

УДК 616-001.31

З.У.Доспанбетова

ГККП ССМП п/с №4 врач БИТ бригады.

Черепно-мозговая травма

Аннотация

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) — повреждение костей черепа или мягких тканей. Различают легкую, средней степени тяжести и тяжелую ЧМТ. Также различают изолированную и сочетанную (с повреждением других органов). ЧМТ делят на закрытую и открытую (с повреждением кожных покровов, апоневроз, костную ткань или более глубоко лежащие ткани).

Клинически делятся на 1) сотрясение головного мозга (тошнота, рвота, головная боль, бледность кожи, специфические симптомы — потеря сознания) 2) ушиб головного мозга; 3) сдавливание головного мозга; 4) диффузное аксональное повреждение.

Нарушение сознания — оглушение, сопор, кома указывает на тяжесть ЧМТ. При поступлении в стационар проводят обследование: 1) клиническое; 2) рентгенография черепа; 3) компьютерная томография;

Лечение сводится к защите от внутричерепного давления и гипоксии. Прогноз зависит от характера и тяжести травмы.

Ключевые слова: ликвор, сотрясение головного мозга, ушиб ГМ, сдавливание ГМ, гематома, оглушение, сопор, кома, рентгенография, компьютерная томография, внутричерепное давление, гипоксия.

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) — повреждение костей черепа или мягких тканей, таких как ткани мозга, сосуды, нервы, мозговые оболочки.

По тяжести поражения различают легкую, средней степени тяжести и тяжелую ЧМТ[1]. Для определения степени тяжести используют шкалу комы Глазго. При этом пациент получает от 3 до 15 баллов в зависимости от уровня нарушения сознания, который оценивают по открыванию глаз, речевой и двигательной реакциям на стимулы[2]. Легкая ЧМТ оценивается в 13—15 баллов, среднетяжелая — в 9—12, тяжелая — в 3—8[3][4][5].

Также различают изолированную, сочетанную (травма сопровождается повреждением других органов) и комбинированную (на организм действуют различные травмирующие факторы) ЧМТ.

ЧМТ разделяют на закрытую и открытую. При открытой черепно-мозговой травме повреждены кожный покров, апоневроз и дно раны является кость или более глубокие оболочки ткани. При этом, если повреждена твердая мозговая оболочка, то открытую рану считают проникающей. Частный случай проникающей травмы — истечение спинномозговой жидкости из носа или уха в результате перелома костей основания черепа. При закрытой черепно-мозговой травме апоневроз не поврежден, хотя кожа может быть повреждена.

Клинические формы ЧМТ

Сотрясение головного мозга — травма, при которой не отмечается стойких нарушений в работе мозга. Все симптомы, возникающие после сотрясения, обычно со временем (в течение нескольких дней) исчезают. Стойкое сохранение симптоматики является признаком более серьезного повреждения головного мозга. Основными критериями тяжести сотрясения мозга являются продолжительность (от нескольких секунд до часов) и последующая глубина потери сознания и состояния амнезии. Неспецифические симптомы — тошнота, рвота, бледность кожных покровов, нарушения сердечной деятельности.

По степени тяжести: ушиб головного мозга: легкой, средней и тяжелой степени; сдавливание головного мозга (гематомой, инородным телом, воздухом, очагом ушиба); диффузное аксональное повреждение.

Одновременно могут наблюдаться различные сочетания видов черепно-мозговой травмы: ушиб и сдавливание гематомой, ушиб и субарахноидальное кровоизлияние, диффузное аксональное повреждение и ушиб, ушиб головного мозга со сдавливанием гематомой и субарахноидальным кровоизлиянием.

Нарушение сознания — оглушение, сопор, кома указывают на наличие черепно-мозговой травмы и ее тяжесть.

Поражение черепных нервов, указывают на сдавливание и ушиб головного мозга.

Очаговые поражения мозга говорят о повреждении определенной области головного мозга, бывают при ушибе, сдавливании головного мозга.

Стволовые симптомы являются признаком сдавливания и ушиба головного мозга.

Менингеальные симптомы — их наличие указывает на наличие ушиба головного мозга, либо субарахноидального кровоизлияния. Спустя несколько дней после травмы, могут быть признаком развившегося менингита.

Лечение черепно мозговых травм

можно разделить на 2 этапа. Этап оказания первой медицинской помощи и этап оказания квалифицированной медицинской помощи в стационаре.

При наличии эпизода с потерей сознания больной независимо от его текущего состояния нуждается в транспортировке в стационар. Это обусловлено высоким потенциальным риском развития тяжелых опасных для жизни осложнений.

После поступления в стационар больному проводится клиническое обследование, собирается при возможности анамнез, уточняется у него или у сопровождающих характер травмы. Затем выполняется комплекс диагностических мероприятий направленных на проверку целостности костного каркаса черепа и наличия внутричерепных гематом и других повреждений тканей мозга.

Простейшим методом диагностики является рентгенография черепа, однако в связи с особенностями метода эффективность подобного ее относительно не велика даже с использованием специальных укладок, примерно 20-30 % площади костей черепа остаются недоступными для оценки их целостности. Так же данный метод не позволяет оценить состояние тканей мозга. Методом выбора при данном виде травм является компьютерная томография. Данная методика позволяет получить изображение всех костей свода черепа, и оценить состояние головного мозга. Недостатком методики является дороговизна компьютерных томографов и как следствие их малая распространенность. Как правило подобные аппараты имеют только относительно крупные клиники.

