формат 60x84 1/8

Бумага офсетная

СОДЕРЖАНИЕ

Медицина

Вяльцев И.А. 3

ЗНАЧЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ И ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДИК

В СОВРЕМЕННОЙ ХИРУРГИИ

Ерин Д.А., Акимов И.А. 5

ПРЕДБРЮШИННАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА

КАК НОВЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Иванов В.Т., Куташов В.А., Ульянова О.В. 7

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА РЕТРОБУЛЬБАРНОГО НЕВРИТА

Краснолуцкая В.Н., Сесорова Д.В. 10

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ГНОЙНЫХ РАН

Нарыжный А.Е. 12

ВОЗМОЖНЫЕ СТРУКТУРНО-МОДИФИЦИРУЮЩИЕ

И ХОНДРОПРОТЕКТОРНЫЕ СВОЙСТВА ЦЕЛЕКОКСИБА В ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОАРТРИТА

Пинаев А.В., Покачалова М.А., Куташов В.А., Ульянова О.В. 15

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ

ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Цымбалова Е.О. 18

ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЬ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Педагогика

Мамаева Д. Н. 20

ВЗАИМОСВЯЗЬ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ С ИНТЕЛЛЕКТОМ У ШКОЛЬНИКОВ

Философия

Попов А. С. 21

КОНФЛИКТ ЦИВИЛИЗАЦИЙ

Юриспруденция

Ефремов А. Ю., Кузнецов А. И. 23

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ЦЕННОСТНЫХ

ОРИЕНТАЦИЙ ЛИЧНОСТИ

Перфильева В. А. 24

К ВОПРОСУ О СООТНОШЕНИИ ИНСТИТУТОВ НЕОБХОДИМОЙ ОБОРОНЫ И ПРИЧИНЕ-

НИЯ ВРЕДА ПРИ ЗАДЕРЖАНИИ ЛИЦА, СОВЕРШИВШЕГО ПРЕСТУПЛЕНИЕ

Фонова Т. П. 25

К ВОПРОСУ О СООТНОШЕНИИ СУДЕБНОГО КОНТРОЛЯ И СУДЕБНОГО

САНКЦИОНИРОВАНИЯ КАК ФОРМ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРАВ ЛИЧНОСТИ

ПРИ ПРОИЗВОДСТВЕ ПО УГОЛОВНОМУ ДЕЛУ

Материалы публикуются в авторской редакции. За содержание и достоверность статей ответственность несут авторы. При использовании и заимствовании материалов ссылка на издание обязательна.

dis.kand.med.nauk: 03.01.09 / Southwestern State University. Kursk 2014.

7. Sudakov D.V. Simulation of the process of treatment of purulent wounds in patients with diabetes mellitus / D.V. Sudakov // System analysis and control in biomedical systems. 2013 V.12. № 1. P. 327-330.

8. Sudakov D.V. Construction of the forecast of efficiency of use of carpal extrafocal compression - distraction apparatus Ilizarov in microsurgery / D.V. Sudakov, A.V. Chernyh, N.V. Yakusheva // In: Modern

medicine: current issues and prospects. Collection of scientific papers on the results of the international scientific-practical conference. Innovation Centre for Development of Education and Science. 2016. P. 138-143.

9. Chernyh A.V. Autotransplantation microsurgery sural nerve in the upper limbs in patients with type 2 diabetes / A.V. Chernyh, D.V. Sudakov, N.V. Yakusheva // Applied information aspects of medicine. 2016. V. 19. № 3. P. 107-112.

10. Electroactivated aqueous solutions in the treatment of surgical patients /

A.A. Gridin, A.E. Bachmanov, Y.P. Holubkevich, D.V. Sudakov // System analysis and control in biomedical systems. 2007. T. 6. № 4. P. 1038-1043.

11. Chernykh A.V. Applied features of topographic anatomy of the intercostal nerves in the peribulate region of the anterior abdominal wall / A.V. Chernykh, E.I. Zakurdaev, N.V. Yakusheva, V.G. Vitinkin, M.P. Zakurdayeva, E.V. Belov // Crimean Journal of Experimental and Clinical Medicine. 2016. T. 6. № 3. P. 126-131.

