

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ВИТЕБСКИЙ ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

ДИАГНОСТИКА ЛЕГКОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Методические рекомендации

Витебск, 1994 г.

“СОГЛАСОВАНО”
Начальник отдела науки

Н.И. Доста
19 мая 1994 г.

“УТВЕРЖДАЮ”
Первый заместитель
Министра
здравоохранения
Н.И. Степаненко
19 мая 1994 г.

ДИАГНОСТИКА ЛЕГКОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Методические рекомендации

Библиотека ВГМУ



Витебск, 1994 г.

617.481.1'02)

Д 4:

Учреждение-разработчик:

Витебский ордена Дружбы народов медицинский институт

Составители:

Ю.В. Алексеенко, ассистент кафедры неврологии и нейрохирургии, кандидат медицинских наук

Р.Н. Протас, заведующий кафедрой неврологии и нейрохирургии, доцент, кандидат медицинских наук

И.В. Лукомский, ассистент кафедры неврологии и нейрохирургии, кандидат медицинских наук

Тел. (0-2122) 239-95

Рецензенты:

профессор В.Б. Шалькевич,
профессор А.Ф. Смянович

Ответственный за выпуск:

проректор по НИР Витебского медицинского института, профессор О-Я.Л. Бекиш

Методические рекомендации утверждены Минздравом Республики Беларусь в качестве официального документа

nr 2010

Витебский ордена Дружбы народов медицинский институт Библиотека

Введение

В соответствии с современной классификацией к легким ЧМТ относят сотрясение головного мозга (СГМ) и ушиб мозга легкой степени (УМЛС). Обычно легкие ЧМТ протекают без опасных для жизни осложнений, но их частота и распространенность приводят к ощутимым экономическим потерям. В условиях крупного города случается 6-10 острых ЧМТ на 1000 населения в год, причем легкая ЧМТ является наиболее распространенной клинической формой и составляет 80-90%. В то же время, обширные катамнестические данные позволяют утверждать, что диагностика и лечение легкой ЧМТ остаются неудовлетворительными. Значительное накопление среди населения лиц с последствиями нейротравм стало не только медицинской, но и социально-экономической проблемой всего современного общества.

На протяжении двух последних десятилетий накоплены новые данные о патоморфологии, механизмах пато- и саногенеза легких ЧМТ. В современной классификации уточнены и пересмотрены ее диагностические критерии, из рамок легкой ЧМТ исключены заведомо более тяжелые повреждения мозга (Коновалов А.Н., Васин Н.Я., Лихтерман Л.Б. и др., 1986). Ведущими специалистами в области нейротравматологии проделана значительная работа по выработке и внедрению унифицированной междисциплинарной классификации ЧМТ, которая максимально приближена к нуждам практического здравоохранения, отражает современное состояние неврологии и нейрохирургии и соответствует международным стандартам.

Однако, информированность врачей, особенно смежных специальностей, в этой проблеме по-прежнему недостаточна. Необходимо учитывать, что только около 40% пострадавших госпитализируются в нейрохирургические или неврологические отделения. Остальные направляются в хирургические, травматологические, терапевтические отделения или иногда только однократно осматриваются неврологами и нейрохирургами в амбулаторных учреждениях и приемных отделениях стационаров. Это зачастую сопровождается ошибками и серьезными затруднениями в организационной, лечебной и экспертной работе. Вместе с

тем, во взглядах на сущность легкой ЧМТ и СГМ, в частности, до сих пор отсутствует полное единство. Существует тенденция к расширенной диагностике СГМ за счет более тяжелых форм с грубыми структурными нарушениями, в то время как ушибы головного мозга легкой степени устанавливаются сравнительно редко. С другой стороны, к легким ЧМТ порой относят ушибы мягких тканей головы. Многие специалисты переоценивают возможности инструментальной диагностики различных форм легких ЧМТ. Все это, помимо сугубо лечебных, создает комплекс трудноразрешимых проблем экспертно-юридического характера. Наконец, в доступной широкому кругу специалистов литературе последних лет отсутствует современное обобщенное описание клинических форм легкой ЧМТ и ее диагностических критериев. Восполнить этот пробел — основная задача настоящих рекомендаций.

