



Черепно-мозговая травма.

Содержание:

1. Определение
2. Этиология
3. Формы
4. Периоды
5. Классификация
6. Клиническая картина
7. Виды сознания
8. Диагностика
9. Лечение
10. Первая помощь
11. Доврачебная помощь
12. Прогноз

Определение:

- Черепно-мозговая травма — механическое повреждение черепа и внутричерепных образований — головного мозга, сосудов, черепных нервов, мозговых оболочек.

Этиология:

- Механизм развития черепно-мозговой травмы включает в себя сочетание функциональных и структурных изменений, обусловленных механическим воздействием на череп и головной мозг. Механизм травмы складывается из прямого удара с местным повреждением черепа и мозга и противоудара. При противоударе возникает ушиб головного мозга о костные внутричерепные образования вследствие его смещения в полости черепа в сторону, противоположную месту приложения травмирующей силы.
- В результате возникают разрывы кровеносных сосудов и повреждения различных участков головного мозга. Значительная роль отводится гидравлическому удару, который связан с перемещением цереброспинальной жидкости в желудочках головного мозга и ликворо-проводящих путях.



Формы:

Закрытая:

1. сотрясение мозга.
2. ушиб мозга лёгкой степени.
3. ушиб мозга средней степени.
4. ушиб мозга тяжёлой степени.
5. диффузное аксональное повреждение мозга.
6. сдавление мозга.

Открытая:

1. проникающая.
2. непроникающая.

Периоды:

1. Острый - 2—10 недель в зависимости от клинической формы.
2. Промежуточный – 2-6 месяцев в зависимости от клинической формы.
3. Отдаленный - при клиническом выздоровлении — до 2 лет, или не ограничено.

Классификация:

1. Ушибы и раны мягких тканей головного мозга.
2. Переломы костей черепа – свода и основания.
3. Повреждения головного мозга – сотрясение, ушиб, сдавление.

Клиническая картина:

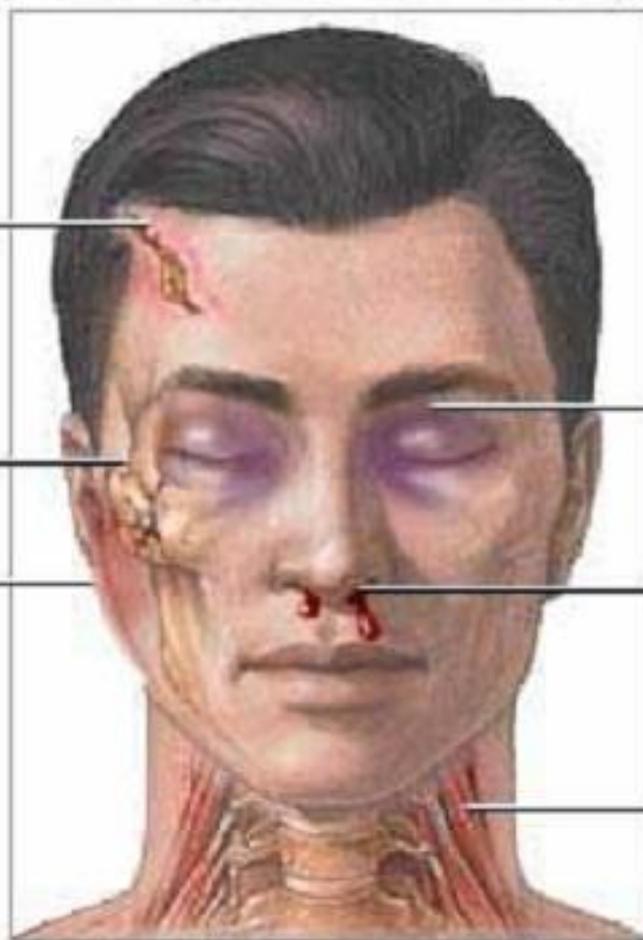
1. Обще мозговые симптомы: головная боль, головокружение, нарушение сознания, рвота, нарушение памяти, психомоторное возбуждение или заторможенность.
2. Очаговые симптомы: стволловые и крупно очаговые.
3. Менингеальные симптомы: ригидность затылочных мышц.

