

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ САМОПІДГОТОВКИ ДО СЕМІНАРСЬКИХ
ЗАНЯТЬ ЛІКАРІВ ЗА ФАХОМ
“ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА - СІМЕЙНА МЕДИЦИНА”

Курс: НЕРВОВІ ХВОРОБИ ТА НЕЙРОХІРУРГІЯ

Тема: *Черепномозкова травма*

Автори:
доцент Пулик О.Р.
Гирявець М. В.

Ужгород - 2005 р.

Методичні рекомендації
для самопідготовки до семінарських занять лікарів-
інтернів та курсантів з фаху - "Загальна практика - сімейна
медицина" на факультеті післядипломної освіти
Ужгородського національного університету.

Курс : Нервові хвороби та нейрохірургія

Тема: *Черепномозкова травма*

Затверджено на засіданні Вченої Ради факультету
післядипломної освіти Ужгородського національного
університету 21.10.2004 р., протокол №.2

Автори:

кандидат медичних наук, доцент
Пулик Олександр Романович
Лікар-невролог **Дюлай Юрій Юрійович**
Лікар-інтерн **Гирявець Мирослава Василівна**

Рецензент:

завідувач кафедри неврології, нейрохірургії та
психіатрії, доктор медичних наук, професор
Смоланка Володимир Іванович

Тема: *Черепномозкова травма*

Мета заняття: оволодіти навичками діагностики різноманітних станів травматичного ураження головного мозку, засвоїти принципи та особливості їх лікування в залежності від патомеханізму та ступеню важкості.

Базовий рівень знань:

Лікар повинен знати:

- анатомію та фізіологію нервової системи;
- основи кровопостачання головного мозку;
- характер ліквородинаміки;
- симптоми ураження черепномозкових нервів;
- симптоми ураження кори головного мозку.

Лікар повинен вміти:

- виявити неврологічний дефіцит;
- встановити рівень ураження нервової системи;
- оцінити стан соматичної нервової системи;
- оцінити дані параклінічних методів обстеження.

Контрольні запитання до теми:

- що таке закрита черепномозкова травма;
- дати визначення струсу головного мозку;
- дати визначення забою головного мозку;
- причини виникнення внутрішньочерепних гематом;
- симптоматика, що характерна для струсу головного мозку;
- клінічні особливості забою головного мозку.

Матеріал для самопідготовки

I.Визначення: ураження механічною енергією черепа та внутрішньочерепного вмісту (головного мозку, мозкових оболонок, судин та черепномозкових нервів) – називається черепномозковою травмою

Коментар:

Черепномозкова травма (ЧМТ) складає до 36-40% всіх видів травм. За даними епідеміологічних досліджень, проведених в минулому СРСР в 1987-1989 роках в 30 великих містах, відомо, що частота ЧМТ складає в середньому 4 випадка на 1000 населення; ЧМТ у всіх містах відмічається в 2-3 рази частіше у чоловічої статі ніж у жіночої; частота ЧМТ у дітей є вищою ніж у дорослих; найбільш ураженим контингентом є чоловіки вікової групи 20 – 39 років; в структурі ЧМТ переважають струси головного мозку – 81-90%, забій головного мозку складає 5-12%, а стиснення – 1-9%. Аналіз різноманітних зовнішніх причин показав, що в 57,4 % - 75,2% випадків переважав побутовий травматизм, 9,6% - 21,6% випадків складав дорожньо – транспортний травматизм, 1,2 – 2,2% складав промисловий травматизм, і 1,2%-2,2% - спортивний травматизм.

Черепномозкова травма призводить як до тимчасової так і до тривалої втрати працездатності. Причинами тривалої втрати працездатності є: травматичні енцефалопатії, травматична епілепсія, парези та паралічі внаслідок травми, порушення мови та слуху, вегетативно судинна дистонія Загальна смертність при ЧМТ сягає близько 4-5%, а при важкій ЧМТ сягає аж 68-70%.

II. Діагностика.

Травматичні ураження можуть бути множинними, комбінованими та поєднаними.

Під **множинною** травмою слід розуміти таку травму, при якій має місце ушкодження однієї частини тіла але в кількох місцях: ЧМТ, рвана рана обличчя, травма ока.

