

болевания глаз, с осторожностью применяют у детей в возрасте до 7 лет. Пиразинамид назначается перорально (доза 25-30 мг/кг).

При плохой переносимости и противопоказаниях к назначению этамбутола и рифампицина больным туберкулезным менингитом могут быть назначены другие противотуберкулезные препараты: ПАСК, этионамид или протионамид в общепринятых дозах, применяемых для лечения других форм туберкулеза.[1]

Лечение в стационаре должно быть длительным (около 6 мес), сочетаться с общеукрепляющими мероприятиями, усиленным питанием и последующим пребыванием в специализированном санатории. Общая длительность лечения составляет 12-18 мес.[4]

Вывод. Диагноз туберкулезного менингита, в первую очередь, ставится на основании клиники, жалоб больного, его анамнеза и эпиданамнеза. Особенное внимание уделяют исследованию спинномозговой жидкости. В настоящее время, при своевременном лечении, благоприятный исход наступает у 90-95% заболевших.[4] В этой связи все больные с подозрением на туберкулезный менингит подлежат госпитализации в противотуберкулезный диспансер, для проведения дальнейшей терапии врачами - фтизиатром и неврологом.

#### Список литературы

1. Байке Е.Е. Туберкулезный менингит. Клиника, диагностика и лечение: учеб. пособие, Чита, 2009
2. Покровский В.И., Литвинов В.И., Лавачева О.В., Лазарева О.Л. Туберкулезный менингит. М., 2005 год.
3. Таволжанская В.В. «Туберкулезный менингит, принципы диагностики и лечения» Статья от 31 марта 2011.
4. Туберкулезный менингит: источник: <http://www.medsecret.net/nevrologiya/infekcii-ns/521-tuberkuleznyj-meningit> (Дата обращения: 1 декабря 2015)
5. Электронный медицинский журнал «Верный диагноз» Источник: <http://correctdiagnosis.ru/meningit/1215-tuberkuleznyj-meningit.html> (Дата обращения: 1 декабря 2015)
6. Энцефалит. Сотрясение головного мозга. Раздел: Туберкулезный менингит. Источник: <http://meduniver.com/Medical/Neurol> (Дата обращения: 1 декабря 2015)

### ЛЁГКИЕ ФОРМЫ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Коломысова Ю.С.

*Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия,*

**Актуальность.** Детская легкая черепно-мозговая травма (ЧМТ) остается одной из актуальных проблем человечества. Поскольку ЧМТ вызывает ряд сдвигов в функциональном состоянии ЦНС, данное обстоятельство в свою очередь приводит к нарушению специализации мозговых структур с последующей дестабилизацией формирующихся интегральных функций мозга.

Среди всех травм детского возраста, требующих госпитализации, черепно-мозговым травмам отводится ведущее место. Они составляют до 37,6% всей детской травмы.

По данным ВОЗ, отмечен постоянный рост частоты ЧМТ на 1-2% в год.

Даже легкая черепно-мозговая травма, полученная в детстве, накладывает отпечаток на весь последующий период жизни ребенка. В то же время у детей чаще, чем у взрослых, возможен благоприятный исход после тяжелой ЧМТ вследствие высоких компенсаторных возможностей детского мозга.

**Цель исследования:** анализировать по данным научных статей, монографий, учебных пособий особенности клиники, современные методы диагностики и лечения легкой формы черепно-мозговой травмы у детей.

**Результаты.** При черепно-мозговой травме механическая энергия повреждает не только череп, но и

его содержимое (головной мозг, мозговые оболочки, черепные нервы). Особенности развивающегося детского организма способствуют своеобразно травматических повреждений и клинических проявлений черепно-мозговых травм. Для детей, особенно в раннем возрасте, переломы черепа в виде линейных или вогнутых по типу целлулоидного мячика, как правило, не сопровождаются симптомами поражения нервной системы, что, в свою очередь, затрудняет своевременную диагностику повреждений головного мозга и может привести к серьезным последствиям.

Основные клинические формы черепно-мозговых травм: сотрясение, ушиб, сдавление мозга. На основании данной классификации установлено, что ЧМТ легкой степени тяжести наблюдаются в 60-80%, средней – в 10-20%, тяжелой – в 10% случаев.