Признаки черепно-мозговой травмы

Повреждение
скальпа

Перелом

Ссадины,
отёк



Потеря
сознания

Выделения
из носа

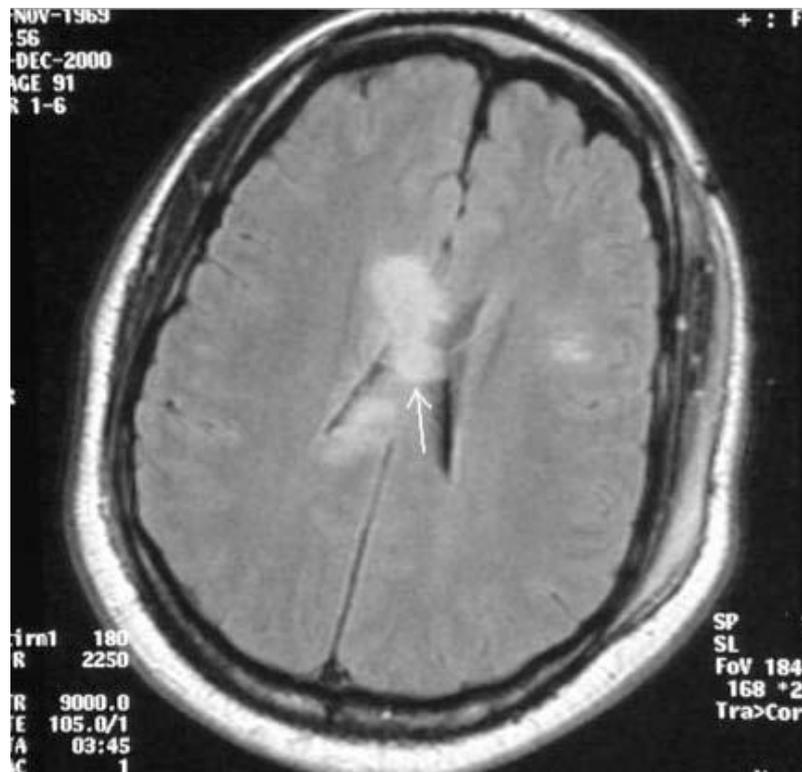
Напряжённая
шея

Виды сознания:

- Ясное – полная ориентация в местности и времени, адекватная реакция.
- Оглушенное – ограниченный словесный контакт, снижение психической и двигательной активности.
- Сопор – сонливость, реакция на боль, открывание глаз на резкий звук.
- Кома – полная утрата восприятия окружающего мира и самого себя.

Диагностика:

- Рентген костей черепа.
- УЗИ головного мозга.
- Ангиография сосудов головного мозга.
- КТ
- МРТ
- Осмотр окулиста.
- Шкала комы Глазко



Шкала комы Глазко.

Критерии	Баллы
1. Открывание глаз	
Произвольное	4
На окрик	3
На боль	2
Отсутствует	1
2. Двигательные реакции (моторный компонент)	
Выполняются по команде	6
Дифференцированные	5
Недифференцированные	4
Позотонические сгибательные	3
Позотонические разгибательные	2
Отсутствуют	1
3. Речь	
Правильная речь	5
Спутанная речь	4
Непонятные слова	3
Нечленораздельные звуки	2
Отсутствует	1

Лечение:

- Госпитализация.
- При ушибах лёгкой степени и сотрясении – успокоительные средства и холод на голову
- При более тяжёлых формах – контроль АД.
- При сдавлении - экстренно трепанация черепа.
- При открытой травме – ПХО раны на фоне реанимационной терапии.



Regenerated: An x-ray shows where the titanium metal plate covered Gordon Moore's damaged skull. Right, Mr Moore, 72, has grown new bone to replace the damage

Первая помощь:

1. Вызвать скорую помощь.
2. Уложить пациента с приподнятым головным концом, голову повернув набок (улучшить венозный отток от мозга и предотвратить аспирацию рвотных масс и крови при носовом кровотечении).
3. Остановить кровотечение из раны волосистой части головы асептической давящей повязкой.
4. Освободить от стесняющей одежды.
5. Обеспечить свободный доступ воздуха.
6. Дождаться приезда скорой помощи.

Доврачебная помощь:

1. Уложить пострадавшего на носилки с возвышенным головным концом, голову повернуть набок.
2. Обработать рану кожными и раневыми антисептиками и наложить антисептическую давящую повязку.
3. Имобилизовать голову (мешочками с песком, ватно-марлевым кольцом и т.д.)
4. Измерить и контролировать АД, ЧДД, ЧСС.
5. Госпитализировать в нейрохирургическое или реанимационное отделение.
6. Вызвать врача-нейрохирурга или травматолога.
7. Выполнять назначения врача: подготовка к операции ПХО раны или трепанации черепа, люмбальной пункции. Введение противовостолбнячного иммуноглобулина.

Прогноз:

- Прогноз заболевания во многом зависит от характера и тяжести травмы.
- При легких травмах прогноз условно благоприятный, в некоторых случаях происходит полное выздоровление без медицинской помощи.
- При тяжелых повреждениях прогноз неблагоприятный, без немедленной адекватной медицинской помощи больной умирает.
- Существуют случаи когда даже при серьезных черепно-мозговых травмах врачам удавалось спасти пациентов.



Спасибо за внимание !!!