Під **комбінованою** травмою слід розуміти таку травму, при якій має місце ушкодження кількох різних травмуючих факторів: механічний, хімічний, термічний і інші.

Під **поєднаною** травмою слід розуміти таку травму при якій має місце ураження кількох частин тіла: голова, рука і нога.

В клініці ЧМТ поділяють на закриті та відкриті.

- **Закрита черепно-мозкова травма (ЗЧМТ)** - це така черепномозкова травма, при якій може мати місце пошкодження кісток черепа, м'яких тканин голови до рівня апоневроза, але нема сполучення раневої поверхні з порожниною черепа.

- **Відритою черепно-мозковою травмою (ВЧМТ)** рахуємо таку ЧМТ при якій травматичне ураження кісток черепа співпадає з раневою поверхнею м'яких тканин голови, або має місце перелом кісток основи черепа з ліквореєю, а також ті випадки, коли нема ушкодження кісток черепа, але має місце ушкодження апоневроза.

Відкриті ЧМТ поділяються на проникаючі і непроникаючі.

- **Відритою проникаючою черепно-мозковою травмою** є така ВЧМТ при якій має місце ураження твердої мозкової оболонки.

Для параклінічного обстеження хворим з ЧМТ виконують наступні обстеження:

- дослідження очного дна;
- рентгенографія кісток черепа;
- ехоенцефалоскопія чи КТ головного мозку.

III. Класифікація

За ступінню важкості ЧМТ поділяють на легку, середньої важкості та важку. В основі поділу лежать наступні фактори: тривалість втрати свідомості, наявність та вираженість вогнищевої неврологічної симптоматики, вираженість порушень життєвоважливих функцій.

Важкість пошкодження головного мозку та клінічна картина зумовили поділ всіх ЧМТ на

- Струс головного мозку;
- Забій головного мозку;
- Стиснення головного мозку.

Струс головного мозку(*commotio cerebri*)

Черепно - мозкова травма при якій нема ураження речовини мозку, але мають місце зміни фізико - хімічних властивостей мозку з короткочасним порушенням функціональних зв'язків між корою та стовбуром мозку, називається струсом головного мозку. Це одна з найбільш поширених форм ЧМТ. При струсі головного мозку зазнають ушкодження всі відділи ЦНС. Тенденція до нормалізації цих змін в корі головноо мозку спостерігається вже через 24 години, в дієнцефально-стовбурових структурах – на 10 – 14 добу.

Для клініки струсу головного мозку характерним є наявність загально-мозкової симптоматики:

- Біль голови;
- Запаморочення;
- Нудота та блювота;
- Короткочасні розлади свідомості.

Найбільш частими ознаками струсу головного мозку є короткочасні розлади свідомості у вигляді запаморочення, оглушення, спутанності чи сутінкового стану.

Для ЧМТ характерним є випадіння з пам'яті подій, що передували травмі – ретроградна амнезія, відбулися під час травми – конградна амнезія, чи відразу після неї – антероградна амнезія. При струсі головного мозку інколи може спостерігатися подібна симптоматика. Хворі після ЧМТ не завжди чітко можуть охарактеризувати свій стан. Акцент в зборі анамнезу слід ставити на відтворенні подій до та відразу після травми. Виявлені з анамнезу неточності чи розбіжності у часі слід характеризувати як наявність амнестичних розладів.

Інколи при струсі головного мозку короткотривало можуть спостерігатись вогнищеві симптоми:

- парез погляду в боки та вверх;
- порушення конвергенції;
- ослаблення зіничного рефлексу;
- наявність анізокорії;
- зниження м'язевої сили.

Іноді дуже короткий час при струсі головного мозку можуть спостерігатись менінгеальні рефлекси: ригідність м'язів потилиці та с-м Керніга. Серед патологічних пірамідних знаків вже через 7-8 годин після травми може спостерігатись с-м Марінеску – Родовічі.

Забій головного мозку (contusio cerebri)

Черепномозкова травма при якій має місце ураження речовини головного мозку, називається забоєм головного мозку. Від того яка ділянка головного мозку уражена, яка її величина та локалізація, як довго тривало порушення свідомості, розрізняють важкість забою - легкого, середнього та важкого ступеню.