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА РЕТРОБУЛЬБАРНОГО НЕВРИТА

Иванов В.Т.

ГУЗ Липецкая Городская Больница №4 «Липецк-Мед», Россия, г. Липецк

Куташов В.А., Ульянова О.В.

ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России,
кафедра психиатрии и неврологии ИДПО, Россия, г. Воронеж

Аннотация. Рассеянный склероз (РС) является одной из сложнейших комплексных и глобальных медико-социальных проблем. В настоящее время в стране проживает как минимум 150 000 больных, не менее 50% из которых уже являются инвалидами. В последние годы отмечается неуклонная тенденция к росту заболеваемости РС, в том числе, на Северо-Западе РФ, а также омоложение данного контингента больных. Причиной этого стало не только улучшение диагностики заболевания, но и повышение качества эпидемиологических исследований, а также реальный рост заболеваемости.

В статье описаны основные клинические проявления и методы диагностики поражения зрительного нерва при демиелинизирующих заболеваниях. Выделены основные направления лечения больных РС.

Ключевые слова: демиелинизирующее заболевание, молодой возраст, рассеянный склероз, ретробульбарный неврит, центральная нервная система.

Актуальность проблемы. Рассеянный склероз (РС) – демиелинизирующее заболевание нервной системы (НС), поражающее преимущественно молодых людей в возрасте от 20 до 40 лет и характеризующееся полиморфизмом клинических форм, разнообразием течения и ранними сроками инвалидизации [3, 5, 8, 9, 14, 15].

Неясность многих вопросов возникновения и механизмов развития заболевания, трудности диагностики на ранних стадиях, разнообразие клинических вариантов течения с быстрой инвалидизацией, отсутствие эффективных методов лечения - все это и является актуальными задачами современной медицины. По данным Европейских и Американских организаций, РС – это наиболее дорогостоящее (в расчете на одного больного в течение жизни) для государства и частных страховых компаний хроническое неврологическое заболевание. В настоящее время в мире около 3 миллионов больных РС. В России заболеваемость РС составляет от 30 до 100 случаев на 100 000 населения [3, 5, 8, 9, 13, 14, 15]. Особенностью клинического течения РС является то, что у большинства пациентов, особенно на ранних стадиях заболевания, высокая нервная деятельность (ВНД) страдает в минимальной степени, вследствие чего больные сохраняют способность активно

влиять на решение служебных, домашних и социальных проблем. В то же время, состояние больных РС существенно зависит от их психоэмоционального настроения. Социальная изоляция, невозможность активно участвовать в жизни общества, осознание своей «бесполезности» и невосребованности неблагоприятно влияют на течение заболевания, приводят к психологической дезадаптации пациентов (по данным статистики, количество суицидных попыток в группе больных РС в 7,5 раз выше, чем у здоровых людей). В связи с этим больным РС необходима постоянная высококвалифицированная специализированная медицинская помощь с привлечением, как неврологов, так и психологов, урологов, логопедов, физиотерапевтов, нейроофтальмологов, гинекологов, хирургов, терапевтов и врачей других специальностей, специально подготовленных по проблемам РС [8, 9, 13].

Необходимо постоянное динамическое амбулаторное наблюдение, периодическая госпитализация для профилактики и лечения обострений и осложнений у пациентов с данным заболеванием. Решение множества проблем, возникших перед больными с РС, всецело зависит от оперативности применения адекватной медицинской помощи еще на ранних стадиях заболевания, когда трудоспособ-

ность и социальные функции сохранены или нарушены незначительно [3, 5, 8, 9, 13, 14, 15].

Диагностика РС основывается, прежде всего, на клинических характеристиках проявления патологического процесса в центральной нервной системе (ЦНС). Однако, дополнительные методы диагностики, к которым относится магнитно-резонансная томография (МРТ) и исследование ликвора (изофокусирование олигоклональных иммуноглобулинов) могут оказать существенную помощь в спорных случаях [3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15].

