

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., Ходжажан 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-