

# ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПОВТОРНОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ.

Исаков Б.М, Исаков К.Б.

Андижанский государственный медицинский институт.

В литературе широко представлены исследования, посвященные различным аспектам клиники закрытой черепно-мозговой травмы (ЧМТ), в том числе и повторной травмы. Вместе с тем отдельные стороны клиники течения повторной закрытой ЧМТ представляют определённый интерес. Анализ результатов комплексного исследования и лечения больных, перенесших повторную черепно-мозговую травму, свидетельствует о том, что эта патология представляет собой качественно новую клиническую форму травматического повреждения мозга.

Ключевые слова: повторная черепно-мозговая травма, внутричерепные гематомы.

The research on various aspects of clinic of closed craniocerebral injury, including injury, is widely present in the literature. At the same time, separated elements of clinic during the repeated craniocerebral injury represent certain interest. The analysis of the results of complex research and treatment of the patients, who suffered repeated craniocerebral injury, testifies that this pathology represents new clinic form of traumatic brain injury.

Key words: the repeated blunt skull-brain injury, intracranial hematoma.

Введение. Диагностика и лечение черепно-мозговой травмы в настоящее время остается одной из актуальных проблем современной нейрохирургии. В некоторых случаях встречаются случаи повторной черепно-мозговой травмы. При этом часто формируются очаги ушибов и внутричерепных гематом [1,2,3,4]. Наблюдаемые клинические признаки повторных ЧМТ часто неспецифичны, чрезвычайно вариабельны и протекают тяжелее по

сравнению с первоначальной травмой [6,7]. Клиника повторных черепно-мозговых травм протекает с более длительной, стойкой общемозговой и очаговой симптоматикой.

Цель исследования: Выявление особенностей клинического течения повторной черепно-мозговой травмы.

Материал и методы: В течение 2015-2020 гг. проведено лечение и наблюдение 87 больных, перенесших повторную закрытую ЧМТ с характерными особенностями в остром периоде. При обследовании больных применялись методы компьютерной и магнитно-резонансной томографии головного мозга, электроэнцефалография, лумбальная пункция, клинико-неврологический осмотр.

Результаты и обсуждение: Среди обследованных больных сотрясения головного мозга отмечалась в 61,4% обследованных больных, ушибы головного мозга - в 38,6%. При распределении больных по виду травмы: сотрясение головного мозга - 39 больных, ушибами головного мозга легкой степени у 5 больных. Тяжелая открытая ЧМТ наблюдалась в 5 случаях, а закрытая ЧМТ - в 7, из них со смертельным исходом у 4 больных. Наибольший интерес вызывает группа больных с легкой повторной черепно-мозговой травмой, её симптомокомплекс и клиническое течение. У всех больных с повторной черепно-мозговой травмой отмечалась потеря сознания разной продолжительности. Было отмечено более значительное тяжелое течение общемозговой симптоматики - головной боли, головокружения, тошноты, рвоты, нарушения сна и психоэмоциональной сферы. Головная боль отмечалось во всех наблюдениях и носила стойкий характер. Продолжительность головной боли наблюдалась в течение 10-15 дней. Головокружение - встречалось в 89% случаев и обычно возникало в первые дни после травмы, усиливаясь при изменении положения головы и тела. В неврологическом статусе у всех обследованных больных

определялся спонтанный горизонтальный нистагм различной степени выраженности, от мелкого до крупноразмашистого. Часто встречались тошнота и рвота - 72% случаев, которое отличалась стойким течением. Очаговая симптоматика отличалась нестойким характером и быстро регрессировала под воздействием проводимой консервативной терапией. Характерной особенностью клинического течения повторной ЧМТ является раннее проявление нарушений в эмоционально-психической сфере. При обследовании больных наблюдалась тахикардия, сменяющаяся брадикардией, дискомфорт в загрудинной области, выявляемые на ЭКГ как нарушения процессов реполяризации. В первые сутки, в течении 3-5 дней после травмы, у некоторых больных отмечалась субфебрильная температура, озноб. В большинстве случаев имели место гипергидроз ладоней рук, ломкость ногтевого и волосяного покровов. Отягощение клинического течения при повторной черепномозговой травме являлось следствием развития внутричерепной гипертензии и нарастающей церебральной сосудистой недостаточности. У 75 обследованных больных был выявлен гипертензионный синдром, которое тяжело поддавалось лечению. Проводимое консервативное лечение включало общепринятые схемы лечения: дегидратационной, обезболивающей, ноотропной, рассасывающей, реабилитационной и восстановительной терапии. По срокам больные с повторной черепно-мозговой травмой проходили более длительное лечение, чем обычно. При анализе смертельных исходов при повторной тяжелой черепно-мозговой травме, обращает на себя внимание диффузное повреждение головного мозга, проявляющееся грубыми морфологическими изменениями и ярко выраженной очаговой, менингеальной симптоматикой. Мы наблюдали 25 больных, у которых в анамнезе имелась тяжелая черепно-мозговая травма. Из них у 7 больных имелся посттрепанационный дефект черепа. Всем больным проводилось полное клинико-лабораторное исследование. У 3 больных после

обследования методом компьютерной томографии выявлена внутримозговая гематома лобных долей, при этом гематома в правой полусфере была больше, чем в левой полусфере. При проведении экстренной операции - двухсторонней костнорезекционной трепанации черепа с удалением внутримозговой гематомы - выявлено сильное размозжение вещества головного мозга. Именно это такая повторная ЧМТ сильно отразилось на результатах лечения и стала причиной болезни и летального исхода в одном случае. Остальным больным проводилось консервативное лечение. Вслед за летальным исходом по истечении 3-4 суток после получения травмы был патоморфологически выявлен обширный ушиб и размозжение вещества головного мозга. Клинический анализ показывает, что при повторной тяжелой черепно-мозговой травме решающим и отягощающим фактором черепномозговой травмы является размозжение вещества головного мозга.

Выводы: 1 Повторная черепно-мозговая травма в остром периоде протекает значительно тяжелее и требует более длительного стационарного лечения.

2 Клинически повторная ЧМТ проявляется более стойкой общемозговой и очаговой симптоматикой, которое приводит к более тяжелому повреждению головного мозга.

3 Больным перенесшим повторную черепно-мозговую травму следует проводить комплексное лечение и реабилитационно-восстановительные мероприятия.

Литература: 1. Лихтерман Л.Б., Корниенко В.Н., Потапов А.А., "Черепно-мозговая травма: прогноз, течение и исходы". - М. книга ЛТР, 1993 г. - 309 с. 2. Зографян С.Г. Черепно-мозговая травма.- М.: Медицина, 1965.- 248 с.

3. Лебедев В., Быковников Л., Кариев М. Неотложная диагностика и помощь в нейрохирургии.- Ташкент: Медицина УзССР, 1990.- 237 с.

4. Справочник по нейротравматологии /под редакцией А.Н. Коновалова.- ИПЦ Вазар-Ферро: Москва, 1994.- С. 340-343.
5. Кондаков Е.Н., Климаш А.В., Баштияров А.К., Бокин В.Д. Супратенториальная травматическая дислокация головного мозга. Неврологический вестник. - 2008. - Т. XL, вып. 3 - С. 19-24.
6. Лебедев В.В., Крылов В.В. Неотложная нейрохирургия.- М., "Медицина", 2000. - С. 257.
7. Bullock M.R., Chesnut R., Ghajar J., Gordon D., Hartl R., Newell D.W., Servadei F., Walters B.C., Wilberger J. Surgical management of traumatic parenchymal lesions. Neurosurgery. 2006;58:S25-4.