

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., Ходжахан 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-

рой. Клиническая картина мигрени характеризуется наличием, как правило, жесточайших приступообразных, односторонних головных болей.

Лечение мигрени складывается из двух подходов:

- купирование уже развившегося приступа;
- профилактическое лечение, направленное на предотвращение приступа боли [1].

В настоящее время огромное значение для врача общей практики является купирование мигренозного приступа, ибо эти больные в первую очередь обращаются именно к ним [6]. Известно, что препараты с неспецифическим механизмом действия (анальгетики, НПВС, комбинированные препараты) не эффективны в купировании мигренозного приступа, а использование препаратов «золотого стандарта» (суматриптан, имигран, наратриптан, амигренин) имеют ряд серьезных противопоказаний (гипертоническая болезнь, ИБС, беременность и кормление грудью) и побочных действий (слабость, головокружение, тошнота, рвота, повышение АД, тахикардия, боли за грудиной), поэтому все это диктует необходимость поиска новых методов купирования мигренозного приступа.

Цель исследования. Изучение результатов купирования мигренозных приступов

Материал и методы исследования

В проведении исследования по изучению результатов купирования мигренозного приступа участвовало 133 пациента, среди которых мужчин было 40 (30,1%) человек, женщин — 93 (69,9%). Мигрень без ауры отмечена у 101 (75,9%), мигрень с аурой — у 32 (24,1%). Эпизодическая мигрень отмечена у 106 (79,7%) пациентов, хроническая — у 27 (20,3%). Частота эпизодических приступов была следующей: 1-3 приступа в месяц отмечены у 48 (36,1%) больных, 5-10 приступов в месяц — у 19 (14,3%), 15-20 приступов в месяц — у 31 (23,3%), более 20 в месяц — у 8 (6,0%), ежедневные мигренозные приступы — у 27 (20,3%).

Для проведения исследования все больные были разделены на две группы: больным группы «А» (65 человек) проводилась немедикаментозная терапия с использованием чжень-цзю, су-джок и аурикулотерапии (65 человек), больным группы «В» (контрольная) — медикаментозная терапия, с использованием анальгетиков, препаратов «золотого стандарта» (68 человек).

Для оценки эффективности лечения использовались следующие методы: клинико-неврологический осмотр в динамике; учета динамики частоты мигренозных приступов, оценки степени выраженности головной боли по шкале ВАШ-10; нейрофизиологические и нейровизуальные исследования; лабораторные методы; обработка данных проводилась с использованием базовых статистических программ Microsoft Excel, Statistica 6,0.

Результаты исследования

Результаты проведенного исследования были следующими. В первые сутки от начала лечения в основной группе головная боль была купирована у 64,6% больных, в контрольной — у 16,4%. Легкая головная боль в основной группе отмечена у 23,1%, в контрольной — у 17,9%; умеренная ГБ в основной группе — у 7,7%, в контрольной — у 37,7%; сильная ГБ в основной группе — у 4,6%, в контрольной — у 14,9%; в основной группе сильнейшей головной боли не отмечено, в контрольной отмечена у 7,5% больных.

На вторые сутки от начала лечения головные боли не отмечались в основной группе у 78,5% больных, в контрольной группе — у 19,1%; легкая головная боль бала в основной группе у 15,4% пациентов, в контрольной — у 29,4%; умеренная ГБ в основной

группе — у 4,6%, в контрольной — у 32,4%; сильная ГБ в основной группе — у 1,5%, в контрольной — у 11,8%; сильнейшей ГБ в основной группе не было, в контрольной — у 2,9%.

На третьи сутки ГБ не отмечена в основной группе у 81,5% больных, в контрольной — у 29,4%; легкая ГБ в основной группе выявлена у 13,8% пациентов, в контрольной — 36,8%; умеренная ГБ в основной группе — у 4,6%, в контрольной — у 22,1%; сильной ГБ в основной группе не было, в контрольной ГБ зафиксирована у 8,8%; сильнейшая ГБ отсутствовала в обеих группах.

