

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ СОЧЕТАННЫХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ И ПОВРЕЖДЕНИЙ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ. КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

Федоров В.Г., Колтышев В.И., Зиятдинов Р.Д., Поторочин В.О.

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия Минздрава России», Ижевск, e-mail: doctorfvg@ya.ru

В соответствии с принятыми стандартами оказания медицинской помощи при сотрясении головного мозга (СГМ) необходимо, согласно кодам А06.03.007, А06.03.01, выполнять рентгенографию первого и второго шейного позвонков и рентгенографию шейно-дорсального отдела позвоночника не менее одного раза за обращение. Исходя из биомеханики травмы головы многие авторы подчеркивают, что при СГМ травмы головы без травмы шеи не бывает, особенно при кататравме и дорожно-транспортной травме. Отказ от использования инструментальных методов исследования шейного отдела часто приводит в отдаленном или резидуальном периоде к манифестации клинических проявлений мягкотканых повреждений шейного отдела позвоночника в результате возникновения нестабильности. Часто при травмировании кранио-цервикального отдела – С0–С1–С2 (как правило, в виде ротационного подвывиха) – возникает клиническая картина синдрома позвоночной артерии. Данные судебно-медицинских экспертиз показывают, что сочетание ушиба шейного отдела с СГМ наблюдается в 92,9% случаев. При этом в лечебных учреждениях краниография при предполагаемом диагнозе СГМ выполнялась в 98,7% случаев, а рентгеновское обследование шейного отдела позвоночника в целях дифференциальной диагностики – только в 6,1% наблюдений и, как правило, только тем пациентам, которые были госпитализированы. Значительные затруднения диагностики возникают при обращении в приемный покой стационара детей после дорожно-транспортной травмы и падения с высоты. Контакт с детьми, а соответственно, сбор информации бывает значительно затруднен, описание травмы со слов взрослых прохожих или родителей ребенка, которые доставили юного пациента в стационар, могут расходиться с объективной реальностью. При отсутствии рентгенографии шейного отдела позвоночника наиболее достоверным клиническим подтверждением патологии является мануальное тестирование, которому целесообразно обучить специалистов.

Ключевые слова: сотрясение головного мозга, дорожно-транспортное происшествие, ушиб шейного отдела позвоночника, когнитивные нарушения, посттравматическая головная боль, ротационный подвывих С1 позвонка, клинический случай.

FEATURES OF DIAGNOSIS OF COMBINED CRANIOCEREBRAL AND CERVICAL SPINE INJURIES IN CHILDREN. CLINICAL EXAMPLE

Fedorov V.G.¹, Koltyshev V.I.¹, Ziyatdinov R.D.¹, Potorochin V.O.¹

Izhevsk State Medical Academy, Kommunarov Street, 281, 426034, Izhevsk, e-mail: doctorfvg@ya.ru

According to the standards of medical care provision in the case of brain concussion it's necessary to make the radiography of the first and the second neck bones and radiography of the neck-dorsal part of the spinal cord once in treatment on average (codes А06.03.007, А06.03.01). Based on the biomechanics of the head's trauma, a lot of authors point out that brain concussion is combined with neck's trauma, especially in the cases of the trauma caused by falling down from altitude and by road accident. Refusing from using instrumental methods of investigation of the neck part in long-term or residual periods often leads to the manifestation of clinical occurrence of soft tissue damages caused by instability. Clinical picture of vertebral artery syndrome can be formed especially caused by trauma of craniocervical part C0–C1–C2 (as a rule in a form of rotational subluxation). According to the data of a forensic analysis, contusion of the neck part of the was combined with brain concussion en 92,9% of cases. In so doing in condition of brain concussion as an expected diagnosis medical institutions applied craniography in 98,7% of cases, while radiography of the neck part in order to differential diagnosis is applied only in 6,1% of cases. As a rule, the last one mentioned method was used only for those patients who were hospitalized. Serious difficulties of diagnosis in the clinics happen in the case of child trauma after road accident and falling down from attitude. Data collection is hard enough because of communication troubles with children, diagnosticians have to investigate the details from parents and witnesses. Such information often can be wrong. Without radiography of the cervical spine manual testing is the most reliable clinical confirmation of pathology, and it is reasonable to educate specialists how to use this method.