1. Сотрясение головного мозга

В настоящее время СГМ рассматривают как наиболее легкий вариант диффузного травматического повреждения мозга при котором отсутствуют структурные изменения, определяемые макроскопически или даже с помощью светооптической микроскопии. Патоморфологическую основу СГМ составляют ультраструктурные и ультрацитохимические нарушения синаптического и аксонального аппарата верхнестеволовой и полушарной локализации. В основе патогенеза лежит обратимая дисфункция неспецифических систем мозга. Следует подчеркнуть, что СГМ не может быть результатом любого механического воздействия, его биомеханика достаточно специфична. Коммоционное повреждение возникает в результате кратковременного, но интенсивного приложения механической энергии и эффекта ускорения-замедления, нередко в сочетании с ротационным компонентом. Наиболее характерными являются случаи падения с высоты роста и удара головой о твердую поверхность, нанесение ударов по нефиксированной голове в боксе, удары головой при столкновении с препятствием в автодорожных происшествиях. Превышение определенного порога ускорения приводит к развитию тяжелой травмы с преобладанием диффузных аксональных повреждений мозга.

Один из основных критериев СГМ — нарушение сознания от нескольких секунд до нескольких минут. Ретро-, кон- и антероградная амнезия на короткий промежуток времени бывает нечасто — примерно у каждого пятого больного. Наблюдается рвота в течение первых суток. Среди субъективных симптомов характерны головная боль, головокружение, тошнота, слабость, шум в ушах, ощущение приливов крови к голове, болезненность при движении глаз, зрительный дискомфорт при фиксации взгляда вблизи, вестибулярная гиперестезия. Характерны нарушения сна. Как в жалобах, так и в объективной симптоматике преобладает симптомокомплекс вегетативно-сосудистой дисфункции в виде потливости, лабильности артериального давления и пульса, изменения цвета кожных покровов, ортостатических реакций. В неврологическом статусе может выявляться лабильная, негрубая асимметрия сухожильных и кожных рефлексов, мелкоразмаши-

тый нистагм, слабость конвергенции глазных яблок, снижение или выпадение брюшных рефлексов. Оболочечные симптомы, как правило, легкие или даже сомнительные, исчезают в течение первых дней.

Большинство больных после СГМ отмечает рассеянность, ухудшение памяти, замедление темпа мышления, затруднение концентрации внимания, и, в целом, падение продуктивности интеллектуальной деятельности. Методами нейропсихологического исследования на протяжении нескольких недель после травмы удается обнаружить качественные и количественные нарушения сложных форм психической деятельности, причем даже у пострадавших с отсутствием субъективных признаков их расстройства.

Повреждения костей черепа отсутствуют. Давление спинномозговой жидкости и ее состав без существенных отклонений. При компьютерной томографии у больных не обнаруживается изменений плотности мозгового вещества и ликворосодержащих пространств. Поэтому, применение при СГМ сложных инструментальных методов исследования (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, краниография, экзоцефалоскопия), а также исследование ликвора нацелено на исключение более тяжелых повреждений черепа и головного мозга, но не может быть использовано для подтверждения диагноза.

Таким образом, распознавание СГМ основывается прежде всего на данных анамнеза, субъективных клинических проявлениях и неспецифических объективных неврологических симптомах, среди которых определяющими являются:

- факт травмы;
- характерная биомеханика коммоционного повреждения;
- кратковременная утрата сознания от нескольких секунд до нескольких минут, посттравматическая амнезия;
- цефалгический синдром, головокружение, тошнота;
- рвота;
- синдром вегетативной дисфункции.