Забій головного мозку характеризується наявністю контузійних вогнищ, що виникають внаслідок удару речовини мозку в кісткові виступи черепа. За ступінню важкості виділяють 3 ступені забою головного мозку. При

забої легкого ступеню втрата свідомості не є тривалою і обрховується кількома хвилинами (до 2 год). Повне відновлення свідомості наступає швидко. Хворі часто дезорієнтовані, збуджені інколи сонливі. При забої головного мозку спостерігається як загально мозкова неврологічна симптоматика так і вогнищева неврологічна симптоматика. На відміну від струсу повний регрес неврологічної симптоматики при забої легкого ступеню наступає протягом 2 – 3 тижнів.

Для забою головного мозку середнього ступеню характерним є більш тривала втрата свідомості - до кількох годин (4-6 год). Загально мозкова симптоматика присутня обов'язково, а вогнищева неврологічна симптоматика є більш чіткою: парези окорухових нервів, парези м'язової мускулатури, монопарези та геміпарези тривалістю до кількох тижнів. При забої головного мозку середнього ступеню часто спостерігається травматичний субарахноїдальний крововилив. Інколи можуть бути переломи кісток черепа.

При забої головного мозку важкого ступеню втрата свідомості може тривати від кількох годин до кількох діб, а інколи і тижнів. У цих хворих часто мають місце порушення функції життєвоважливих органів і проявлятися:

- браді- чи тахікардією;
- гіпер- чи гіпотермією;
- порушенням дихання.

У хворих з забоєм головного мозку важкого ступеню часто виявляються менінгеальні симптоми, через наявність травматичного субарахноїдального крововиливу. В перші години після травми домінує загально мозкова симптоматика, яка поступово регресує, а вогнищева симптоматика у вигляді парезів та паралічів, афатичних розладів триває довго.

На місці дрібних вогнищ ураження через 1-2 місяці з'являються гліальні рубці, а з великих вогнищ забою утворюються порожнини – кісти.

Стиснення головного мозку(*compressio cerebri*)

Черепномозкова травма при якій має місце ураження внутрішньочерепних судин з утворенням гематом (між кістками черепа та твердою оболонкою – епідуральна гематома, між твердою та павутинною оболонками – субдуральна гематома) зі стисненням речовини головного мозку, додатково утвореним об'ємом, називається стисненням головного мозку. Від того який характер гематоми, як швидко розвивається стиснення, залежить важкість процесу.

Стиснення головного мозку відбувається додатковим об'ємом, що створюється внутрішньочерепною гематомою (внутрішньомозковою, субдуральною чи епідуральною). За швидкістю розвитку гематоми поділяють на гострі, підгострі та хронічні. Хронічні, це ті, що клінічно проявляються через 3-4 тижні після травми, підгострі – через кілька днів після травми, гострі – протягом кількох годин після травми.

Для епідуральної гематоми є характерні клінічні ознаки:

- присутність симптому світлого проміжку;
- мідріаз та птоз на боці гематоми;
- пірамідна недостатність на боці протилежному гематомі.

Епідуральні гематоми в 90% випадків супроводжуються переломом кісток черепа.

При субдуральній гематомі кров накопичується між твердою та павутинною оболонками, може займати значний об'єм і поширюватись над двома, а навіть над

трьома долями великих півкуль. Для субдуральної гематоми, на відміну від епідуральної гематоми, не є характерним симптом світлого проміжку. При субдуральній гематомі стан хворого прогресивно погіршується, поступово наростає загально мозкова та вогнищева симптоматики. Для субдуральної гематоми характерним є набряк мозку.

Виділяють 5 стадій стиснення головного мозку:

1. Безсимптомна стадія (світлий проміжок);
2. Стадія підвищення в/ч тиску.
3. Стадія початкових симптомів дислокації верхнього відділу стовбуру мозку.
4. Стадія виражених симптомів дислокації верхнього відділу стовбуру мозку (глибокий коматозний стан).
5. Зупинка дихання.

Пізні ускладнення черепно-мозкової травми

Всі пізні ускладнення черепно-мозкової травми об'єднують спільною назвою – травматична хвороба головного мозку, яка проявляється в таких скаргах як нападний чи тривалий біль голови, запаморочення, напади судом, що можуть супроводжуватись втратою свідомості, зміни особистості, тощо. Виділяють наступні нозології:

- Післятравматичний арахноїдіт чи арахноенцефаліт;
- Післятравматична епілепсія;
- Післятравматичні неврозоподібні стани;
- Післятравматичні ендокринні порушення: дисфункція щитоподібної залози, нецукровий та цукровий діабет.