Ретробульбарный неврит – обычно не самостоятельное заболевание, а проявление аутоиммунного процесса (один из наиболее ранних симптомов РС) или нейроинфекции с поражением зрительного нерва (ЗН). ЗН представляет собой соединение более чем 1 миллиона чувствительных отростков или аксонов нервных клеток сетчатки, передающих информацию о воспринимаемом изображении в виде электрических импульсов в головной мозг. В затылочной доле мозга эта информация окончательно перерабатывается и человек получает возможность видеть все, что его окружает. Согласно исследованиям, поражение ЗН обнаружено у 24 (38%) пациентов, которые, по данным

анамнеза, в дебюте РС имели ретробульбарный неврит (РБН) [1, 2, 7].

Это симптом остро поражения ЗН на участке от глазного яблока до хиазмы в дебюте развития РС. У женщин РБН наблюдался гораздо чаще, чем у мужчин (91,6% и 8,3% случаев, соответственно). Средний возраст возникновения РБН – 25 - 29 лет. Ретроспективно, по данным анамнеза, выяснено, что при развитии острого РБН пациенты предъявляли жалобы на резкое снижение остроты зрения на один глаз: правый - 5 (21,0%) человек, левый - 16 (66,7%). Двусторонний РБН имел место у 3 (12,5%) пациенток. Больные отмечали, что внезапно, чаще утром, после сна появлялось «пятно» перед глазом или ощущение, что «смотрит через марлю». У 6 (25,0%) человек нарушение зрения сопровождалось болью в ретробульбарной области (РБО). По данным медицинской документации, всем пациентам офтальмологом был выставлен диагноз РБН, 19 (79,2%) из них были осмотрены неврологом в острый период РБН и сделано заключение о вероятном РС [1, 2, 6, 7, 10, 12, 14].

При РС поражение ЗН обусловлено его морфологической особенностью. Этот нерв наряду с обонятельным является, по существу, редуцированной долей головного мозга, по своему строению стоит ближе к проводникам ЦНС, чем к спинномозговым нервам [1, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 19, 20].

В настоящее время широко распространено деление воспалительных заболеваний ЗН на оптический неврит (неврит ЗН, ОН) и ретробульбарный неврит (РБН).

ОН - это та форма воспаления, когда воспалительный процесс захватывает и диск ЗН. В связи с этим при невритах ЗН при использовании офтальмоскопии всегда обнаруживаются изменения со стороны диска ЗН. В отличие от этого РБН представляет собой воспаление ЗН за глазным яблоком, не распространяющееся на диск n. opticus. В таких случаях изменений на глазном дне не бывает. По существу, при РН воспалительный процесс может захватывать периферические и центральные пучки нервных волокон. В соответствии с этим в поле зрения может наблюдаться 2 типа изменений: сужение границ при отсутствии изменений в центральной части поля зрения; появление центральных скотом. Нередко РБН все же сопровождается слабо выраженными воспалительными изменениями диска ЗН [1, 2, 5, 6, 7, 14, 15, 16].

Клиническая картина ОН характеризуется острым снижением зрения вплоть до цветоощущения, которому могут предшествовать приступы «затуманивания» в течение нескольких часов [2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 17, 18, 20]. Снижение зрения, как правило, обусловлено появлением центральной скотомы (90% случаев), парацентральной скотомы, сужением полей зрения на 10-30% и часто

сопровождается изменением цветового зрения с потерей тона и цвета, преобладанием серого цвета, сужением полей зрения на красный и зеленый цвет. Изменения полей зрения могут быть весьма разнообразны. В зависимости от того, захватывает воспаление периферические волокна или проникает более глубоко в ствол ЗН, может отмечаться либо небольшое сужение полей зрения, либо сужение границ с резко неправильными очертаниями (когда воспалительный процесс особенно глубоко проникает в толщу нервного ствола). При обострении РС в процессе демиелинизации могут быть вовлечены зрительные волокна в той или иной части хиазмы. Изменения полей зрения в таких случаях варьируют в больших пределах [3, 4, 5, 7, 8, 9].