Сотрясение головного мозга – это легкая форма диффузного поражения мозга, при котором отсутствуют макроструктурные изменения. Клинически возникает выключение сознания длительностью от нескольких секунд до нескольких минут, у детей потери сознания может не быть или она остается незавершенной. Характерна кратковременная ретро-, антероградная амнезия, что, учитывая различный возраст детей, не всегда является достоверным критерием. У детей первых месяцев жизни может наблюдаться рвота или спонтанные срыгивания после травмы. После восстановления сознания типичны жалобы на головную боль, головокружение, слабость, шум в ушах, приливы крови к лицу, потливость и нарушения сна. Могут быть боли при движении глазных яблок, диплопия при попытке чтения, вестибулярная гиперестезия. Жизненно важные функции не страдают. Ушиб мозга легкой степени тяжести характеризуется выключением сознания после травмы в пределах от нескольких минут до нескольких десятков минут. По восстановлению сознания характерны жалобы на головную боль, головокружение, тошноту. Как правило, отмечается ретро-, кон-, антероградная амнезия. Рвота чаще повторная. Жизненно важные функции не страдают. Может встречаться умеренная бради- или тахикардия, иногда – артериальная гипертензия. Неврологическая симптоматика обычно мягкая (нистагм, пирамидная недостаточность, менингеальные симптомы и др.), регрессирует на 2-3-й неделе после травмы. Возможны переломы костей свода черепа и субарахноидальное кровоизлияние. КТ часто выявляет зону пониженной плотности вещества мозга, соответствующую отеку. Отек мозга может быть локальным, долевым, полушарным; проявляется также в виде сужения ликворных пространств. Эти изменения обнаруживаются уже в первые часы после травмы, обычно достигают максимума на третьи сутки и исчезают через 2 нед.

Лечение. При сотрясении головного мозга показано:

1) соблюдение постельного режима в течение на 1 нед;

2) применение седативных, десенсибилизирующих, вегетотропных препаратов.

3) дегидратирующие средства при сотрясении головного мозга назначаются индивидуально, так как оно не всегда сопровождается отеком мозга и симптомами внутричерепной гипертензии. Но при острых периодах – через неделю целесообразно применять нейрометаболические препараты. Пребывание в стационаре в течение 7-10 дней позволяет не только провести курс лечения, но и осуществлять динамическое наблюдение за больным, исключить компенсированную фазу травматического сдавления головного мозга («светлый промежуток»). Именно это обстоятельство определяет необходимость госпитализации

больных (особенно детей) с сотрясением головного мозга. При ушибе мозга легкой и средней степени тяжести проводится лечение, как при сотрясении головного мозга, с добавлением средств, улучшающих мозговой кровоток (реополиглюкин, кавинтон, эуфиллин, теони-кол), энергообеспечение мозга (глюкоза в виде поляризующей смеси), восстановление функции гематоэнцефалического барьера (эуфиллин, папаверин), а также дегидратирующая и нормотензивная, противовос-палительная (при наличии субарахноидального кровоизлияния и ран на голове, при ликворее), метаболическая терапия. При субарахноидальном кровоизлиянии в лечебный комплекс включают гемостатическую терапию (5% раствор аминокaproновой кислоты, контрикал, трасилол, гордокс).

**Выводы:** Высокая распространенность и ежегодный прирост пациентов с черепно-мозговой травмой (ЧМТ), многообразие патологических внутричерепных процессов, запускаемых механическим повреждением головы, полиморфизм неврологической симптоматики у детей значительно затрудняют обоснование диагноза.

Таким образом, ЧМТ у детей имеет свои клинические, организационные и лечебные особенности. Однако первостепенной задачей следует считать решение организационных проблем, которые позволят улучшить раннюю диагностику. Решение вопросов организации позволит:

- повысить эффективность диагностики ЧМТ, а соответственно, и ее лечения;
- снизить летальность;
- уменьшить количество резидуальных изменений;
- сократить показатели инвалидизации;
- минимизировать экономические потери.

**Список литературы**

1. Агаева К.Ф. Процесс накопления и распространения последствий травмы головы среди населения. Журн неврол и психиат. 2001, № 5. С. 46-48.
2. Артарян А.А., Лихтерман Л.Б., Банин А.В., Бродский Ю.С. Клиническая классификация черепно-мозговой травмы у детей. Черепно-мозговая травма. Клиническое руководство. Под ред. А.Н. Коновалова, Л.Б.Лихтермана, А.А.Потапова. Т. 1. М.: Антидор, 1998. С. 69-76.
3. Банин А.В. Черепно-мозговая травма средней и тяжелой степени у детей: клиника, диагностика, лечение, исходы. Автореф. дис. ... докт. мед. наук. М., 1993.
4. Вышлова И.А., Карпов С.М., Апагуни А.Э., Стародубцев А.И. Последствия легкой черепно-мозговой травмы (обзорная статья). Международный журнал экспериментального образования. 2014. № 5-1. С. 27-31.
5. 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.
6. Карпов С.М., Лубенец А.Е., Шевченко П.П. Диагностика когнитивных нарушений в остром периоде детской черепно-мозговой травмы. Кубанский научный медицинский вестник. 2011. № 5. С. 73-75.
7. Карпов С.М. Нейрофизиологические аспекты детской черепно-мозговой травмы. Ставрополь, 2010.
8. Karpov S.M., Dolgova I.N., Vishlova I.A. The main issues of topical diagnosis of nervous system diseases. Ставрополь, 2015.

**ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЕ**

Крохмаль С.В.

Ставропольский Государственный Медицинский Университет, Ставрополь, Россия, Sergey267770@gmail.com

**Актуальность темы.** Среди нейротравм детская черепно-мозговая травма (ЧМТ) занимает особое место. Так, по утверждению зарубежных авторов (Sarah J.Gaskill, Arthur E.Merli, 1996) травма головы находится на 3-м месте среди причин смерти детей в возрасте до 1 года и является основной причиной гибели детей старше 1 года. Она представляет собой одну из

ведущих причин детской заболеваемости и смертности. По утверждению отечественных исследователей (Краснов А.Ф., Соколов В.А., 1995), частота нейротравм у детей составляет 25-45%.

**Цель исследования.** Проанализировать особенность ЧМТ у младшей возрастной группы.

**Материалы и методы исследования.** Было проведено анализ течения и характер нейротравмы у 25 пострадавших детей с тяжелой ЧМТ в остром периоде. Средний возраст больных составил 6,9±2,4 года.

**Результаты и обсуждение:** при поступлении в стационар, пациенты жаловались на резкую головную боль, постоянную рвоту, потерю сознания, головокружение, временная потеря памяти. Анализ дополнительных методов исследования (МРТ, КТ), были получены следующие результаты: – перелом лицевого отдела с мозговым отделом черепа – 20% случаев; – перелом свода черепа – 24%; – повреждения кожи – 12% случаев.

Кровоизлияния: а) в желудочки мозга 12% случаев; б) субарахноидальное – 20%; в) эпидуральное – 4%. Кроме этого было выявлено – сочетание переломов свода и основания в 16% случаев, изолированный перелом свода – 4% случаев.

**Вывод.** В результате проведенных исследований, наиболее часто встречаются переломы костей лицевого скелета с переломами свода черепа, что является следствием частых «качельных» травм и наибольшей активности данного возраста.

**Список литературы**

1. Карпов С.М. Нейрофизиологические аспекты детской черепно-мозговой травмы. Ставрополь, 2010.
2. Карпов С.М., Герасимова М.М. Способ дифференциальной диагностики сотрясения головного мозга и ушиба головного мозга легкой степени у детей в остром периоде. патент на изобретение RU 2306100 21.07.2006
3. Карпов С.М. Оценка нарушений функционального состояния центральной нервной системы посредством когнитивной волны P300 в остром и отдаленном периодах черепно-мозговой травмы у детей. Клиническая неврология. 2008. № 2. С. 13-16.
4. Карпов С.М., Гандылян К.С., Суюнова Д.Д., Елисева Е.В., Христофорандо Д.Ю., Волков Е.В., Карпова Е.Н. Механизмы адаптации у больных с сочетанной черепно-лицевой травмой. Кубанский научный медицинский вестник. 2014. № 3. С. 61-65.
5. Карпов С.М., Бахадова Э.М., Апагуни А.Э., Карпова Е.Н. Компенсаторно-восстановительные механизмы в отдаленном периоде у пострадавших после минно-взрывного ранения. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2014. № 2. С. 25-28.
6. Ульянченко М.И., Ходжаан 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.
7. Karpov S.M., Ulyanchenko M., Hodzhayan A., Apaguni A., Vishlova I., Dolgova I., Shevchenko P., Karpova E. Structure of road traffic injuries at residents of the industrial city. European science review. 2015. № 3-4. С. 23-24.
8. Karpov S.M., Dolgova I.N., Vishlova I.A. The main issues of topical diagnosis of nervous system diseases. Ставрополь, 2015.

**КУПИРОВАНИЕ МИГРЕНОЗНОГО ПРИСТУПА У ЛЮДЕЙ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА**

Луговский Ю.А., Махаринская Д.И., Стародубцев А.А., Стародубцев А.И.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия, Lugovskiy1994@bk.ru

**Актуальность**

Мигрень – это одна из распространенных форм первичной головной боли, которая в классификации МКГБ-2 занимает второе место по частоте встречаемости после головной боли напряжения. Мигренью страдает 10-15% взрослого населения, причем женщины – почти в 2 раза чаще, чем мужчины.[1,6,8]. Пик заболевания приходится на молодой возраст, что приводит к снижению трудоспособности и почти у трети больных – к снижению профессиональной деятельности. По современной классификации мигрень подразделяется на: мигрень без ауры и мигрень с ау-