IV. Дифдіагностика

№	Захворювання	Втрата свідомості	Заг.моз. симпто-матика	Вогнищева симпто-матика	Порушення вітальних функцій
1.	Струс головного мозку	до кількох хвилин	+	- асиметрія м'язової мускулатури; - асиметрія сухожильних рефлексів; - швидко минаючий ністагм.	Відсутні.
2.	Забій головного мозку легкого ступеню	до 1-2 годин	+	- ністагм; - ознаки пірамідної недостатності; - субарахної-дальний крововилив;	Відсутні
3.	Забій головного мозку середнього ступеню	До 4-6 годин	+	- ністагм; - менінгеальні симптоми; - пірамідні симптоми; - пригнічені сухожильні рефлекси; - парези.	брадікардія; -тахікардія; -підвищ.АТ; -тахіпное.
4.	Забій головного мозку важкого ступеню	До кількох днів- тижнів	+	- афазія; - переломи кісток черепа; - гіперкінези; - епілептичні напади.	Наростає
5.	Стиснення	Поступово наростає	+/-	+/-	Наростає

V. Лікування.

Розрізняють лікування ЧМТ в гострому періоді та лікування наслідків ЧМТ. Лікування ЧМТ в гострому періоді включає наступні етапи:

- Ліквідація порушень життєвоважливих функцій;
- Відновлення церебральної гемодинаміки;
- Лікування окремих синдромів та симптомів.

При ліквідації порушень життєвоважливих функцій особливу увагу слід звернути на відновлення прохідності дихальних шляхів та підтримання дихання в достатньому об'ємі. Ознаками порушення дихання можуть бути свистяче дихання, хрипляче дихання, клекотіння при диханні. При подібних ознаках слід провести ревізію ротової порожнини, звільнити ротову порожнину від слизу, сторонніх предметів і при западінні язика, повернути голову на бік. Для зняття бронхоспазму вводимо в/в 10,0 – 2,4% р-ну еуфіліну.

При порушенні функції дихання центрального генезу, хворого слід госпіталізувати в реанімаційне відділення і переводити на штучне дихання.

Відновлення церебральної гемодинаміки. Помірне підвищення артеріального тиску в умовах підвищеного в/ч тиску має компенсаторне значення. Різке підвищення артеріального тиску призводить до розвитку набряку, тому слід в цих випадках проводити корекцію підвищення артеріального тиску при допомозі антигістамінних препаратів: піпольфен 2.0 в/м; вазоактивних препаратів: аміназин 2.0 в/м.

Зниження артеріального тиску може свідчити про внутрішню кровотечу. Для корекції низького артеріального тиску рекомендовано проводити в/в введення реополіглюкіну 400.0; реомакродексу 400.0; альбуміну, плазми. Широко застосовується в таких

випадках кортикостероїди: 2,0 дексону чи дексаметазону, при допомозі яких вдається не лише втримати падіння АТ але й запобігти набряку мозку.

Важливо в цей сам час проводити терапію направлену на покращення роботи серця: р-н корглікону (0,5–1,0) чи строфантину (0,3-0,5) в/в струйно чи крапельно на ізотонічному розчині.

Лікування окремих синдромів та симптомів.
Важливу роль в енергозабезпеченні головного мозку має використання з перших годин травми в/в крапельне введення глюкозоінсулінокалієвої суміші ГІК: 200,0 0,5% р-ну глюкози, 4 ОД простого інсуліну, 10,0 р-ну аспаркаму чи панангіну. Для стабілізації гематоенцефалічного бар'єру вводимо 5-10 мл р-ну аскорбінової кислоти.

Для боротьби з набряком та набубнявінням мозку використовуємо сольові та осмотичні діуретики. Після в/в-крап введення осмодіуретиків (маніту – 100,0), рекомендується введення салуретиків (фуросемід в/м 2-4 мл) через 40 хв.- 1 год. з метою попередження так званого “феномена віддачі”. Осмодіуретики мають 3-ох фазну дію. В першій фазі вони забирають воду з тканин, знижують внутрішньочерепний тиск і збільшують кількість циркулюючої рідини. У 2-ій фазі секреція осмодіуретика посилюється і внутрішньочерепний тиск стабілізується, в 3-ій фазі із зменшенням кількості осмодіуретика в крові вода знову повертається в тканини і може знову підвищитись внутрішньочерепний тиск (“феномен віддачі”). В тих випадках, коли має місце субарахноїдальний крововилив крім вікасола, діцинона та аскорбінової кислоти вводимо 100,0 ξ – амінокапронової кислоти.