РБН сопровождается болью в области глазного яблока, усиливающейся при движении или надавливании, особенно при взгляде вверх, что связано с раздражением оболочек ЗН при напряжении верхней и внутренней прямой мышцы [1, 2, 3, 6, 7, 8, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 19, 20].

Характерной особенностью РС по Д.А. Маркову и А.Л. Леонович (1976) является феномен «клинического расщепления», или синдром «клинической диссоциации» - несоответствие степени сохранности функции с выраженными изменениями объективных данных. Например, наличие нормальной остроты зрения и выявление на глазном дне признаков частичной атрофии диска зрительного нерва [1, 2, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 19, 20].

Для диагностики РС очень важным критерием является обнаружение очагов демиелинизации в ЦНС - «бляшек» в головном и спинном мозге, а также истончения ганглионарных волокон зрительного нерва с уменьшением их слоя на 8-33% [3, 4, 5, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15]. Также процесс демиелинизации зрительных нервов можно выявить при топографическом сканировании сетчатки. До настоящего времени МРТ является наиболее информативным параклиническим методом диагностики РС. Наличие характерных изменений на МРТ может служить важным прогностическим критерием вероятности развития достоверного РС при дебюте демиелинизирующего поражения ЦНС (так называемый, клинически изолированный синдром - КИС), а так же для прогноза скорости развития нетрудоспособности у пациентов с достоверным РС [3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15]. С целью получения более четкого изображения и увеличения разрешающей способности применяются высокопольные МР томографы (1,5; 3 Tesla). Высокопольная МРТ безопасна для пациентов и позволяет более подробно исследовать очаговые изменения головного мозга у больных РС [3, 4, 5, 8, 9, 14, 15, 16, 19, 20].

Очаги демиелинизации можно обнаружить при осмотре глазного дна с помощью фундус-камеры (линейные участки

просветления и затемнения, расходящиеся веерообразно от диска зрительного нерва вдоль сосудов). Важными методами для оценки функционального состояния о степени сохранности зрительных путей, а также для локализации уровня патологического процесса являются электроретинография (ЭРГ) и метод зрительных вызванных потенциалов (ЗВП). ЗВП дополняют данные ЭРГ, а также являются единственным источником информации в случаях, когда ЭРГ зарегистрировать по тем или иным причинам невозможно [1, 2, 5, 6, 7, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20].

При анализе ЗВП учитывают форму в основном амплитуду (мкВ) и время до пиков волн (мс). Разность его латентности при стимуляции правого и левого глаза (межокулярная разность латентности и амплитуд), межполушарную асимметрию, парадоксальность латерализации ЗВП. При определении субклинических поражений зрительных путей чувствительным тестом является определение времени латентности ЗВП - увеличение латентности компонента является ранним и наиболее устойчивым признаком поражения зрительного нерва, возникающим еще до клинических проявлений заболевания. По мере прогрессирования заболевания наблюдается увеличение периода латентности (на 30-35% от нормальных показателей) с одновременным снижением амплитуды и изменением конфигурации ответа. Амплитуда и конфигурация ЗВП могут постепенно нормализоваться при восстановлении зрительных функций, тогда как временные характеристики продолжают оставаться увеличенными после нормализации клинических показателей. На демиелинизацию зрительного нерва указывают увеличение ретинокортикального времени при сохранной паттерн - ЭРГ и увеличение временных параметров ЗВП. При грубых поражениях аксонов с ретроградной дегенерацией волокон зрительного нерва наблюдается резкое снижение амплитуды или отсутствие паттерн-ЭРГ в сочетании с изменениями ЗВП. При частичной атрофии зрительных нервов наблюдается снижение амплитуды и увеличение периода латентности Р. Эти изменения могут возникать независимо друг от друга. Отсутствие ЗВП свидетельствует об атрофии зрительного нерва, несостоятельности зрительных путей и центров [1, 2, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20].

