

Выводы: так как этиопатогенез сирингомиелии до конца не ясен, лечение данного заболевания требует дальнейшего изучения.

Список литературы

1. Кадыков А.С. Болезненная бесчувственность (о сирингомиелии). 2004.
2. Тамбиева М.А., Шевченко П.П. Сирингомиелия: Современные методы диагностики и лечения.
3. Шакурова Д.Н., Котова О.В., Потехина Ю.П. Статья из номера 3 за 2005. Рубрика: Оригинальные исследования, Нижний Новгород.
4. Менделевич Е.Г., Михайлов М.К. Государственный медицинский университет; Государственная академия последипломного образования, Казань. Нейровизуальные и клинические параллели при сирингомиелии. Неврол. Журн. 2000; 1: 35-43.
5. Дамулин И.В., Мхитарян Э.А., Тушканова М.В., Шашкова Е.В. Вегетативно-трофические расстройства при сирингомиелии // Рос. мед. журнал. 2002. № 1. С. 3237.
6. Елманова Т.В. Врожденные аномалии головного и спинного мозга: клиникодиагностический аспект / Елманова Т. В. // Справочник врача общей практики. 2010. № 7. С. 2238.
7. Лечение заболеваний нервной системы / Ф. ЛеманнХорн, А. Лудольф; Перевод с нем. / Под ред. О.С. Левина. М.: МЕДпрессинформ, 2005. 528 с.
8. Сирингомиелия / Д.А. Шамбуров, М., 1961. 220 с.
9. Karpov S.M., Dolgova I.N., Vishlova I.A. The main issues of topical diagnosis of nervous system diseases. Ставрополь, 2015.
10. Sharma R., Karpov S.M. MRI-guided laser interstitial thermal (ablation) therapy (MRGLITT). European science review. 2015. № 3-4. С. 38-39.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Потапова И.Г., Потапов А.Г., Карпов С.М.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия, irishka931805@yandex.ru

За последние годы, вместе с общим ростом травматизма, наблюдается увеличение частоты челюстно-лицевых травм и травм головного мозга. Вопросам изучения особенностей клиники, диагностики и лечения повреждений челюстно-лицевой области уделяется большое внимание как отечественными, так и зарубежными исследователями и клиницистами [1].

Наиболее часто среди повреждений лицевого скелета встречаются переломы нижней челюсти, составляющие по данным отечественных и зарубежных авторов от 70% до 85% всех переломов костей челюстно-лицевой области [2].

До сих пор остается актуальным вопрос о поражении головного мозга при переломе нижней челюсти.

Какова же клиническая картина со стороны головного мозга при переломе и других повреждениях нижней челюсти?

Исследование было направлено на выявление симптоматических проявлений со стороны головного мозга при данной травме. В исследовании участие принимало 23 пациента с таковой патологией. Задача – определение клинической картины со стороны головного мозга.

Опрос пациентов проходил по нижеописанным критериям:

Общемозговые симптомы:

- кратковременная потеря сознания от нескольких секунд до 20 минут;
- ретроградная амнезия
- тошнота, однократная рвота;
- головная боль, головокружение, шум в ушах
- боль при движении глазных яблок
- потливость
- при осмотре нистагм

Очаговые симптомы:

- нарушение движений
- чувствительности
- расстройство речи, зрения
- парез мимических мышц, языка
- нистагм

- анизокория
 - глазодвигательные расстройства
- Стволовые симптомы:
- гипертермия
 - плавающие глазные яблоки
 - тонический крупноразмашистый нистагм
 - расстройства ритма дыхания
 - брадикардия, повышение АД
 - нарушение реакции зрачков на свет
 - отсутствие или снижение плотательного рефлекса
- Триада симптомов характерная для внутричерепных гематом:

1. Наличие светлого промежутка
2. Гомолатеральный гемипарез – это расширение зрачка на стороне сдавления.

3. Контрлатеральный гемипарез – это парез конечности на стороне противоположной очагу сдавления.

В ходе опроса мы выявляли степень тяжести поражения мозга и собирали необходимые значения для той или иной формы поражения.

Результат - клиническая картина со стороны головного мозга у обследуемых на момент поступления соответствовала сотрясению и ушибу (легкой степени) мозга. Осмотр в стационаре на 3-4 сутки пребывания клиническая картина была стертая, так как больные принимали обезболивающие и другие средства.

Список литературы

1. Шаргородский А.Г., 1975, 2004; Федотов С.Н., 1997; Ефимов Ю.В., 2004; Мальшев В.А., Кабаков Б.Д., 2005; Weerda H., 2001; Xu J. et al., 2006; de Matos F.P. et al., 2009.
2. Аржанцев П.З. и соавт., 1975; Бернадский Ю.И., 1991; Сукачев В.А., 2000; Горбонос И.А., 2007; Barrera J.E., Batuello S.G. 2006.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ГЕМОРАГИЧЕСКОГО И ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Пугачева В.С.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия, nixaxa@mail.ru

Инсульт (позднелатинское *insultus* – приступ) – это острая сосудистая катастрофа головного мозга. В последние годы отмечается рост распространенности сосудистых заболеваний, в т.ч. острых нарушений мозгового кровообращения. Ежегодно в мире переносят инсульт около 6 млн. человек, а в России – более 450 тыс. Наблюдается увеличение распространенности инсульта у лиц трудоспособного возраста – до 65 лет. Согласно международным эпидемиологическим исследованиям (World Development Report) в мире от инсульта ежегодно умирают 4,7 млн. человек, в России – 230–250 тысяч. Частота инсультов у работоспособных лиц в возрасте 25–65 лет составляет 2,5–3 для городского населения, а для сельского 1,9 на 1000. Инсульт занимает первое место, как причина стойкой утраты трудоспособности. Таким образом, церебральный инсульт является проблемой чрезвычайной медицинской и социальной значимости.

Цель работы: повысить качество диагностики при разных формах инсульта.

Материалы и методы исследования: база литературных данных по проблемам острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК).

Результаты и их методы их обсуждения: Диагноз основывается на тщательном изучении анамнеза, выявлении факторов риска и анализе клинических данных, а именно неврологической симптоматики. Клиническая картина инсультов разнообразна и во многом определяется тем, в каком сосудистом бассейне произошла мозговая катастрофа и ее характером (ишемия или геморрагия).

Диагностируется инсульт при внезапном появлении очаговой и/или общемозговой и менингеальной