Присутність субарахноїдального крововиливу, ліквореї, а також раневої поверхні - зобов'язує з перших

годин лікування призначати антибіотики: цефтріаксон, цефтазидим, гентаміцин.

При наявному психомоторному збудженні цим хворим призначаємо заспокійливі: аміназін 25- 50 мг в/в на 40% розчині глюкози, розчин седуксену чи сібазону 2,0 в/м чи в/в.

Лікування наслідків ЗЧМТ

Післятравматичний арахноїдіт чи арахноенцефаліт

Одним з пізніх ускладнень ЧМТ, як результат субпіальних крововиливів, травматичних некрозів та субарахноїдальних крововиливів є запалення павутинної оболонки – арахноїдіт, який може призвести до порушення ліквородинаміки та ліквородинамічних кризів. У хворих розвивається внутрішня оклюзійна гідроцефалія. Ці хворі скаржаться на тривалий чи нападний біль голови, що не знімається звичайними анальгетиками, на головокружіння, нудоту та блювоту. При додаткових методах обстеження цих хворих знаходимо венозний застій на очному дні, підвищення лікворного тиску при люмбальній пункції, розширення шлуночків при комп'ютерній томографії

Щоб купірувати напад болю голови при гіпертензивно – гідроцефальному кризі хворим вводимо, краще в/в розчин фуросеміду, призначаємо профілактично внутрішнє діуретики: фуросемід, діакарб, тріампур. З біостимулюючою метою цим хворим курсами призначаємо екстракт алое, розчин скловидного тіла, лідазу, актовегін чи солкосерил.

Післятравматична епілепсія

Як в ранній посттравматичний період (перші дні – місяць після травми) так і в пізні періоди (кілька місяців – 1-2 роки після травми) може виникнути епілепсія. З

метою запобігання виникнення епілепсії рекомендовано відразу після травми, якщо мали місце перелом кісток черепа чи субарахноїдльний крововилив призначати антиконвульсанти: карбамазепін (фінлепсін чи тегретол) в дозі 200 мг тричі на добу, або вальпроати (депакін чи конвулекс) в дозі 300мг двічі на добу. Якщо напади все ж з'явилися, хворого слід повторно обстежити, з метою виключення хронічних гематом, абсцесів тощо.

Післятравматичні неврозоподібні стани

Як правило не залежать від вираженості симптоматики при ЧМТ чи важкості травми. В більшій мірі залежать від преморбіту хворого, його особистих рис характеру, та захворювань, що мали місце у хворого перед травмою (остеохондроз, атеросклероз, захворювання серця). У цих хворих з'являються скарги на пригніченість, поганий сон та знижену працездатність, у них можна виявити інтелектуально – мнестичні зміни особистості, часто спостерігаються немотивовані спалахи агресії та злості.

Тому крім симптоматичної терапії цим хворим слід призначати ноотропи: енцефабол, пірацетам, серміон; заспокійливі: настої кореню валеріани та пустирника, настій піона, в важких випадках легкі транквілізатори, що мають анксиолітичну та протиневротичну дію: гідазепам, тазепам, феназепам.

Завдання для самоконтролю

Завдання № 1.

Черепно – мозкова травма це:

1. Ураження механічною енергією м'яких тканин голови та черепа.
2. Травму, при якій має місце ушкодження однієї частини тіла але в кількох місцях.
3. Ураження механічною енергією черепа та внутрішньочерепного вмісту.

Завдання № 2.

Закрита ЧМТ це травма, при якій немає сполучення порожнини черепа з оточуючим середовищем, тобто:

1. Нема ураження кісток черепа.
2. Нема ураження кісток черепа і оболонок мозку.
3. Нема ураження апоневрозу чи кісток основи черепа.

Завдання № 3.