Лечение РС является одной из наиболее актуальных и сложных проблем современной неврологии. Имеющиеся в распоряжении врачей препараты могут лишь снизить частоту и тяжесть обострений, а также замедлить темпы накопления неврологического дефицита, что подтверждается позитивной динамикой по данным МРТ головного и спинного мозга [3, 4, 7, 8, 9, 11, 12, 13].

Одной из ключевых проблем лечения РС является создание и клиническое исследование новых пре-

паратов, блокирующих развитие атрофии головного мозга, воспаления и демиелинизации, снижающих частоту обострений, предотвращающих прогрессирование инвалидизации.

Современным стандартом лечения обострения заболевания является высокодозная пульс-терапия метилпреднизолоном по 1 г ежедневно в течение 3-5 дней, внутривенно капельно. Возможно внутримышечное введение дексаметазона в течение 7-14 дней или прием преднизолона перорально сроком до 30 дней [1, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15]. В случае проведения гормональной терапии внутримышечно или перорально пациент (страховая компания или государство) сталкивается с меньшими материальными затратами, однако восстановление трудоспособности происходит значительно позже, что может значительно увеличить не прямые затраты.

Для профилактики обострений и предотвращения прогрессирования заболевания в настоящее время повсеместно используются пять препаратов из группы ПИТРС (препараты, изменяющие течение РС) с доказанной эффективностью. Показана возможность эффективно использовать эти препараты не только во время ремиттирующего течения РС, но и на ранних стадиях РС (клинически изолированный синдром - КИС), и при вторичном прогрессировании с обострениями, особенностью действия и переносимости каждого из них оставляют широкую возможность для индивидуального подбора. При вторичном прогрессировании без обострений единственным препаратом пока остается митоксантрон. Доказательства длительного устойчивого эффекта этих препаратов получены и клинически, и по МРТ в динамике. Основные эффекты ПИТРС: 1) снижение частоты обострений (на 25-30% по сравнению с плацебо в рандомизированных испытаниях, на 60-70% по сравнению с периодом до лечения в открытых наблюдениях); 2) замедление скорости прогрессирования необратимых нарушений (инвалидности); 3) снижение активности воспалительной реакции, демиелинизации и нейродегенерации (последнее - в меньшей степени) по данным МРТ [1, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18].

Вывод. Таким образом, необходимо

рассматривать РБН как один из самых ранних проявлений РС, своевременное диагностирование которого существенного облегчает постановку диагноза и помогает определить верную тактику дальнейшего лечения данной группы пациентов.

Список литературы

1. Аверьянов Д.А., С.Л. Алпатов. В. В. Букина и др. / Под ред. Л.Г. Щуко. В В Малышева. Оптическая когерентная томография в офтальмологии. - Иркутск. 2005. - 112 с.
2. Аветисов С.Э., Е. Л. Егоров. Л.К. Мошгорова и др. Офтальмология. Национальное руководство. - М.: ГЭОТАР-Медиа. 2011. - 44 с.
3. Гусев Е.И., Бойко А.Н. Демиелинизирующие заболевания ЦНС// Consilium Medicum. - 2002. - №2. - С. 12-18
4. Гнемицкий В.В., Шамшинова А.М. Опыт применения вызванных потенциалов в клинической практике. -М.: МБНю, 2001.-472 с.
5. Гусев Е.И. Рассеянный склероз и другие демиелинизирующие заболевания. - М.: Миклош. 2004. - 540 с.
6. Гусева М.Р. Клиника и диагностика оптических невритов у детей при рассеянном склерозе // Рус.мед. журнал. - 2001. - Т.2. №1. - С. 6-12.
7. Гусева М.Р. Результаты клинико-иммуногистохимического обследования при оптических невритах у детей с достоверным рассеянным склерозом // Неврологический журнал. - 1999.-X(5).-С. 10-15.
8. Есауленко И.Е., Чернов А.В., Ульянова О.В., Куташов В.А. Основные принципы оказания неврологической помощи больным с рассеянным склерозом в условиях многопрофильного городского стационара (30-летний опыт) / И.Е. Есауленко [и др.] // Журнал «Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии». - Москва. - 2016. - № 7. - С. 37 - 41.
9. Куташов В.А., Ульянова О.В., Хабарова Т.Ю., Будневский А.В. Когнитивные нарушения при рассеянном склерозе / В.А. Куташов [и др.]// Саратовский научно-медицинский журнал. - 2016. - Т. 12, № 2. - С. 267 - 270.
10. Манойлова И.К. Об исходах ретробульбарных невритов у молодых больных в ближайшие и отдаленные сроки //Об. тр. науч.-практ. юбилей и. конф.