В Казахстане как правило пострадавшие поступившие первично с ЧМТ исследуются с помощью методов рентгенографии, и уже в тех случаях когда данная методика не дает клинически значимого результата больные направляются на КТ.

После того как в ходе обследования устанавливается тип черепно-мозговой травмы, врач травматолог принимает решение о тактике лечения пациента. Методики и схемы терапии отличаются в зависимости от типа травмы, но в целом пре-

следуют одинаковые цели.

Главной целью является предотвращение поражения тканей головного мозга, и как следствие поддержание нормального внутричерепного давления и защита коры головного мозга от гипоксии. В некоторых случаях для этого выполняются трепанации с целью дренирования внутричерепных гематом. При отсутствии кровотечения в полость черепа больные ведутся как правило на консервативной терапии.

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. Большое значение имеет помощь и лечение на догоспитальном этапе. Все больные с ЧМТ доставляются в стационар.

Тужырым

З.У.Доспанбетова

ҚҚҚК МЖЖС №4 қосалқы станциясы, БИТ бригада дәрігері:

Бас сүйек-ми зақымы (БСЗ) – дегеніміз бас сүйек немесе жұмсақ тіндердің зақымдалуы. Әдетте БСЗ-ның жеңіл, орташа және ауыр ауыртпалық деңгейін ажыратады. Сондай-ақ жекеленген, үйлестірілген формалары ажыратылады (өзге де мүшелердің зақымдалуы байқалады). БСЗ жабық және ашық формалы деп бөлінеді (тері, апоневроз, сүйек тіндері мен терең орналасқан тіндердің жарақаты).

Клиникалық тұрғыдан БСЗ:

Бас ми шайқалуы: жүрек айнушылық, құсу, бас ауруы, тері қуылдығы, естен тану секілді белгілер бас ми шайқалуына тән белгілер болып табылады.

Бас ми мүшесін соғып алу;

Бас миының қысылуы;

Мидың диффузиялық-аксоналды жарақаты деп бөлінеді. Естің бүлінуі – дыбыс қатаңдануы, естен айырылып

қалушылық, әлсіздік, кома барлығы да БСЗ ауыртпалығына меңзейді.

Науқас стационарға түскен кезде келесідей тексеруден өтеді:

Клиникалық;

Бас сүйекті рентген сәулесі арқылы суретке түсіру (рентгенография жасау)

Компьютерлік томография.

Емнің басты мақсаты: науқасты бас сүйек қысымынан, гипоксиядан сақтау.

Болжам жарақат сипаты мен ауыртпалығына байланысты.

Summary

Z.U.Dospanbetova

SSMO EMSS sub-centre No. 4 TIT team doctor.

Craniocerebral trauma (CT) – affection of skull bones or soft tissues. It is distinguished mild, medium and heavy CT severity. Also there are isolated and concomitant injuries (other organs are affected also).

CT is divided into close and open form (affection of skin integument, aponeurosis, bony tissue and deep-seated tissues).

Clinically CT is divided into:

Concussion of the brain: nausea, vomit, headache, skin pallor, faintness are specific symptoms.

Brain contusion.

Brain compression.

Diffuse axonal injury.

Impairment of consciousness – stupefaction, sopor, coma show CT severity.

Admitting conducted following examinations:

Clinical;

Craniography;

Computerized tomography.

The treatment come to:

intracranial pressure and hypoxia protection. Prognosis depends on injury characteristics and severity.

УДК 616-001.31

O.S. Seyidbeyov, G.F. Hasanova

Azerbaijan state advanced training institute for doctors Named after

Aziz Aliyev Clinical And Expertise Assessment Of Mandibular Fractures As A Result Of Blunt Object Impact

Conclusions:

Based on the research we had made following conclusions:

Knowing the mechanisms of mandibular fractures significantly simplify the choice of tactics and treatment methods, as well as helps during forensic-medical examination.

Clinically grounded description of the general and local condition of the patients at the moment of admission with mandibular fracture help to have and objective view on the gravity of health damage.

The length of the the hospital treatment of mandibular fracture depends less on the mechanism of the blunt trauma and rather more on fracture itself and its complications.

The maximum required duration of the hospital treatment is during multiple mandibular fractures, specifically one's coupled with combined trauma especially with complications.

The assessment of mandibular fractures is performed on the basis of morphologic and functional peculiarities of fractures, the study of establishment mechanisms and the character of damaging factor, location and the direction of the impacting force, as well as the intermediary and final outcomes of fractures [1,4,5,8]. it was determined in the clinical and forensic-medical practice that

mandibular fractures mostly appear as a result of the impact of blunt objects. This is determined by the factor that blunt objects cause different mechanical lesions: excoriations, scratches, hematomas, wounds, injuries, tensions, lacerations, dislocations, cracks, fractures, etc. [6,7]. as it is known, one of the most complicated forms of lesions in stomatological and forensic-medical practice is the facial skeleton fractures, including mandibular — the only mobile bone of the facial skeleton. The peculiarities of the facial skeleton structure, as well as the wide range of blunt object impact mechanisms lead to the great variety of lesions.

According to our observations mandibular fractures form 65.4% of total facial bone fractures. Of all facial bones mandible is the least protected from external impact and, given its mobility, the mechanism of mandibular fracture formation to a greater extent is determined by the peculiarities of anatomic structure.

Over last several years the number of forensic-medical assessments of impact of mandibular fractures on to the level of damage to the health had increased.

Undoubtedly introduction to the medical practice of modern diagnostics and treatment methods for mandibular damages, significantly impact the duration of temporary loss of ability to work and the results of rehabilitation. All of above suggest the elaboration