Множинна травма це травма при якій має місце:

1. Ураження обличчя, кінцівок та хребта.
2. Ураження обличчя та черепа.
3. Ураження багатьма травмуючими факторами.

Завдання № 4.

Комбінована травма, це травма при якій:

1. Має місце ураження кількох частин тіла.
2. Має місце ураження кількох травмуючих факторів.
3. Має місце ураження кількох ділянок однієї частини тіла.

Завдання № 5.

Під поєднаною травмою слід розуміти таку травму при якій має місце

1. Ураження кількох частин тіла: голова, рука і нога.
2. Ураження кількох ділянок однієї частини тіла.
3. Ураження багатьма травмуючими факторами.

Завдання № 6.

Струс головного мозку належить до:

1. Легкої ЧМТ.
2. Середньої важкості ЧМТ
3. Важкої ЧМТ.

Завдання № 7.

Втрата свідомості строком до 4-6 год характерна для:

1. Забою легкого ступеню
2. Забою середнього ступеню
3. Забою важкого ступеню

Завдання № 8.

Антероградна амнезія – це втрата пам'яті на події, що:

1. Передували травмі
2. Відбулися після травми
3. Були в дитинстві

Ситуаційна задача до завдань 9 - 11.

Сімейного лікаря викликали до дому до хлопчика 14 років, який 2 години тому впав з дерева, вдарився головою, свідомість не втрачав, сам підвівся, прийшов до

дому, ліг у ліжку, боліла голова, а годину тому заснув і не пробуджується. При огляді – реагує на больові подразники, але продуктивному контакту не доступний, лице бліде, шкірні покрови вологі, пульс 108 уд /хв, АТ – 80/40 мм.рт.ст. В неврологічному статусі: анізокорія, згладжена права носогубна складка, сухожильні та периостальні рефлекси з рук D>S, з ніг без чіткої різниці сторін, стопні патологічні знаки не викликаються, менінгеальних знаків нема.

Запитання № 9.

Про яку ЗЧМТ слід подумати при подібному стані?

1. Про стус головного мозку.
2. Про забій головного мозку
3. Про стиснення головного мозку.

Запитання № 10.

Як слід розцінити той час, що хворий був у свідомості після травми?

1. Період відновлення функції.
2. Симптом Марінеску – Родовічі.
3. Симптом світлого проміжку.

Запитання № 11.

Яка тактика у веденні подібних хворих?

1. Накласти на голову холод.
2. Відправити хворого в лікарню.
3. Дати можливість виспатися

Ситуаційна задача до завдань № 12 –14.

Хвора 28 років звернулася до свого сімейного лікаря в звязку з тим, що ранком після пробудження мав місце біль голови, на подушці виявила сліди крові, в роті ранку на язичку та щоці. При опитуванні відмітила, що місяць тому попала в дорожньо – транспортну пригоду, але жодних

ран на голові та тілі не було, свідомість не втрачала, але погано пам'ятає як опинилася в машині швидкої допомоги, де хворій надавали медичну допомогу після травми. При огляді пульс – 78 уд/хв, АТ 120/76 мм.рт.ст., зі сторони чмн: легка асиметрія носогубних складок, сухожилльні та периостальні рефлекси з рук виражені добре, D>S, черевні симметричні, з ніг живі D>S. Позитивний симптом Марінеску – Родовічі.

Запитання № 12.

Про яке ускладнення ЗЧМТ слід подумати?

1. Посттравматичний арахноідит.
2. Посттравматична епілепсія
3. Посттравматичний невроз

Запитання № 13.

Яке обстеження слід призначити хворому в першу чергу?

1. Електроенцефалографію.
2. АКТ.
3. ЕКГ.

Запитання № 14.

Згідно симптоматики у хворогої має місце:

1. Вогнищева неврологічна симптоматика.
2. Розсіяна неврологічна симптоматика.
3. Запалення оболонок мозку.

Завдання №15.

Для епідуральної гематоми характерною клінічною ознакою є:

1. Симптом світлого проміжку.
2. Симптом Валенберга – Захарченко
3. Симптом Керніга

Завдання № 16.

Інколи при струсі головного мозку короткотривало можуть спостерігатись

1. Вогнищеві симптоми
2. Парези та паралічі
3. Кома

Завдання № 17.