В определенной степени этот диагноз ретроспективный, так как только после динамического наблюдения в течение нескольких дней и полноценного обследования можно констатировать отсутствие более тяжелых повреждений мозга.

Общее состояние больных значительно улучшается в течение первой, реже второй недели после травмы. Некоторые исследователи подчеркивают, что СГМ это полностью обратимое нарушение функций нервной системы. Однако, на практике наблюдаются существенные различия в сроках выздоровления и формирования в ряде случаев последствий СГМ. У части пациентов еще на протяжении нескольких недель после нормализации самочувствия методами тонкого нейрофизиологического и экспериментально-психологического исследования удается выявить субклинически протекающие нарушения функционального состояния мозга. В связи с этим, целесообразно придерживаться современных представлений о периодизации ЧМТ, согласно которым выделяют острый период СГМ (2 недели), промежуточный (до 2-х месяцев) и отдаленный, который при клиническом выздоровлении определяется 2 годами, а при прогрессирующем течении травмы не ограничен.

После уточнения классификационных критериев стало очевидно, что опасность частых и тяжелых осложнений после СГМ сильно преувеличена. На различных этапах травматической болезни чаще всего обнаруживаются вегетативная дисфункция и астенические расстройства, которые в зарубежной литературе упоминаются как "субъективный посттравматический синдром". Его частота невелика, однако существенно зависит от возраста и других характеристик анализируемых контингентов. Большинство специалистов согласны с тем, что происхождение последствий СГМ связано, как минимум, с тремя обстоятельствами: нераспознанными диффузными и очаговыми ушибами головного мозга; комплексом психологических и психогенных факторов; преморбидными особенностями сферы вегетативной регуляции.

2. Ушиб головного мозга легкой степени

Ушиб головного мозга легкой степени (УМЛС) отличается от сотрясения наличием макроскопически определяемых участков повреждения мозга и его всегда расценивают как более серьезную травму. УМЛС характеризуется выключением сознания после травмы от нескольких минут до часа. Часто наблюдается посттравматическая амнезия. Типичны жалобы на головную боль, головокружение, тошноту и другие общие с СГМ субъективные расстройства. Рвота бывает повторной. В неврологическом статусе появляются симптомы локального поражения мозга — клонический нистагм, легкая анизокория, признаки мягкой пирамидной недостаточности, дисфункции черепных нервов, которые регрессируют на 2-3 неделе после травмы. Определяется менингеальный синдром. Жизненно важные функции не нарушаются, возможна тахи- или брадикардия, иногда — артериальная гипертензия. Дыхание и температура тела без существенных отклонений.

При УМЛС, в отличие от сотрясения, возможны переломы костей свода и основания черепа, субарахноидальное кровоизлияние. Цереброспинальная жидкость не изменена или содержит примесь крови. Ее давление у многих пострадавших повышено, реже — нормальное или пониженное.

При УМЛС компьютерная томография только в половине наблюдений выявляет зоны пониженной плотности — локального отека головного мозга. Вследствие отека возможно некоторое сужение ликворных пространств. Эти изменения обнаруживаются в первые часы после травмы, обычно достигают максимума на третьи сутки и исчезают через две недели, не оставляя гнездных следов. Для выявления точечных диапедезных кровоизлияний в вещество мозга, характерных для патоморфологии легкого ушиба, разрешающих возможностей современной рентгеновской компьютерной томографии недостаточно.

Клиническая форма УМЛС включает весьма разнородную группу повреждений черепа и мозга, которые существенно отличаются по биомеханике, сочетанию локального и диффузного компонентов травматического процесса, особенностям симптоматики и исходам.