Keywords: cerebral commotion, road accident cervical injury, cognitive impairments, posttraumatic headache, rotational subluxation C1, a clinical case.

Имеется ли связь сотрясения головного мозга (СГМ) S06.0 (внутричерепная травма) с вывихом, растяжением и перенапряжением капсульно-связочного аппарата на уровне шеи S13.4?

Согласно механизму возникновения СГМ, во время удара по голове происходит смещение жидкостных образований головного мозга внутри черепа – ликворный удар. При этом, учитывая особенность черепа, кости которого никогда не срастаются между собой, происходит их деформация. Эти два механизма – ликворный удар и упругая дислокация костей – травмируют головной мозг и образования внутри него, в первую очередь сосуды.

Острый период СГМ проявляется следующими жалобами, интенсивность которых зависит от особенностей организма (возраста, анамнеза жизни, порога чувствительности): головной болью (66,9–69%), головокружением (29–40,9%), тошнотой (17–41,6%), ретроградной амнезией длительностью до 1 часа, нарушением сознания (37–87,6%), шумом в ушах (1,9%) [1, 2, 3].

Как правило, травмированные обращаются в медицинское учреждение, и им, согласно стандартам оказания помощи, проводят неврологический осмотр (неврологом или нейрохирургом), при необходимости – консультация окулиста, выполняют обзорную рентгенографию черепа или спиральную компьютерную томографию (СКТ). Если клиническая картина малоинформативна, то в 79,2–84,6% случаев осуществляют нейровизуализацию – компьютерную (КТ) или магнитно-резонансную томографию (МРТ) для исключения очаговых повреждений головного мозга с целью «...превратить достаточно субъективный, по мнению ряда авторов, диагноз СГМ в объективный с учетом клиники и механизма травмы» [4].

В статье Ю.А. Алексенко [4] указывается, что при тщательном изучении данной патологии с применением диагностического алгоритма «достоверный» диагноз СГМ может быть выставлен только в 62% случаев, «вероятный» – в 25%.

Любая травма в соответствии с законами патологической физиологии протекает стадийно и, согласно сюжету, на пролиферативной стадии в клинической картине также должны быть какие-то проявления. Независимо от способа лечения (стационарного или амбулаторного) в резидуальной стадии/фазе в 93,8% случаев отмечаются когнитивные нарушения. Так, [4] сообщает, что в резидуальной стадии СГМ «...легкую выраженность когнитивных нарушений установили у 48 (60%) пациентов, умеренные когнитивные нарушения — у 27 (33,75%)».

Положительная динамика при СГМ независимо от амбулаторного или стационарного вида лечения появлялась после четвертых суток. В этот подострый/промежуточный период пациентов беспокоит астенический синдром (слабость, вялость и головная боль), который при

благоприятном исходе регрессирует к концу второй недели. При хронизации процесса у детей с «последствиями черепно-мозговой травмы изменен психоэмоциональный тонус и страдают когнитивные функции (снижение концентрации внимания, функции ориентирования и счета, снижение процессов обобщения и беглости речи)» [2].

Авторы статьи [5] указывают, что имеющийся «в отдаленном периоде СГМ (более 2 месяцев)» посттравматический астенический синдром сочетался с признаками снижения памяти, внимания, общей слабостью и утомляемостью в 66% случаев (у 31 из 47 пациентов). Кроме головных болей (более 80%), в отдаленном периоде у пациентов после СГМ выявлялись вегетативная дисфункция и тревожно-депрессивные нарушения в 86,4% случаев [6].

У детей с СГМ только в отдельных случаях удастся собрать подробный анамнез непосредственно у ребенка, поэтому врачу чаще всего приходится опираться на рассказ родителей или сопровождающих. Соответственно, истинную картину момента травмы ребенка не всегда удастся установить при первичном осмотре. И только проводимая терапия и стационарное наблюдение помогают выставить окончательный диагноз. В связи с этим госпитализация ребенка с СГМ является необходимым условием для исключения выраженных отдаленных последствий. Анализируя состояние здоровья детей школьного возраста (от 6 до 15 лет), перенесших черепно-мозговую травму, авторы [7] указывали, что «особенностью клинической картины черепно-мозговой травмы у детей является «атипичное и диссоциированное течение внутричерепных повреждений». Только 27 (33,6%) детей школьного возраста из 80 не предъявляли жалобы. Основные симптомы последствий СГМ проявлялись в виде затруднения засыпания, плохого сна, снижения успеваемости, утомляемости, которые до травмы у ребенка не наблюдались.