На пятые сутки ГБ не отмечена в основной группе у 84,6% больных, в контрольной — у 42,1%; легкая ГБ в основной группе выявлена у 15,4% пациентов, в контрольной — 33,8%; умеренной ГБ в основной группе не было, в контрольной отмечена у 11,8%; сильной ГБ в основной группе не было, в контрольной ГБ зафиксирована у 7,5%; сильнейшая ГБ отсутствовала в обеих группах.

На седьмые сутки ГБ не отмечена в основной группе у 87,4% больных, в контрольной — у 60,3%; легкая ГБ в основной группе выявлена у 11,8% пациентов, в контрольной — 30,9%; умеренной ГБ в основной группе не было, в контрольной отмечена у 7,4%; сильной ГБ в основной группе не было, в контрольной ГБ зафиксирована у 1,5%; сильнейшая ГБ отсутствовала в обеих группах.

На десятые сутки ГБ не отмечена в основной группе у 92,3% больных, в контрольной — у 63,2%; легкая ГБ в основной группе выявлена у 7,5% пациентов, в контрольной — 30,9%; умеренной ГБ в основной группе не было, в контрольной отмечена у 5,9%; сильная и сильнейшая ГБ отсутствовала в обеих группах.

Проведенное исследование показало, что наилучшие результаты в купировании мигренозного болевого синдрома получены с помощью немедикаментозного метода с использованием чжень-цзю, су-джок и аурикулотерапии, позволившему уже в первые сутки лечения купировать болевой приступ у 64,6% больных, а к третьим суткам этот результат достиг 81,5% и к 10-м суткам — 92,3%. Медикаментозная терапия, даже с использованием самых современных препаратов (экседрин, номигрен, элетриптан, антиконвульсанты, экстракт плодов карликовой пальмы сабаль) дает положительные результаты только у 60-65% больных [2,3,4,5].

Заключение

Таким образом, проведенное исследование показало статистически достоверное превосходство немедикаментозных методов купирования мигренозных головных болей, давших возможность у 92,3% больных купировать мигренозную головную боль.

Список литературы

1. Гусев Е.И. Неврология: национальное руководство / Е.И. Гусев, А.Н. Коновалов, В.И. Скворцова, А.Б. Гехт. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 1040 с.
2. Воробьева О.В. Лечение мигренозной головной боли / О.В. Воробьева // Нервные болезни. 2014. № 2. С. 2-5.
3. Екушева Е.В. Современные подходы к терапии рефрактерной мигрени / Е.В. Екушева, И.В. Дамулин // Русский медицинский журнал. 2014. №5. С. 47-48.
4. Корешкина М.И. Современные аспекты диагностики и лечения мигрени / М.И. Корешкина // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика, 2013. № 2. С. 92-95.
5. Литвинова Л.В. Использование экстракта плодов карликовой пальмы сабаль в качестве альтернативного метода лечения приступов мигрени у женщин / Л.В. Литвинова // Успехи современного естествознания, 2014. № 6. С. 46.
6. Скоромец А.А., Скоромец А.П., Скоромец Т.А. Нервные болезни: Учебное пособие для студентов мед. вузов / А.А. Скоромец, А.П. Скоромец, Т.А. Скоромец М.: МЕДпресс-информ, 2015. 544 с.
7. Diener H.C. Onabotulinumtoxin A for treatment of chronic migraine: results from the double-blind, randomized, placebo-controlled phase of the PREEMPT 2 trial / H.C. Diener, D.W. Dodick, S.K. Aurora // Cephalalgia, 2010. Vol. 30(7). P. 804-814.
8. Irimia P. Refractory migraine in a headache clinic population / P. Irimia, J.A. Palma, R. Fernandez-Torron, E. Martinez // BMC Neurol., 2011. Vol. 11. P. 94-98.