Наиболее часто встречаются УМЛС с характерной “коммоционной” биомеханикой повреждения типа ускорения-замедления — при падении с высоты, столкновении автотранспортных средств, в результате сильных ударов в лицо и т.п. Они характеризуются преобладанием бурных общемозговых симптомов, менингеальными знаками. Все пострадавшие отмечают потерю сознания, за ней — продолжительный период оглушения и часто амнезию. Описанный комплекс клинических проявлений обусловлен преимущественно диффузным повреждением вещества мозга и поэтому иногда вначале ошибочно трактуется как “тяжелое СГМ”. Иногда при УМЛС локальные повреждения мозгового вещества вообще не проявляются отчетливой очаговой симптоматикой, например, при поражении так называемых “немых” зон. В этом случае более надежными дифференциально-диагностическими критериями являются костные повреждения и кровь в ликворе. Нейропсихологический дефицит (расстройства памяти, внимания, операторских и абстрактно-логических функций) регрессирует в пределах 1-3 и более месяцев после травмы.

Второй вариант УМЛС возникает в результате удара тяжелым предметом по фиксированной голове. В клинике такой травмы преобладают признаки локального поражения мозга — очаговые симптомы соответственно локализации перелома костей свода черепа. Общемозговые симптомы остаются на втором плане. Пациенты хорошо помнят обстоятельства травмы, после нее не обнаруживается значительных нарушений сознания. Это вариант с преобладанием очагового ушиба мозга. На практике часто можно наблюдать различные сочетания первого и второго вариантов повреждений.

Особую группу составляют так называемые “малосимптомные” УМЛС, когда с первых часов после травмы с повреждением костей черепа самочувствие больных хорошее, а отдельные очаговые симптомы быстро регрессируют. Решающими в установлении верного диагноза в этом случае являются несколько неожиданные данные рентгенологического или компьютерно-томографического исследования. Тем не менее, даже такой вариант травмы черепа всегда сопровождается локальными повреждениями мозгового вещества, оболочек и сосудов и должен быть расценен как ушиб.

В целом, УМЛС – это травма с благоприятным течением и обратимостью клинических проявлений в пределах 3 недель. Рекомендуемая периодизация УМЛС: острый период – до 3 недель, промежуточный – до 2 месяцев.

3. Особенности легкой черепно-мозговой травмы у лиц пожилого и старческого возраста

Особенности клиники, течения и исходов ЧМТ у пожилых и стариков определяются взаимодействием трех основных факторов: собственно травматическим поражением мозга, возрастными изменениями ЦНС и систем гомеостаза, выраженностью и характером сопутствующей церебральной и соматической патологии. Сосудистый и метаболический компоненты патогенеза детерминируют течение травматической болезни.

Первичная утрата сознания при СГМ у пострадавших пожилого и старческого возраста наблюдается реже, чем у молодых. В то же время у них значительно чаще отмечается продолжительные нарушения сознания по типу оглушения с дезориентировкой в месте и времени, явлениями астении, которые медленно регрессируют на протяжении нескольких часов. Ретроградная амнезия у пожилых выявляется в два раза чаще. СГМ на фоне выраженной дисциркуляторной энцефалопатии может сопровождаться непродолжительной утратой контроля за функциями тазовых органов. Как и у детей, проблемой может явиться уточнение деталей анамнеза.

Выраженность и локализация цефалгий чрезвычайно разнообразны и во многом зависят от преморбидного фона. Могут быть жалобы на преобладание локальных болей в месте удара. Головокружение чаще носит системный характер. Пожилые обращают внимание на ухудшение остроты зрения и устойчивый зрительный дискомфорт, появление пелены перед глазами, мелькание "мушек", другие неприятные ощущения. Часты жалобы на шум в голове и ушах, снижение слуха, нарушение устойчивости при ходьбе.

Негрубая очаговая неврологическая симптоматика может быть скорее результатом ранее развившейся цереброваскулярной патологии. Симптомы вегетативной дисфункции (потливость, нарушения терморегуляции, лабильность артериального давления и пульса и т.п.) обычно менее выражены, чем у лиц молодого возраста.