Если у взрослых людей при одновременном СГМ и повреждении мягких тканей шейного отдела позвоночника (ШОП) высока вероятность выявить травму ШОП в течение нескольких дней после происшествия, поскольку пострадавший будет предъявлять соответствующие жалобы, то дети затрудняются детализировать локализацию боли в шее. Е.Е. Романова отмечает, что из 167 больных, лечившихся в стационаре, сочетание ушиба шейного отдела позвоночника с сотрясением головного мозга было диагностировано у 143 (в 92,9% случаев). Данное сочетание чаще всего возникает при кататравме, избиении и дорожно-транспортной травме [8].

Е.И. Подгорбунских, А.Ю. Нефедов в своем научном обзоре со ссылкой на руководство по головокружению М.Р. Дикса и Дж.Д. Худа (1989) указывают, что такие симптомы, как цервикалгия, головокружение, звон в ушах, раздражительность, утомляемость, посттравматическое беспокойство, являются признаками «хлыстовой» травмы, но без повреждения позвонков, т.е. проявляются признаками, аналогичными СГМ [9].

Таким образом, необходимо взять за основу факт: любая черепно-мозговая травма, в том числе и СГМ, всегда сопровождается нефизиологическими «запредельными» движениями во всех направлениях ШОП. При травме этого отдела анатомическое соседство органов и тканей, относящихся к разным функциональным системам человеческого организма, является благоприятным условием, при котором в той или иной степени может страдать сосудистая сеть, питающая головной мозг, и в первую очередь – позвоночная артерия.

Цель сообщения. Показать на клиническом примере, что при сотрясении головного мозга часто травмируется шейный отдел позвоночника. Несвоевременно выявленная патология приводит к значительному ухудшению состояния в отдаленном периоде, значительному снижению качества жизни и может явиться предметом досудебного производства. Одна из возможных причин – несоблюдение стандарта обследования данной группы пациентов.

Материал и методы исследования. Приведем пример. Пациентка 8 лет. Предъявляла жалобы на головную боль, тошноту, рвоту. Травма получена в результате ДТП, сознание не теряла. Осмотрена нейрохирургом, выполнена рентгенография черепа; поставлен диагноз «ушиб мягких тканей височной области слева», рекомендовано амбулаторное наблюдение у невролога.

В тот же день через 4 часа после обращения в клинику дома у ребенка была трехкратная рвота. Девочка повторно доставлена к нейрохирургу, была госпитализирована (стационарное лечение 6 дней). При объективном общем исследовании со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Невролог: «Жалобы на умеренную головную боль, тошноту, однократную рвоту. Перевернулась на машине. Сознание не теряла, рвоты не было. В ясном сознании, ориентирована, критична. На вопросы отвечает правильно, просьбы исполняет. Зрачки равны, фотореакции живые, нистагма нет. Лицо симметрично, язык по средней линии. Менингеальные знаки отрицательные. Пальценосовые пробы уверенно с двух сторон. Глотание сохранено. Ограничений движения головы нет. Девиации языка нет. Симптомов орального автоматизма нет. Расстройства чувствительности нет. Сухожильные рефлексы с рук и ног живые, парезов и параличей нет. Мышечный тонус нормальный. Симптом Бабинского отрицательный. Чувствительность не нарушена. Двигательных нарушений нет. Мышечный тонус не изменен. Патологических знаков нет. Координация по возрасту. Заключение: ситуационная реакция, убедительных данных за ЧМТ не выявлено».

КТ головного мозга в день госпитализации: «травматической патологии со стороны головного мозга, костей черепа на момент исследования не выявлено».

Осмотр на другой день: «...жалобы на головную боль, тошноту рвоту, боли в месте ушиба, плохой сон. В ясном сознании, ориентирована, критична. Зрачки равные,

фотореакции живые, нистагм в крайних отведениях, слабость конвергенции». Заключение: «ЗЧМТ (закрытая черепно-мозговая травма). Сотрясение головного мозга. Ушиб мягких тканей височной области слева».

