

ми спинного мозга и позвоночника / Альманах клинической медицины. 1999. №2. С.414-420.

3. Рудакова А.В., Ларионов С.Н., Сорокиков В.А. «Фиксированный» спинной мозг (обзор литературы) / Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. 2011. №4 (80). Ч. 1. С.348-353..

4. Торопина Г.Г., Егоров О.Е., Яхно Н.Н. Нейрофизиологические корреляты боли и чувствительных расстройств у больных сирингомиелией // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 2004. № 3. С. 42-51.

5. Файзутдинова А.Т., Михайлов И.М., Богданов Э.И. Ликвородинамическое исследование сообщающейся сирингомиелии / Практическая медицина. 2014. № 4 (80), Т. 2. С. 147-153.

6. Хачаянц Н.Ю., Карпов С.М., Апагуни А.Э. Постинсультный болевой синдром / Современные проблемы науки и образования. 2015. № 4. С.153-157.

7. Шевченко П.П., Тамбиева М. А. Современные методы диагностики и лечения сирингомиелии. Международный студенческий вестник №2, 2015. С.107-108.

8. Atul Goel. Craniovertebral Junction Instability: A Review of Facts about Facets / Asian Spine J. 2015. № 9(4). P.636-644. <http://dx.doi.org/10.4184/asj.2015.9.4.636>

9. Ducieux D., Attal N., Parker R., Bouhassira D. Mechanisms of central neuropathic pain: a combined psychophysical and fMRI study in syringomyelia. Brain. 2006;129(4):963-976.

10. Fernández A.A., Guerrero A.I., Martínez M.I., Vázquez M.E. A., et al. Malformations of the craniocervical junction (chiari type I and syringomyelia: classification, diagnosis and treatment) BMC Musculoskeletal Disorders 2009, 10(Suppl 1):S1 <http://www.biomedcentral.com/1471-2474/10/S1/S1>

АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ЛЕГКОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ

Степанова К.В.

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

Актуальность. Одной из важнейших проблем современной медицины является черепно-мозговая травма. С каждым годом количество черепно-мозговых повреждений увеличивается, поэтому проблема черепно-мозговой травмы приобретает не только медицинское, но и социально-экономическое значение. Черепно-мозговая травма у детей по данным различных авторов составляет 22-50% всех травматических повреждений в детском возрасте. Чаще, всего все же наблюдается легкая черепно-мозговая травма (сотрясение головного мозга – примерно 76%).

Цель: оптимизировать аспекты диагностики легкой черепно-мозговой травмы у детей.

Материалы и методы: по данным интернет ресурсов.

Обсуждение: Диагноз легкой черепно-мозговой травмы (сотрясения головного мозга) основывается на комплексе корковых, дисцефальных и вегетативных проявлений. При этом выделяют синдром нарушения сознания и памяти, вестибулярно-стволовой синдромокомплекс (нистагм, тремор, адиадохокние з.шаткость),сосудисто-ликворно-дисциркуляторный синдромокомплекс (головная боль, тошнота, рвота, спазм артерий и расширение вен глазного дна), вегето-сосудистый синдромокомплекс (артериальная гипертензия, тахи-или брадикардия, тахипноэ, гипертермия, гипергидроз, сальность кожи, изменения дермографизма), психо-неврологический синдромокомплекс (возбуждение или сонливость, кратковременные очаговые неврологические нарушения).

Однократная или многократная рвота, тошнота, бледность кожных покровов, лабильность пульса и артериального давления, беспричинное беспокойство или повышенная сонливость позволяют думать о сотрясении головного мозга. В неврологическом статусе выявляются умеренно выраженные глазодвигательные нарушения в виде симптомов Седана, Гуревича, Маринеску-Родовичи, признаки слабости отводящих нервов, мелко-размашистый нистагм при взгляде в стороны, очаговые неврологические симптомы в виде анизорефлексии, хоботкового рефлекса, слабости мимической мускулатуры. Все эти проявления сохраня-

ются в течение нескольких часов или дней. Важным моментом подтверждения сотрясения головного мозга являются выпадения памяти на узкий период событий до, во время и после травмы (конградная, ретроградная или антероградная амнезия), которые у детей часто не удается установить. Повреждения костей черепа и субарахноидальные кровоизлияния всегда отсутствуют. Тип течения болезни всегда регрессирующий.

Вывод: ведущим в диагностике легкой ЧМТ у детей является клиничко- неврологический метод, а также опыт невролога. В постановке диагноза важны как анамнестические и психоневрологические данные, но и учет динамики клинических проявлений черепно-мозговой травмы.

Список литературы

1. 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.
2. Карпов С.М. Нейрофизиологические аспекты детской черепно-мозговой травмы. Ставрополь, 2010.
3. Карпов С.М., Шарай Е.А. Электроэнцефалографические показатели у детей с разными формами закрытой черепно-мозговой травмы. Проблемы экспертизы в медицине. 2008. Т. 8. № 1 (29). С. 15-17.
4. Карпов С.М. Возрастные различия когнитивных функций мозга по данным вызванных потенциалов р300 в разные периоды черепно-мозговой травмы у детей. Неврологический вестник. Журнал им. В.М. Бехтерева. 2008. Т. XL. № 2. С. 50-53.
5. Соколова И.В., Карпов С.М. Травматическая эпилепсия при ЧМТ. Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2012. № 1. С. 44-45.
6. Karpov S.M., Dolgova I.N., Vishlova I.A. The main issues of topical diagnosis of nervous system diseases. Ставрополь, 2015.
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.

ПОРАЖЕНИЕ ВНС, КЛИНИКА, МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ.

Текеева Б.У., Шевченко П.П.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия, tekeeva_96@mail.ru

Актуальность. Вегетативные расстройства являются одной из актуальных проблем современной медицины. Это обусловлено несколькими факторами и прежде всего – распространенностью вегетативных нарушений (до 80% у пациентов с разнообразными заболеваниями). Практически нет таких патологических состояний, в развитии и течении которых не играет важную роль вегетативная дисфункция(ВД). Поэтому методам исследования ВД в настоящее время уделяют особое внимание, поскольку от функционального состояния ВНС зависит степень выраженности патологического процесса [1].

Цель: проанализировать по данным источников современный уровень диагностики при поражении ВНС.

Результаты. Синдромы поражения ВНС. В зависимости от уровня поражения вегетативной нервной системы могут быть выражены различные синдромы. При поражении гипоталамуса наблюдаются гипоталамические, или дисцефальные, синдромы. Важнейшими из них являются синдром вегетативно-сосудистой дистонии, нейроэндокринный синдром, нарушение сна и бодрствования. Вегетативно-сосудистый синдром характеризуется приступами тревоги, страха, подавленного настроения в сочетании с покраснением или побледнением лица, повышением или падением артериального давления, головокружением, сердцебиениями. Нейроэндокринный синдром характеризуется нарушениями обмена веществ, дисфункцией половых желез, несхарным мочеизнурением.

Нарушения сна и бодрствования проявляются приступами неодолимой сонливости, извращения