ЗАКРЫТЫЕ ТРАВМЫ ГОЛОВНОГО И СПИННОГО МОЗГА

4-ый курс

Актуальность темы:

Последствия ЧМТ в гражданских учреждениях МЗ - 6-8%

в военных госпиталях - 23%

На ВВК ограничения по ЧМТ получают 87,2% от всех ограничений.

Что такое ЗТМ? Отсутствие сообщения полости черепа с внешней средой определяет истинную закрытую травму мозга.

КЛАССИФИКАЦИЯ (Пти,1774),(Petit)

Сотрясение commotio cerebri

Ушиб(легкий, средний, тяжелый) contusio cerebri

Сдавление compressio cerebri

Патогенез.

Механическое воздействие по механизму удара или противоудара (BERGMANN,1883)

Ликворный толчок Закон Паскаля о несжимаемости жидкости (DURET,1878)

Дисциркуляторные ликворные и сосудистые расстройства/артериальные и венозные/ с последующим отеком мозга, микрогеморрагиями и гипоксией перивентрикулярных зон и гипоталамуса отек и набухание: гигантская крапивница Кловиса Венсана, подчеркивается ангиодистонический пароксизмальный характер травматических отеков.

Пролапс и коллапс мозга. Ликворное давление при набухании не соответствует внутричерепному. П.Е. Снесарев(1946),хроническая недостаточность мозгового кровообращения, как последствие ЗЧМТ.

Кавитация

Патоморфология травмы

-изменение коллоидной структуры нервных клеток

-острое набухание клеток(острое заболевания, по Нисслю)

-сморщивание нейронов, микронекрозы, нейронофагия(тяжелое заболевание)

-точечные кровоизлияния из капилляров

-изменения вегетативных центров, окружающих ликворные пути

-парабиоз коры с распространением торможения на ствол и спинной мозг

-растяжения, надрывы, некрозы мога, оболочек, ЧМН на поверхности и паравентрикулярно/ удар, ликворный толчок, кавитация/

-кровоизлияния из сосудов /без сдавления, а по механизму баротравмы/ спазм, ишемия, белые очаги размягчения стаз, диапедез, красные очаги размягчения

-гипоксия мозга

-биохимические нарушения/выделение ацетилхолина, гистамина/

-аутоиммунные нарушения/противомозговые антитела/

АЛГОРИТМ СОТРЯСЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА

1.факт травмы

2.потеря сознания/повторная/

3.вегетативные признаки/брадикардия, бледность, тошнота, рвота, повторная рвота после транспортировки,/окулостатические феномены ствола: Ромберга, Седана(III),Манна(8,5 пара ЧМН)

4.раздражение белого в-ва /ЦП: брюшные снижены, глубокие оживлены/

5.снижение функции серого в-ва в результате асинапсии /астения, плохой сон первой ночью. Иванов-Смоленский: нет четкой разницы между сном и

бодрствованием, и то и другое неполноценно.

АЛГОРИТМ УШИБА

1.факт травмы

2.анте- ретро- и конградная амнезия

3.стволовые нарушения/верхние и нижние/

4.очаговые симптомы

5.переломы, кровь в ликворе

АЛГОРИТМ СДАВЛЕНИЯ

1.факт травмы

2.наличие светлого промежутка

3.анизокория

4.повышение вчд/рвота, потеря сознания, ликворная гипертензия/

5.КТ, ЭхоЭГ признаки гематомы

резерв:7-10% объема эпи - 3% височная гематома

суб - 7% самая

внутримозговые - 0,3% неблагоприятная

сочетаные

внутрижелудочковые (гормеотонический синдром Давиденкова) децеребрация и апаллический синдром Кречмера,1940 синдром "говорят и умирают"-35% из всех умерших от ЧМТ поздняя диагностика, недостаточное лечение осложнений, инкурабельные

ВЗРЫВНАЯ ТРАВМА ГОЛОВНОГО МОЗГА.ПОЛИТРАВМА.ШОК. СИНДРОМ ВЗАИМНОГО ОТЯГОЩЕНИЯ.

Дети. особая ранимость детей до 3-х лет в 2/3 сл. психопатоподобное поведение слабоумие эпилептиформный синдром Э.И.Макарова/ЛенГидув/,1974

Старики. тяжелое течение: часто гипотензивный синдром часто соматические нарушения

В.А. Розин, Р.Д.Каусаров /НИИ им.Поленова/,1977

ТЯЖЕЛАЯ ТРАВМА

-периодическое дыхание

-появление пены на губах и трахеобронхиальные хрипы(отек легких) /периферический тип расстройства дыхания/

-гипертермия

-расширение зрачков и прекращение их регирования на свет (паралитический мидриаз)

-падение АД

-безсознательное состояние свыше 12 часов(кома)

если один признак, то соотношение погибших/выживших = 7:1

если два х =14:1

при полушарном синдроме прогноз благоприятный

при верхнестволовом синдроме операция спасает больного

при нижнестволовом/ бульбарный синдром с центральным типом расстройства дыхания/ прогноз неблагоприятный

ВЕРХНЕСТВОЛОВОЙ СИНДРОМ

-тахипноэ

-тахикардия

-глазодвигательные р-ва:плавающие глаза,двусторонний миоз

-рефлексы:двусторонний симптом Бабинского периодическое появление децеребрационной ригидности снижение роговичного рефлекса/вызывание рефлекса приводит к децербрационным тоническим судорогам/

-гипертермия/диэнцефально - катаболический синдром/

НИЖНЕСТВОЛОВОЙ СИНДРОМ

-глубокая утрата сознания/остановка дыхания в ответ на раздражение, например, попадание жидкости в трахею/

-периодическое дыхание

-брадикардия, АД 70/40

-паралитический мидриаз

-замедление второй фазы глотания/при попадании в трахею жидкости остановка дыхания/

-"симптом открытого рта":отвисание нижней челюсти синхронно дыханию

-арефлексия и исчезновение децеребрационных тонических судорог

-гипотермия

ПОСЛЕДСТВИЯ ЧМТ

церебральный кистозно-слипчивый арахноидит с гипертензионно - гидроцефальным синдромом, астеновегетативными нарушениями и микроочаговой неврологической симптоматикой или: эпилептиформными пароксизмами

ЛЕЧЕНИЕ

-рассасывающая

-дегидратирующая

-ноотропная терапия регенерация нервных клеток:фактор роста

-синдромологические ганглиозиды

-симптоматические средства /гликолипиды/

СПИНАЛЬНАЯ ТРАВМА

СОТРЯСЕНИЕ

обратимость изменений, длительность: минуты, часы, не более 3-5 дней

УШИБ/Ушиб-сдавление/

синдром полного нарушения проводимости/спинальный шок/:

-вялый паралич

-проводниковые чувствительные р-ва

-тазовые

-примесь крови в СМЖ

постепнно появляются движения и признаки центрального поражения

ГЕМАТОМИЕЛИЯ

сегментарные и проводниковые нарушения

ГЕМАТОРАХИС

оболочечные кровоизлияния с менингизмом, симптомы сдавления сп. мозга

ПОЛНЫЙ АНАТОМИЧЕСКИЙ ПЕРЕРЫВ

СДАВЛЕНИЕ СПИННОГО МОЗГА ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ГРЫЖАХ ДИСКОВ