Післятравматична епілепсія належить до:

1. Ранніх ускладнень ЗЧМТ
2. До пізніх ускладнень ЗЧМТ
3. Є самостійною хворобою

Ситуаційна задача до завдань 18–20.

Хворий 56 років звернувся до сімейного лікаря зі скаргами на нападний біль голови. Біль голови турбує близько трьох років, раніше подібних болей голови не було, хоча лікарі відмічали високий артеріальний тиск, з приводу чого останні вісім років приймає каптопрес. Напади болю голови виникають раптово, біль наростає, охоплює всю голову, часто супроводжується нудотою та блювотою, анальгетики допомоги не приносять. П'ять років тому мала місце ЗЧМТ. При огляді АТ 138/80 мм.рт.ст., пульс 74 уд./хв. В неврологічному статусі: очні щілини правильної форми D>S, згадженість правої носогубної складки, сухожильні рефлекси середньої жвавості D=S, чутливих розладів нема, в позі Ромберга легке похитування.

Запитання № 18.

Про яке захворювання слід подумати у даного хворого?

1. Посттравматична епілептична хвороба.
2. Посттравматична неврастенія.
3. Післятравматичний арахноенцефаліт

Запитання № 19.

Яке лікування слід використати у хворого для зняття болю?

1. Ввести в/в розчин пентоксифіліну чи тренталу.
2. Ввести в/в розчин фуросеміду.
3. Ввести в/в розчин солкосерилу.

Запитання № 20.

Яке обстеження слід призначити хворому?

1. Очне дно
2. КТ та огляд невролога
3. Всі відповіді вірні

Коди вірних відповідей до тестових завдань

1. 3	11. 2
2. 3	12. 2
3. 2	13. 1
4. 2	14. 1
5. 1	15. 1
6. 1	16. 1
7. 2	17. 2
8. 2	18. 3
9. 3	19. 2
10. 3	20. 3

Рекомендована література

1. Нервові хвороби /С.М.Вінничука, Є.Г. Дуденко, Є.Л. Мачерет та інші.- К.:Здоров'я, 2001.-696с.
2. Нервові хвороби: Підручник /Пер.з рос. /За ред. О.А. Яроша.-К.:Вища школа, 1993.- 487с.
3. Полищук М.Е. Принципы ведения больного в неотложной неврологии и нейрохирургии: Краткое руководство - справочник для врачей.- Киев, 1998.- 83с.
4. Неврология и нейрохирургия : Учебник / Е.И.Гусев, А.Н.Коновалов, Г.С.Бурд.- М.: Медицина, 2000. - 655с.
5. Неврология: Пер с англ. / Под ред М.Самуэльса.- М.: Практика, 1997.- 690с.
6. Мисюк Н.С.,Прыгун П.П. Головные боли.- Минск.:Беларусь,1984.- 144с.
7. В.М Шевага, А.В. Паєнок “ Захворювання нервової системи”, Львів, видавництво “ Світ”, Львів,2004, стор.31

**Шкала глибини коматозного стану
(Глазго – Пітсбург)**

№	Досліджувана функція	Характер реакцій	Бали
1.	Розплющення очей	мимовільне	4
		на окрик	3
		на біль	2
		немає	1
2.	Рухові реакції	Виконується за командою	6
		Відштовхування подразника	5
		Відсмикування кінцівки	4
		Мимовільне згинання	3
		Мимовільне розгинання	2
		немає	1
3.	Мовна реакція	Мова правильна	5
		Мова плутана	4
		Слова беззмістовні	3
		Вигуки безсловесні	2
		немає	1

Оцінка отриманих результатів:

Від 3 - 6 балів – стан дуже важкий, прогноз незадовільний

Від 7 – 12 балів – прогноз кращий, але сумнівний

Від 13 – 15 балів – прогноз хороший

У записничок сімейного лікаря

Черепномозковою травмою називається стан, що виникає внаслідок ураження черепа та внутрішньочерепного вмісту (головного мозку, мозкових оболонок, судин та черепномозкових нервів) механічною енергією.

Травматичні ураження можуть бути множинними, комбінованими та поєднаними.

Під **множинною** травмою слід розуміти таку травму, при якій має місце ушкодження однієї частини тіла але в кількох місцях: ЧМТ, рвана рана обличчя, травма ока.

Під **комбінованою** травмою слід розуміти таку травму, при якій має місце ушкодження кількох різних травмуючих факторів: механічний, хімічний, термічний і інші.

