

ствует развитию социально-бытовых навыков и сохранности физической, психо-социальной активности инвалидов.

Литература:

1. Андреева О.С. Принципы формирования и реализация индивидуальной программы реабилитации инвалида // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2000. – №4.
2. Богданова О.А. /Организация социальной работы в психоневрологических интернатах./ Вологда 2006. – 58 с.

СОСТОЯНИЕ ВНУТРЕННЕГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА У ДЕТЕЙ С НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ

Лебедевич А.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра оториноларингологии

Научный руководитель - к.м.н., доцент Алещик И.Ч.

Актуальность. Нейросенсорная тугоухость – распространенное заболевание. Среди новорожденных и детей раннего возраста встречается у (1%0), у взрослых людей - до 3,5%. По данным российских ученых нарушение слуха выявляется у 33% детей в возрасте 2,5 – 3 года (критический возраст), у 21% детей - от 1 года до 2,5 лет, у 4% детей – до 1 года [1]. В то же время в отечественной литературе отсутствуют работы по исследованию зависимости функционального состояния внутреннего уха от анатомического строения улитки при развитии нейросенсорной тугоухости.

Цель работы: изучить взаимосвязь функционального состояния внутреннего уха и анатомического строения улитки (сечение ее завитка) у детей различного возраста (от 1 до 12 лет) с тяжелой степенью тугоухости и глухотой.

Материал и методы. В исследование включены случаи нейросенсорной тугоухости среди пациентов гнойного оториноларингологического отделения для детей Гродненской областной клинической больницы, которым была проведена кохлеарная имплантация. Изучена медицинская документация (амбулаторные карточки и истории болезни) 18 пациентов (результаты исследований ASSR и МСКТ внутреннего уха). Изучалась острота слуха и диаметр сечения завитка улитки. Средний возраст пациентов составил $3,5 \pm 2,3$ (от 1,1 года до 12,4 лет) года. Мальчиков и девочек поровну (по 9).

Результаты. Изучены результаты МСКТ улитки у пациентов, квалифицированных для кохлеарной имплантации. Среднее сечение завитка улитки составило справа $1,64 \pm 0,30$ мм; слева - $1,67 \pm 0,27$ мм. Достоверной разницы между сторонами не обнаружено ($p > 0,05$). Порог восприятия звуков 90 дБ выявлен у 1 (6%) пациента, 100 дБ – у 7 (39%), 110 дБ - у 8 (44%), 120 дБ и более - у 2 (11%). Диаметр сечения завитка улитки отличался при разном уровне повышения порога восприятия звуков: при уровне 90 дБ диаметр правой и левой улиток 1,8 мм; 100 дБ - правой $1,69 \pm 0,33$ мм, левой $1,74 \pm 0,28$ мм; 110 дБ – правой $1,61 \pm 0,14$ мм, левой - $1,63 \pm 0,18$ мм; 120 дБ - $1,5 \pm 0,2$ мм. Достоверной разницы не выявлено ($p > 0,05$). В возрасте от 1 до 2,5 лет диаметр сечения завитка правой улитки составил $1,58 \pm 0,25$ мм, левой улитки - $1,68 \pm 0,23$ мм; у детей старше 2,5 лет - правой - $1,78 \pm 0,13$ мм; левой - $1,68 \pm 0,18$ мм. Для возраста старше 2,5 года нет возрастной зависимости диаметра сечения завитка правой и левой улитки. Отмечается увеличение диаметра сечения завитка правой улитки по сравнению с возрастной категорией от 1 до 2,5 лет, однако оно оказалось недостоверным.

С целью реабилитации слуха в улитку устанавливается кохлеоимплант. Размер внедряемой внутренней части кохлеарного имплантата по данным Neureles составляет: длина электродов 25 мм; диаметр основания 1,05 мм, верхушки 0,5 мм [2]. При размерах улитки меньше диаметра внутренней части установить

кохлеоимплант будет невозможно, как и в случаях прорастанию кости в улитки. Поэтому исследование МСКТ улитки является обязательной частью подготовки пациента для кохлеоимплантации.

Выводы:

1. Пороги восприятия звуков не имеют достоверной разницы от диаметра сечения завитков улитки.
2. Диаметр сечения завитка улитки определяется не возрастными рамками, а индивидуален для каждого человека.
3. Для определения противопоказаний для кохлеоимплантации слуха необходимо исследование МСКТ улитки.

Литература:

1. www.lorvrach.ru
2. www.neurelec.com

СЕРТОНИНЕРГИЧЕСКАЯ СИСТЕМА ГОЛОВНОГО МОЗГА КРЫС ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Лелевич С.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра клинической лабораторной диагностики и иммунологии

Серотонин представляет собой один из ключевых нейромедиаторов центральной нервной системы. Серотонинергические синаптические образования принимают участие в формировании многих поведенческих и эмоциональных проявлений. Они контролируют двигательные акты, систему положительного подкрепления, играют важную роль в половом и пищевом поведении. В периферических органах и тканях серотонин выполняет гормональные функции, регулируя тонус гладкой мускулатуры.

Целью работы являлось изучение уровня серотонина, его предшественника (5-окситриптофана) и метаболита (5-оксииндолуксусной кислоты) в коре больших полушарий, стволе и мозжечке головного мозга крыс при хронической (ХАИ) и прерывистой алкогольной интоксикации (ПАИ).

ХАИ моделировали путем внутрижелудочного введения 25% раствора этанола в дозе 3,5 г/кг 2 раза/сутки в течение 7 (2-я гр.), 14 (3-я гр.) и 21 сут. (4-я гр.). ПАИ моделировали путем введения 25% раствора этанола в дозе 3,5 г/кг массы тела, 2 раза в сутки в течение 4 суток. Затем в течение 3-х суток внутрижелудочно вводили эквивалентное количество воды. Такой цикл повторяли 4 раза с окончанием эксперимента на 28 сутки. Контрольные особи в обоих экспериментах (1-я гр.) получали эквивалентные количества воды.

Результаты. Введение алкоголя в течение 7 суток (2-я гр.) приводило к статистически значимому снижению в коре больших полушарий концентрации серотонина (на 68%). При увеличении сроков алкоголизации до 14 суток в данном отделе головного мозга было отмечено снижение уровня серотонина на 57% по сравнению с контрольной группой, а при 21-суточной алкогольной интоксикации концентрация данного нейромедиатора составляла 52% от контроля [1]. В стволе и мозжечке головного мозга при хронической алкогольной интоксикации не было выявлено существенных нарушений серотонинергической нейромедиации. Прерывистая алкогольная интоксикация не приводила к существенным изменениям функционального состояния серотонинергической нейромедиаторной системы в изученных регионах головного мозга крыс.

Выводы. Таким образом, введение алкоголя в организм приводит к определенным нарушениям функционального состояния серотонинергической нейромедиаторной системы в различных отделах головного мозга. Выраженность данных изменений при этом определяется вариантом моделирования эксперимен-