

Абдымечинова А.К., Жапаров Т.С.

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПОВТОРНОЙ
ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ**

A.K. Abdymechinova, T.S. Zhaparov

**FEATURES OF A CLINICAL CURRENT OF A REPEATED
CRANIOCEREBRAL TRAUMA**

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. Черепно-мозговая травма остается одной из актуальных проблем современной нейрохирургии. Наиболее часто встречаются случаи повторной черепно-мозговой травмы с формированием очагов ушиба и внутричерепных гематом [1,2,3,4].

На повторные ЧМТ приходится примерно 1/3 от общего количества травм головного мозга, они занимают весомое место среди различных видов ушибов головного мозга [4,5,6]. Клинические проявления повторных ЧМТ часто неспецифичны, чрезвычайно вариабельны и протекают тяжелее по сравнению с первоначальной аналогичной травмой [6,7]. Клиника таких травм протекает с более стойкой общемозговой и очаговой симптоматикой, обусловленной суммой травмирующего воздействия, что приводит к более тяжелому повреждению головного мозга.

Цель исследования:

Анализ особенности клинического течения повторной черепно-мозговой травмы.

Материал и методы:

Нами в течение 2005-2009 гг. наблюдались 87 больных, перенесших повторную закрытую ЧМТ с некоторыми характерными особенностями в остром периоде. При обследовании больных применялись методы исследования, такие как компьютерная томография, магнитно-резонансная томография головного мозга, а также реоэнцефалограмма и электроэнцефалограмма, люмбальная пункция, клинико-неврологический осмотр.

Результаты и обсуждение:

Легкая черепно-мозговая травма отмечалась в 61,4,% обследованных больных, тяжелая - в 38,6%. Среди легкой ЧМТ преобладало сотрясение головного мозга - 39 больных, а 5 больных - с ушибами головного мозга легкой степени. 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. Имело место значительное утяжеление общемозговой симптоматики - головной боли, головокружения, тошноты, рвоты, нарушения сна и психоэмоциональной сферы. Головная боль отмечалась во всех случаях и носила стойкий характер, наибольшая ее локализация была в теменной и затылочной области. Продолжительность головной боли наблюдалась в течение 10-15 дней, иногда она сохранялась и после выписки из стационара. Головокружение - как нарушение взаимодействия вестибулярного и зрительного анализаторов - встречалось в 89% случаев и обычно возникало в

первые дни после травмы, усиливаясь при изменении положения головы и тела. У всех обследованных определялся спонтанный горизонтальный нистагм различной степени выраженности, от мелко - до крупноразмашистого. Тошнота и рвота также встречались довольно часто (72% случаев), отличаясь стойким течением, осложняя общее состояние больного. Выявленная очаговая симптоматика отражала определенную подготовленность к патологическому процессу медиобазальных и базально-стволовых структур головного мозга, затронутых нарушениями ликвородинамики и сосудистого тонуса. Очаговая симптоматика отличалась нестойким характером и быстро регрессировала под воздействием лекарственных препаратов.

Характерной особенностью клинического течения повторной ЧМТ является раннее проявление нарушений в эмоционально-психической сфере. С самого начала острого периода у наблюдающихся нами больных отмечалась эмоциональная неустойчивость, раздражительность, плаксивость, ухудшение памяти и запоминания текущих событий, снижение самооценки. Наиболее ярко вышеуказанная симптоматика проявлялась при тяжелой черепно-мозговой травме.

Рано формировался астенический симптомокомплекс. Во всех случаях отмечались проявления вегетативной дисфункции, которые в значительной степени определяли дальнейшее течение заболевания. 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.

Отягощенное клиническое течение болезненного состояния при повторной черепно-мозговой травме являлось следствием развития гипертензионного синдрома и нарастающей церебральной сосудистой недостаточности.

У 75 обследованных больных был выявлен гипертензионный синдром, тяжело поддающийся лечению. Обнаруженные методом реоэнцефалографии нарушения сосудистого тонуса означали как его повышение, так и понижение.

Предпринятое клиническое лечение включало в себя проведение общепринятых схем лечения: дегидратационной, обезболивающей, ноотропной, рассасывающей и реабилитационно-

восстановительной терапии. По срокам больные с повторной черепно-мозговой травмой проходили более длительное лечение, чем обычно.

Актуальными становятся требования к более интенсивной и целенаправленной терапии, с ранним началом реабилитационного мероприятия.

Анализируя смертельные исходы при повторной тяжелой черепно-мозговой травме, обращает на себя внимание более диффузное повреждение головного мозга, всех его отделов, 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 посттравматический 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 полушарии была больше, чем в левой полушарии. При проведении экстренной операции - двухсторонней костно-резекционной трепанации черепа с удалением внутримозговой гематомы - выявлено сильное размоложение 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 размоложение вещества головного мозга.

Клинический анализ показывает, что при повторной тяжелой черепно-мозговой травме решающим и отягощающим фактором черепно-мозговой травмы является размоложение вещества головного мозга.

Выводы:

Из приведенных нами наблюдений следует, что повторная черепно-мозговая травма в остром периоде протекает значительно тяжелее, чем первичная аналогичной тяжести. Клинически повторная ЧМТ проявляется и более стойкой общемозговой и очаговой симптоматикой, обусловленной суммой травмирующего воздействия, что приводит к более тяжелому повреждению головного мозга.

С этой целью практическим врачам следует собирать полный анамнез и проводить тщательный осмотр больных с черепно-мозговой травмой. А также иметь полный амбулаторный учет больных, перенесших черепно-мозговую травму, 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. Зограбян 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.