При УМЛС, в зависимости от биомеханики травмы, возможны как отсутствие выключения сознания, так и неглубокие

кратковременные нарушения до нескольких десятков минут. Характерна ретро- и антероградная амнезия с замедленным восстановлением памяти. Очаговая полушарная симптоматика, нередко постепенно нарастающая, сохраняется более длительное время и уменьшается лишь к концу третьей недели. Восстановление функций может быть неполным. В некоторых случаях после легкой ЧМТ на первый план выходит комплекс общемозговых расстройств с нарушениями памяти, внимания и даже продуктивной психопатологической симптоматикой. Переломы костей черепа могут возникать при неадекватной силе и биомеханике повреждения. При субарахноидальном кровоизлиянии менингеальные симптомы слабо выражены или отсутствуют вообще.

Таким образом, с учетом всех упомянутых обстоятельств, дифференциация СГМ и УМЛС у пострадавших старших возрастных групп чрезвычайно сложна или даже невозможна, особенно при наличии резидуальной симптоматики самого разного происхождения.

Следует отметить высокую частоту у пожилых так называемых вторичных ЧМТ. Они случаются при падениях вследствие обморока, других пароксизмальных состояний на фоне цереброваскулярной, кардиальной и иной патологии. Такой травме иногда не придается должного значения в оценке общего состояния и лечения больных.

В большинстве случаев легкая ЧМТ декомпенсирует течение широкого спектра хронических сопутствующих заболеваний. С другой стороны, она иногда провоцирует развитие вторичных острых нарушений мозгового кровообращения (чаще ишемических) и сердечно-сосудистых катастроф.

4. Особенности диагностики легкой черепно-мозговой травмы на фоне алкогольной интоксикации

Алкоголь — это фактор неоднозначно влияющий на протекание травматической болезни, маскирующий ее клинические проявления, искажающий реальный анамнез и затрудняющий процесс обследования.

Известно, что алкоголь обладает анальгезирующим действием, сглаживает стрессорные реакции и нивелирует влияние психотравмирующих обстоятельств. Кроме того, как считают некоторые специалисты, алкогольная интоксикация при легкой ЧМТ оказывает протекторный эффект — уменьшает степень повреждения головного мозга и выраженность клинических проявлений. С другой стороны, алкоголь усугубляет нарушения сознания и амнезию, усложняет их структуру. Даже небольшие дозы алкоголя закономерно снижают “коммоционный” порог за которым приложение механической энергии легко вызывает кратковременные расстройства сознания, являющиеся ключевым моментом в диагностике СГМ, хотя другие симптомы при этом могут быть слабовыраженными и быстро регрессируют.

Из-за схожести симптомов травмы и алкогольного опьянения не поддаются однозначному толкованию нарушения сознания, нистагм и слабость конвергенции, вестибулярная дисфункция, мышечная гипотония, гипорефлексия, атаксия, вегетативные расстройства, тошнота и рвота. Существенное значение имеет степень алкогольной интоксикации. Тяжелую ЧМТ и легкое опьянение трудно дифференцировать с легкой ЧМТ на фоне тяжелого алкогольного опьянения. В ряде случаев большие дозы алкоголя могут нивелировать очаговую симптоматику и, наоборот, вызывать появление рефлекторных и других асимметрий и патологических знаков. В связи с этим очевидно, что прием алкоголя значительно затрудняет именно раннюю и поэтому наиболее эффективную диагностику повреждения мозга.

Следует учесть частоту ликворной гипотензии и затруднения венозного оттока после алкогольной интоксикации и общность этих расстройств с проявлениями травмы. Состояние больных и диагностика легкой ЧМТ приобретают ряд особенностей на фоне абстиненции при хроническом алкоголизме, явле-

ниях энцефалопатии и начинающегося делирия, когда симптоматика собственно травмы уходит на второй план.

Таким образом, сопутствующее алкогольное опьянение значительно усложняет диагностику любой ЧМТ и увеличивает вероятность ошибок. В этом свете чрезвычайно важна не только констатация алкогольного опьянения, но и его степени с определением экспресс-методами уровня алкоголя в крови и моче.