Під **поєднаною** травмою слід розуміти таку травму при якій має місце ураження кількох частин тіла: голова, рука і нога.

ЧМТ поділяють на закриті та відкриті.

Закрита черепно-мозкова травма (ЗЧМТ) - це така черепномозкова травма, при якій може мати місце пошкодження кісток черепа, м'яких тканин голови до рівня апоневроза, але нема сполучення раневої поверхні з порожниною черепа.

Відритою черепно-мозковою травмою (ВЧМТ) рахуємо таку ЧМТ при якій травматичне ураження кісток черепа співпадає з раневою поверхнею м'яких тканин голови, або має місце перелом кісток основи черепа з ліквореєю, а також ті випадки, коли нема ушкодження кісток черепа, але має місце ушкодження апоневроза.

За ступінню важкості ЧМТ поділяють на легку, середньої важкості та важку.

Важкість пошкодження головного мозку та клінічна картина зумовили поділ всіх ЧМТ на

- Струс головного мозку;
- Забій головного мозку;
- Стиснення головного мозку.

Пізнні ускладнення черепно-мозкової травми

- Післятравматичний арахноїдіт чи арахноенцефаліт;
- Післятравматична епілепсія;
- Післятравматичні неврозоподібні стани;

Лікування ЧМТ в гострому періоді включає наступні етапи:

- Ліквідація порушень життєвоважливих функцій;
- Відновлення церебральної гемодинаміки
- Лікування окремих синдромів та симптомів.

Відповідно:

- для зняття бронхоспазму вводимо в/в 10,0 – 2,4% р-ну еуфіліну.
- для корекції низького артеріального тиску рекомендовано проводити в/в введення реополіглюкіну 400.0; реомакродексу 400.0; альбуміну, плазми.
- важливу роль в енергозабезпеченні головного мозку має використання з перших годин травми в/в крапельне введення глюкозоінсулінокалієвої суміші ГІК: 200,0 0,5% р-ну глюкози, 4 ОД простого інсуліну, 10,0 р-ну аспаркаму чи панангіну.
- для стабілізації гематоенцефалічного бар'єру вводимо 5-10 мл р-ну аскорбінової кислоти.
- для боротьби з набряком та набубнявінням мозку використовуємо сольові та осмотичні діуретики: лазікс, гіпотіазід, манітол.

- при субарахноїдальних крововиливах крім вікасола, діцинона та аскорбінової кислоти вводимо 100,0 ξ – амінокапронової кислоти.
- при наявному психомоторному збудженні хворим призначаємо заспокійливі: аміназін 25- 50 мг в/в на 40% розчині глюкози, розчин седуксену чи сібазону 2,0 в/м чи в/в.

Лікування наслідків ЗЧМТ

Церебральний арахноїдіт

- Нападний біль голови (гіпертензивно-гідроцефальний криз)
 - купіруємо: в/в введенням розчину фуросеміду;
 - профілактично: фуросемід, діакарб, тріампур.
 - з біостимулюючою метою цим хворим курсами призначаємо екстракт алое, розчин скловидне тіло, лідазу, актовегін чи солкосерил.

Післятравматична епілепсія

Якщо у хворого після ЗЧМТ з'явилися епілептичні напади хворого слід повторно обстежити, з метою виключення хронічних гематом, абсцесів тощо, та призначити антиконвульсанти: карбамазепін, вальпроати.

Післятравматичні неврозоподібні стани

Крім симптоматичної терапії хворим після ЧМТ слід призначати ноотропи: енцефабол, пірацетам, серміон; заспокійливі: настої кореню валеріани та пустирника, настій піона, в важких випадках легкі транквілізатори, що мають анксиолітичну та протиневротичну дію: гідазепам, еленіум, феназепам, ксанакс.

Зміст

1. Мета заняття та базовий рівень знань	3 с.
2. Контрольні запитання до теми	3 с.
3. Матеріал для самопідготовки	4 с.
4. Діагностика	5 с.
5. Класифікація	6 с.
6. Дифдіагностика	11 с.
7. Лікування	12 с.
8. Завдання для самоконтролю	16 с.
9. Коди вірних відповідей	22 с.
10. Рекомендована література.	23 с.
11. Зміст	27 с.