По результатам ЭЭГ (электроэнцефалографии) дано заключение: «Мозговые изменения диффузного, довольно выраженного характера в виде доминирования медленных волн тета-диапазона, заостренных волн активности больше слева с синхронизациями из заостренных волн на нагрузки. Признаки дисфункции коры, глубинных структур, срединно-стволовых образований с акцентом на передние области мозга больше слева гипертензионного характера. Единичные условно эпилептиформные элементы».

Осмотр офтальмолога на четвертый день стационарного лечения: «ДЗН (диски зрительного нерва) бледно-розовые, границы определяются, вены умеренно полнокровны, сетчатка без особенностей».

На четвертые сутки выставлен клинический диагноз: «ЗЧМТ. Сотрясение головного мозга. Резидуальное поражение ЦНС, синдром гипервозбудимости (судорожная готовность мозга по ЭЭГ».

На шестой день пациентка выписывается в удовлетворительном состоянии под наблюдение невролога по месту медицинского обслуживания с записью «...за время лечения отмечалась положительная динамика в виде регресса общемозгового, астеновегетативного синдромов». Стационарное лечение включало в себя: глицин, метоклопрамид, ибупрофен. Рекомендовано продолжить лечение.

Через 3 недели после травмы – госпитализация в стационар «Нейрон». Экстренно направлена детской поликлиникой с жалобами «...на интенсивные головные боли – практически ежедневные, в разное время суток, разной степени интенсивности – от умеренных до сильных. Принимает нурофен с положительной динамикой. Также беспокоит снижение внимания, памяти».

Консультации в стационаре «Нейрон»: «...сознание ясное, реакция на окружающих адекватная. Ребенок спокойный. Речь четкая. Менингеальные симптомы отрицательные. Глазные щели без грубой асимметрии, носогубные складки без грубой асимметрии. Дермографизм красный, стойкий». ЭЭГ-исследование: «биоэлектрическая активность головного мозга (БЭА) характеризуется умеренными диффузными изменениями с признаками заинтересованности неспецифических стволовых структур, усиливающимися при ГВ (гипервентиляции). Эпилепти-формы не регистрируются».

Допплерография сосудов головы и шеи: «Скоростные и спектральные характеристики на экстракраниальном уровне сонных артерий в пределах возрастной нормы. Кровоток по надблоковым артериям антеградный. Транскраниально-линейный скоростной кровоток по

средней мозговой артерии, передней мозговой артерии, задней мозговой артерии соответствует норме».

Реоэнцефалография (РЭГ): «Кровенаполнение в *каротидном бассейне* и *вертебрально-базилярном бассейне* снижено, асимметрия 12%, затруднение венозного оттока в полушариях мозга слева. При *фоновой функциональной пробе* – асимметрия кровенаполнения до 11%». Окулист: «Ангиопатия сетчатки с признаками внутричерепной гипертензии». Психиатр: «Легкое когнитивное расстройство посттравматического генеза».

Диагноз заключительный основной: «Выраженный цефалгический синдром на фоне венозной дисфункции, легкое когнитивное расстройство как следствие закрытой черепно-мозговой травмы. Сопутствующий: Ангиопатия сетчатки с признаками внутричерепной гипертензии».

Через 4 месяца – повторная госпитализация в «Нейрон». Консультация ортопеда. Движения в шейном отделе позвоночника не ограничены, болезненны в крайних точках. Отмечается болезненность при пальпации вдоль остистых отростков позвонков шейного отдела. Мышцы шеи мягкие и эластичные. Заключение: «Нестабильность шейного отдела позвоночника. Вертебробазилярная недостаточность. Закрытый сросшийся перелом тела С6 позвонка без смещения отломков».

Функциональная рентгенография шейного отдела позвоночника в боковой проекции (при сгибании и при разгибании): «Краниовертебральная область (КВО) развита правильно. Щель сустава Крювелье клиновидна, краниально расширена до 3,5 мм. Ширина спинномозгового (СМ) канала на С1 до 22 мм. Лордоз сглажен. Структура и форма тел позвонков по возрасту. Диски С4–С5 с небольшим снижением без компенсаторных изменений. Межпозвонковые суставы прослеживаются. При сгибании щель сустава Крювелье расширяется до 4 мм. При разгибании щели суставов на уровне С3 и С4 клиновидной формы. Передняя стенка СМ канала деформирована ступенеобразно до 16 мм на уровне сегмента С3,С4. Заключение: Признаки слабости связок зоны КВО и межпозвонковых сегментов С3, С4».