5. План обследования больных с легкой черепно-мозговой травмой

Всем больным с легкой ЧМТ при первичном осмотре показано выполнение краниографии и экзоэнцефалоскопии. Традиционная рентгенография черепа в прямой и боковой проекции, при необходимости, может быть дополнена снимками с использованием специальных укладок. При СГМ и у части пациентов с УМЛС эти методы исследования дают негативные результаты. В остальных случаях при наличии ушиба мозга могут определяться травматические повреждения (переломы, трещины) костей свода и основания черепа. Экзоэнцефалоскопия при УМЛС иногда обнаруживает небольшое смещение срединного сигнала и признаки умеренной внутричерепной гипертензии.

Осмотр офтальмолога в приемном покое необходим при поступлении больных с повреждением глазного яблока и орбиты. Во всех остальных случаях он должен быть проведен в плановом порядке. Необходимо отметить, что указанное исследование не является решающим при постановке диагноза и разграничении различных форм легкой ЧМТ.

Информативность традиционной ЭЭГ в подтверждении легкой ЧМТ также весьма невелика. Иногда при УМЛС она позволяет выявить локальные изменения биоэлектрической активности мозга на фоне диффузной корковой дизритмии. ЭЭГ необходима при появлении в остром периоде травмы или наличии в анамнезе эпилептических приступов.

Исследование ликвора при легкой ЧМТ, в основном, нацелено на исключение субарахноидального кровоизлияния. Показанием для люмбальной пункции является менингеальный синдром. Весьма редко, при развитии менингита как осложнения острого периода травмы, можно выявить воспалительные изменения в цереброспинальной жидкости.

Особое внимание следует уделить описанию характера, локализации и давности повреждений мягких тканей головы. Это могут быть ссадины, ушибленные и рваные раны, кровоподтеки, подкожные гематомы, отечность тканей. С одной стороны, их наличие требует изменения лечебной программы (первичная хирургическая обработка ран, меры профилактики столбняка и

гнойных осложнений). С другой, их учет позволяет оценить биомеханику травмы, предположить локализацию костных и мозговых повреждений и имеет экспертное значение.

Во многих случаях необходимы консультации стоматолога и оториноларинголога. При наличии сочетанной травмы с повреждением внутренних органов и костей скелета (32% всех легких ЧМТ) показано детальное обследование с привлечением хирурга, травматолога и врачей других специальностей. Сопутствующая соматическая патология на всех этапах диагностики и лечения требует участия терапевта. В таких ситуациях план обследования пострадавших может быть значительно расширен.

6. Наиболее распространенные трудности в диагностике легких черепно-мозговых травм

Самой ответственной и сложной задачей представляется исключение внутричерепных гематом. К сожалению, не существует клинических и инструментальных критериев, которые позволяют прогнозировать их развитие у больных с первичным диагнозом легкой ЧМТ. Раннее обнаружение гематом, формирующихся либо в первые часы после травмы, либо в более поздние сроки, возможно с помощью динамической компьютерной томографии, церебральной ангиографии или, в меньшей степени, при повторной эхоэнцефалоскопии, что как правило, трудноосуществимо. Частота внутричерепных гематом у больных на фоне первично диагностированной легкой ЧМТ без повреждения костей черепа не превышает 1%. Наличие переломов костей свода черепа увеличивает риск до 10% (J.D. Miller, 1993). У лиц пожилого и старческого возраста имеется большая вероятность развития внутричерепных гематом.

Серьезной проблемой является разграничение СГМ и УМЛС, а также дифференциация их с травмой, которая ограничивается только повреждениями мягких тканей головы. Важно помнить, что весь арсенал методов инструментального обследования (краниография, эхоэнцефалоскопия, ЭЭГ, компьютерная томография, исследование глазного дна) нацелен, в основном, на исключение более тяжелых, чем СГМ повреждений. Ушибы головы нередко сопровождаются цефалгическим синдромом, который напоминает коммоционный, но представляет собой проявления регионарной или генерализованной сосудистой дистонии или вариант миофасциального синдрома. Значительно усложняет разграничение этих форм картина вегетативной дисфункции сопутствующего острого психоэмоционального стресса.