поев, памяти Т.И. Брошевского. Санкт-Петербург. 2005 г. - СПб. 2005.-С 480-483

11. Никифоров А.С., Гусева М.Р. Нейроофтальмология: руководство. - М: ГЭОТАР-Медиа. 2008. - 624 с.

12. Трон Е.Ж. Заболевания зрительного пути. - Медгиз, 1968. - 394 с.

13. Ульянова О.В., Куташов В.А., Дутова Т.И. Рассеянный склероз – актуальная неврологическая проблема XXI века / О.В. Ульянова, В.А. Куташов, Т.И. Дутова // Молодой учёный. - № 15 (119) - С. 558 - 566.

14. Шамшинова А.М., Волков В.В. Функциональные исследования в офтальмологии. - М: Медицина. 2002. - 415 с.

15. Шмидт Т.Е., Яхно Н.Н. Рассеянный склероз: руководство для врачей. - М: МЕДИпресс-информ. 2010. - 272 с.

16. Хьюбслл Д. Глаз. мозг, зрение. - М.: Мир. 1990. - 239 с.

17. Cense B. Thickness and Birefringence of Healthy Retinal Nerve Fiber Layer Tissue Measured with Polarization-Scnsitivc Optical Coherence Tomography// Intestig. Ophthalmolog. Visual Sci. - 2004. -V.45. - P. 2600-2612.

18. Csuomai D Reproducibility of Optical Coherence Tomography in Multiple Sclerosis// Arch. Neurol. - 2008. V.65-P. 1218-1222.

19. Fisher J.B. Relation of Visual Function to Retinal Nerve Fiber Layer Thickness in Multiple Sclerosis // American Academy of Ophthalmology Annual Meeting. - Chicago-Illinois. 2005. - P. 105-109.

20. Hougaard J.L. Evaluation of Heredity as a Determinant of Retinal Nerve Fiber Layer Thickness as Measured by Optical Coherence Tomography // Intestig. Ophthalmolog. Visual Sci. - 2003. - V.44. - P. 3011-3016.

Сведения об авторах:

Иванов В.Т. – ГУЗ Липецкая Городская Больница №4 «Липецк-Мед», Россия, г. Липецк

Куташов Вячеслав Анатольевич - д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии и неврологии ИДПО ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко. kutash@mail.ru

Ульянова Ольга Владимировна - к.м.н., доцент кафедры психиатрии и неврологии ИДПО ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко. alataou8@mail.ru

CLINIC AND DIAGNOSIS OF RETROBULBAR NEURITIS

Ivanov V. T.

GUZ Lipetsk City Hospital №4 “Lipetsk-Med”, Russia, Lipetsk
Kutashov V.A., Ulyanova O.V.

FGBOU in VGMU them. NN Burdenko

Abstract. Multiple sclerosis (MS) is one of the most complex and global medical and social problems. Currently, the country is home to at least 150 000 patients, at least 50% of which are disabled. In recent years there has been a steady trend to increase the incidence of DCS, including in the North-West Russia, as well as the rejuvenation of the patients [6]. The reason for this was not only improve diagnosis of the disease, but also improving the quality of epidemiological studies, as well as the real increase in morbidity. The article describes the main clinical manifestations and diagnostic methods of lesions of the optic nerve in demyelinating diseases. The basic directions of treatment of patients RS.

Keywords: demyelinating disease, young age, multiple sclerosis, retrobulbar neuritis, Central nervous system.