Диагноз: «выраженный цефалгический синдром, цереброастенический синдром как следствие ЗЧМТ».

При выписке рекомендованы: статическая гимнастика на шейный отдел позвоночника ежедневно, воротник Шанца, массаж шеи, воротниковой зоны № 10.

Через 5 месяцев запись невролога «...жалобы на интенсивные головные боли при нормальном артериальном давлении после ЧМТ. Не может учить уроки. До травмы занималась шашками, имела много грамот, занималась ментальной арифметикой, хорошо лепила кукол. В этом году даже учитель заметил заторможенность. Локальный статус:

бледность, периорбитальный цианоз. ЧМН б/о. Глубокие рефлексы оживлены. Мышечно-тонический синдром на шейном уровне S>D. Диагноз: Последствия краниовертебральной травмы с умеренным (до выраженного) цервико-краниалгическим, мышечно-тоническим, цереброастеническим симптомом». Даны рекомендации – ношение воротника Шанца, ЛФК. Назначена лекарственная терапия. Окулист: глазное дно – диск зрительного нерва бледно-розовый, границы четкие. Вены А/В 2:3, вены умеренно полнокровны больше OS, сетчатка прозрачна. Диагноз: Расстройство зрения. Амблиопия вследствие анопсии левого глаза.

Через 6 месяцев МРТ шейного отдела позвоночника выявила умеренную посттравматическую деформацию задних отделов тела С6. Признаки нестабильности в сегментах С3, С4.

Через 7 месяцев – лечение в санатории для детей 19 дней. Диагноз: «Последствия ЗЧМТ (Сотрясение головного мозга. Ушиб мягких тканей левой теменной области). Синдром внутричерепной гипертензии, цереброастенический синдром». «Выписалась без динамики на фоне санаторного лечения: сохраняются частые головные боли без тошноты и рвоты. Боли носят ноющий характер, купируются преимущественно самостоятельно. Отмечались пульсирующие головные боли, купировались только на фоне анальгетиков».

Через 8 месяцев – рекомендовано обучение на дому. Рекомендации: госпитализация в психоневрологическое отделение.

Результаты исследования и их обсуждение. Таким образом, исходя из вышеописанной картины однозначно можно сказать, что у пациентки была краниовертебральная травма: сотрясение головного мозга и ушиб, нестабильность шейного отдела позвоночника на уровне С0–С1–С2 («Щель сустава Крювелье клиновидна, краниально расширена до 3,5 мм... При сгибании щель сустава Крювелье расширяется до 4 мм»). Нестабильность на уровне краниовертебрального перехода проявляется признаками синдрома позвоночной артерии (в динамике выявились практически все симптомы позвоночной артерии). Соответствующая клиническая картина и стала проявляться в дальнейшем с отрицательной динамикой.

По данным судебно-медицинской экспертизы: «...Ушиб шейного отдела головы сочетался с СГМ в 92,9% случаев» [8], «... травмы головы без травмы шеи не бывает...» [9].

«Наиболее частым упущением является отказ от использования инструментальных методов исследования. Так, если краниография выполнялась во всех исследуемых группах в 98,7% случаев, то в целях дифференциальной диагностики рентгеновское обследование шейного отдела позвоночника – в 6,1% наблюдений» [10].

Достоверным клиническим признаком патологии шейного отдела позвоночника и, в первую очередь, заинтересованности шейно-затылочного перехода после любой травмы

данного отдела является блокирование подвижности в нем, в частности из-за болевого синдрома. Исходя из основ мануальной медицины нетравматичным доступным методом выявления патологии на уровне С0–С1–С2 является мануальное тестирование. «Тестирование – контроль правильности наших выводов» [11, с. 175]. В первую очередь, это легкая осевая тракция шейного отдела, во время которой происходит улучшение состояния пациента. Однако главный признак патологии шейно-затылочной области выявляется при тестировании ротационной подвижности [11].