Затруднения возникают во всех случаях позднего обращения больных. Во-первых, оно может быть обусловлено сравнительно благополучным состоянием непосредственно после травмы и последующим нарастанием общемозговой симптоматики на протяжении нескольких ближайших суток. Во-вторых, оно нередко связано с сопутствующим алкогольным опьянением. В этих обстоятельствах можно говорить о "вероятном" СГМ, ко-

Д.ужбы на;
медицинский
Библиоте.

торое диагностируется лишь на основании анамнестических данных и некоторых косвенных признаков (кровоподтеки, ссадины, перелом костей носа и т.п.). Проще распознается УМЛС, когда обнаруживаются переломы костей черепа, ксантохромия в ликворе и регрессирующая очаговая симптоматика.

Один из ключевых моментов диагностики легкой ЧМТ — определение нарушений сознания, которое затруднительно из-за их непродолжительности. Очень редко утрата сознания четко фиксируется окружающими. В основном, эти нарушения констатируются со слов пострадавших, которые часто не могут с уверенностью подтвердить потерю сознания, хотя она в действительности имела место. Со слов пациентов весьма приблизительно можно разграничить выключение сознания, оглушение и амнестические расстройства, особенно на фоне алкогольного опьянения. В этом отношении особенно важна фиксация в медицинских документах при первичном осмотре механизма и обстоятельств травмы, ее основных проявлений.

Распространена переоценка информативности инструментальных методов исследования в подтверждении СГМ. Необходимо учесть, однако, целый ряд косвенных признаков, которые указывают на характерную биомеханику травмы (кровоподтеки, ссадины, переломы костей носа, челюсти, тупая травма глазного яблока и др.). В то же время, УМЛС можно более надежно верифицировать с помощью краниографии, эхоэнцефалоскопии, компьютерной томографии и исследования ликвора.

Особую группу черепно-мозговых повреждений составляют вторичные, т.е. случившиеся при падении вследствие эпилептического приступа, обморока, острого нарушения мозгового кровообращения, приступа головокружения, гипогликемического состояния и т.д. Симптомы легкой ЧМТ в этих случаях сочетаются с проявлениями первичной патологии и могут маскироваться или, наоборот, доминировать в общей картине болезни. Несомненно, ответственной задачей при оценке общего состояния пострадавших является определение соотношения травматической и соматической составляющих.

7. Редкие клинические феномены при легкой черепно-мозговой травме

Относительно редкой, но чрезвычайно сложной проблемой является интерпретация эпилептических феноменов, имевших место непосредственно после травмы или в различные сроки острого периода. Развитие генерализованного судорожного припадка в момент травмы чаще бывает у детей. Оценка этого факта невозможна без детального, в том числе и перинатального анамнеза. Целесообразно разграничить 3 наиболее вероятных варианта. Во-первых, при отсутствии преморбидной эпилептической и другой неврологической отягощенности этот эпизод можно расценить как эпилептическую реакцию на действие надпорогового раздражителя, каким явилась легкая ЧМТ. Это прогностически наиболее благоприятный вариант, хотя и указывает на определенную предрасположенность и ослабление противоположных механизмов. Во-вторых, эпилептический приступ может характеризовать более тяжелую, чем СГМ травму, что обычно подтверждается ее клинической динамикой и результатами инструментальных исследований. В-третьих, легкая ЧМТ может спровоцировать развернутый судорожный приступ у больного эпилепсией, которая ранее не была диагностирована или проявлялась бессудорожными пароксизмами. В любом из описанных случаев достоверную оценку ситуации можно осуществить только в процессе наблюдения и повторных обследований. Определенным подспорьем может служить электроэнцефалография.

Среди необычных, но практически весьма значимых очаговых неврологических нарушений при УМЛС отмечаются переходящие расстройства зрения и речи по типу амнестической афазии. Такие признаки локального поражения затылочных и височно-теменных областей мозга чаще наблюдаются у детей.

Легкая ЧМТ в определенных условиях — при столкновении в автомобильных авариях и ударах головой о лобовое стекло сопровождается повреждениями костно-связочного аппарата шейного отдела позвоночника (чаще вывих или подвывих СV-SVII позвонков). Это сочетанное повреждение объясняет отсут-

ствие улучшения на протяжении 2-3 недель лечения и появление в картине СГМ дополнительных, не характерных симптомов.

Иногда в ближайшие дни после травмы возникают типичные обморочные состояния. Они случаются после перехода из горизонтального в вертикальное положение на фоне усиления головокружения, провоцируются резкими поворотами и наклонами головы. Их развитие может быть стремительным, и пациенты не всегда успевают предотвратить развитие обморока изменением положения тела, другими приемами. Эти эпизоды следует интерпретировать как одно из крайних проявлений вегетативной дисфункции.

В отдельных случаях у людей среднего возраста на фоне высокого артериального давления легкая ЧМТ может сопровождаться непродолжительными общемозговыми расстройствами, которые напоминают транзиторную глобальную амнезию.

Заключение

Легкие ЧМТ, как правило, не сопровождаются опасными для жизни осложнениями и имеют благоприятные исходы. Однако, их клиническая специфика, широкое распространение, экспертно-юридические проблемы придают диагностике СГМ и УМЛС особое звучание. В распознавании легких ЧМТ чрезвычайно важен учет обстоятельств травмы, биомеханики повреждения, всей суммы преимущественно субъективных клинических проявлений. Тем более, что назначение инструментальных методов исследования в этом случае, независимо от их разрешающих возможностей, состоит в исключении более тяжелых травматических повреждений.

Единый унифицированный подход в распознавании наиболее распространенных клинических форм ЧМТ является основой для развития представлений о сущности и тонких механизмах травматической болезни и дальнейшего совершенствования ее классификации.

Содержание

Введение	3
1. Сотрясение головного мозга	5
2. Ушиб головного мозга легкой степени.....	8
3. Особенности легкой черепно-мозговой травмы у лиц пожилого и старческого возраста.....	11
4. Особенности диагностики легкой черепно-мозговой травмы на фоне алкогольной интоксикации.....	13
5. План обследования больных с легкой черепно-мозговой травмой	15
6. Наиболее распространенные трудности в диагностике легких черепно-мозговых травм.....	17
7. Редкие клинические феномены при легкой черепно-мозговой травме	19
Заключение	21

ОТРЫВНОЙ ЛИСТ

УЧЕТА ПРАКТИЧЕСКОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ

Направлять в Витебский ордена Дружбы народов медицинский институт (210023, Витебск, пр. Фрунзе, 27, медицинский институт, кафедра неврологии и нейрохирургии).

1. Методические рекомендации "Диагностика легкой черепно-мозговой травмы".
2. Утверждены Министерством здравоохранения Республики Беларусь 19 мая 1994 года.
3. Кем и когда получены _____
4. Количество лечебно-профилактических учреждений, которые внедряли методы профилактики, диагностики и лечения, предложенные данным документом _____

5. Формы внедрения (семинары, подготовка и переподготовка специалистов и др.), результаты применения метода (количество наблюдений за 1 год и эффективность) _____

6. Замечания и пожелания (текст) _____

Подпись _____

(Ф.И.О., должность лица, заполнившего отрывной лист)

Дата заполнения " ____ " _____ 199 г.

Примечание: пункты 3-6 заполняются учреждением, применившим методические рекомендации.

Библиотека ВГМУ



Ответственный за выпуск Ю.В. Алексеенко
Подписано в печать 15.06.94. 773
Заказ N 898 , тираж 200