Выводы

1. В лечебной деятельности необходимо придерживаться «Стандарта специализированной медицинской помощи при внутричерепной травме» [12], который включает: рентгенографию шейного отдела (целесообразно с центрацией на С0–С1–С2 в прямой проекции и функциональные рентгенографии с центрацией на С0–С1–С2), которую необходимо выполнять в 100% случаев при выявлении признаков ротационного блока на уровне шейно-затылочного перехода.

2. Целесообразно обучить специалистов основным приемам мануального тестирования шейного отдела позвоночника.

3. При СГМ с первого дня лечения необходимо применять воротник Шанца в обязательном порядке.

Заключение. При соблюдении стандарта лечения данной патологии можно избежать записи эксперта качества медицинской помощи: «имеется несоответствие медицинской помощи (медицинской услуги) обязательным требованиям, предусмотренным законодательством по обязательному медицинскому страхованию или условиям договора». А с моральной точки зрения можно предотвратить тот факт, что медицинская помощь повлекла ятрогенное заболевание (ухудшение физического или эмоционального состояния человека, ненамеренно спровоцированное медицинским работником).

Список литературы

1. Воскресенская О.Н., Дамулин И.В. Сотрясение головного мозга: клиника, диагностика, лечение // Российский медицинский журнал. 2015. Т. 21. № 5. С. 53-56.

2. Чепурная Л.Ф. Особенности поражения нервной системы в отдаленных периодах сотрясения и ушиба головного мозга легкой степени тяжести у детей в разные посттравматические сроки // Вестник восстановительной медицины. 2017. № 3 (79). С. 81-85.
3. Породенко В.А., Ануприенко С.А., Сергеева Ю.А., Шутова В.В. Анализ случаев сотрясения головного мозга при транспортной травме в городе Краснодаре // Кубанский научный медицинский вестник. 2018. Т. 25. № 3. С. 107-112.
4. Алексеенко Ю.В. Факторы надежности диагноза сотрясения головного мозга // Достижения фундаментальной, клинической медицины и фармации: материалы 69-ой научной сессии сотрудников университета. УО «Витебский государственный медицинский университет», 2014. С. 343-344.
5. Литвиненко И.В., Юрин А.А., Ушакова Н.О., Костина Е.В. Коррекция пограничных тревожных и астенических состояний в периоде последствий легкой черепно-мозговой травмы // Известия Российской военно-медицинской академии. 2021. Т. 40. № S4. С. 70-74.
6. Щеколова Н.Б., Мудрова О.А., Дроздов С.Н. Психовегетативные нарушения и их лечение у больных с отдаленном периоде сотрясения головного мозга // Российский медицинский журнал. 2013. № 3. С. 27-30.
7. Гузева В.И., Максимова Н.Е., Гузева О.В., Гузева В.В., Разумовский М.А., Чокмосов М.С. Особенности симптоматической эпилепсии у детей с закрытой черепно-мозговой травмой // Нейрохирургия и неврология детского возраста. 2016. № 2 (48). С. 18-24.
8. Романова Е.Е. Особенности диагностики клинических проявлений и оценки степени тяжести вреда здоровью у потерпевших с изолированным и сочетанным с сотрясением головного мозга ушибом шейного отдела позвоночника // Проблемы экспертизы в медицине. 2004. Т. 4. № 2 (14). С. 6-8.
9. Подгорбунских Е.И., Нефедов А.Ю. Пациент с черепно-мозговой травмой в приемном отделении многопрофильной больницы. Клинические и организационные аспекты // Мануальная терапия. 2014. № 2 (54). С. 49-62.
10. Тучик Е.С., Хохлова Т.Ю., Грудолова Н.А. К вопросу экспертной оценки степени тяжести сотрясения головного мозга // Медицинская экспертиза и право. 2011. № 4. С. 26-28.
11. Искра Д.А., Кошкарёв М.А., Литвиненко И.В., Дыскин Д.Е., Коваленко А.П. Мануальная дифференциальная диагностика мигрени и цервикогенной головной боли // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2019. Т. 119. № 5. С. 80-85.
12. Приказ МЗ РФ от 7 ноября 2012 г. N 635н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при внутричерепной травме». [Электронный ресурс]. URL: <https://base.garant.ru/70308186/> (дата обращения: 12.03.2022).