



Клініко-морфологічні особливості забою головного мозку

Росолянка Н. Я., Крук Б. Р.

Анотація. Оцінка важкості забою головного мозку має свої особливості. Стаття присвячена висвітленню питання клінічних та морфологічних особливостей забою головного мозку різного ступеня важкості. Проаналізовані групи симптомів та ступінь їх прояву в залежності від важкості ураження головного мозку.

Ключові слова: черепно-мозкова травма (ЧМТ), забій головного мозку, неврологічний дефіцит, фізична терапія.

Вступ. Деякі автори [1] вважають що вибір засобів та методів фізичної терапії необхідно проводити з огляду на особливості неврологічного дефіциту. Тому диференційований підхід при складанні індивідуальної програми реабілітації, який базується на оцінці клінічного стану травмованого, дасть можливість застосовувати найефективніший інструмент для лікування хворого.

Клінічна картина забою головного мозку залежатиме як від локалізації вогнища забою так і від важкості травми. При забоях головного мозку можуть спостерігатись моторні сенсорні та когнітивні розлади, а це матиме вплив на тактику та стратегію фізичної терапії [1, 2, 3].

Мета дослідження – визначити особливості клінічних проявів забою головного мозку внаслідок черепно-мозкової травми.

Методи дослідження: теоретичний аналіз та узагальнення даних наукової та методичної літератури та всевітньої інформаційної мережі Інтернет; індукція, зіставлення та класифікація.

Результати дослідження. До цього часу в клінічній практиці широко застосовується класифікація Пті (1773), за якою клінічні форми закритої черепно-мозкової травми розділяють на струс, забій і стиснення головного мозку. Клінічна симптоматика закритої черепно-мозкової травми характеризується наявністю кількох груп симптомів: розладами свідомості, кірковими симптомами, стовбуровими симптома-



ми, ознаки вогнищевого ураження півкуль головного мозку, симптомами ураження корінців черепно-мозкових нервів [4, 3].

Забій головного мозку являє собою органічне пошкодження мозкових структур, які проявляються вогнищевими та загально мозковими розладами різної важкості. При ударі в головному мозку формуються ділянки некрозу різної величини. Характерною особливістю даного ураження головного мозку є втрата свідомості. Тривалість непритомного стану знаходиться в прямій залежності від ступеня травматизації тканин [5, 6].

Прийнято виділяти три ступені тяжкості забиття головного мозку - легку, середню і важку. За шкалою коми Глазго (ШКГ) легка ступінь оцінюється в 13-15 балів, середня 9-12, і важка 3-8 балів. Ступінь тяжкості залежить від характеру та розміру пошкоджень мозкових структур.

Забій головного мозку легкого ступеня характеризується втратою свідомості від 10 до 40 хвилин. Хворі знаходяться в стані помірного оглушення яке характеризується обмеженим вербальним контактом, в'ялістю, сонливістю, неповна орієнтація в місці та часі, з відносним збереженням орієнтування особистості. На 3-5 добу повністю відновлюється свідомість. Неврологічний статус при поступленні характеризується слабо вираженою стовбуровою симптоматикою, яка проявляється у вигляді гіперрефлексії ністагму. Може спостерігатись помірно виражена анізорефлексія сухожильних та періостальних рефлексів, у поєднання з легким геміпарезом. дана симптоматика регресує до 7 днів. Менінгеальний синдром триває до 10-14 днів [4, 3].

Забій головного мозку середнього ступеня тяжкості в більшості випадків поєднується з переломом кісток основи черепа або зводу. Дана патологія призводить до вираженої неврологічної симптоматики, при якій можуть виникати парези верхніх і нижніх кінцівок, виражені порушення серцевого ритму, а також менінгеальний синдром. Втрата свідомості, до 5 годин, у більшості випадків спостерігається глибоке оглушення. Даний стан характеризується глибокою загальмованістю. Спостерігається відсутність орієнтування в часі і просторі. Травмована особа здатна виконати лише нескладні завдання. У даному стані не рідко спостерігається мимовільний акт сечовипускання і дефекації. Травматична амнезія носить виражений характер. Неврологічна симптоматика це ністагм, анізокорія, порушення функцій ока. Дана симптоматика спостерігається протягом 4-6 тижнів і після цього поступово регресує. Головний біль або цефалгія, виникає при порушенні цілісності твердої мозкової оболонки, де знаходиться найбільше число больових рецепторів у всьому організмі людини. Блювота, яка з'являється багаторазово, не приносить почуття полегшення. Нудота при забитті головного мозку не передує блювоті [4, 2].

Порушення серцевого ритму відбуваються у зв'язку з транзиторними порушен-



нями у вегетативній нервовій системі. Порушення дихального ритму. Найчастіше спостерігається тахіпноє без виражених змін в прохідності нижніх дихальних шляхів (трахея, бронхи). Тахіпноє викликано транзиторними порушеннями в дихальному центрі. Для забою головного мозку середньої тяжкості характерна субфібрильна температура тіла (у межах 37-37,5 °С).

Забій головного мозку важкого ступеня характеризується тривалою втратою свідомості від декількох годин, діб, тижнів можливо до летального наслідку. Часто спостерігаються вітальні порушення: брадикардія, тахікардія, артеріальна гіпер- або гіпотензія, порушення частоти ритму дихання, підвищення температури тіла, наявний менінгеальний синдром. Виражена субарахноїдальна геморагія. Грубі неврологічні симптоми вогнищового та загально мозкового характеру: стовбурові ушкодження півкуль головного мозку, мозочку: плаваючі очні яблука, анізокорія, парези III–VI пар черепно мозкових нервів, парез VII нерва центральний або периферичний, судоми, децеребраційна ригідність, зміна тону м'язів кінцівок, порушення чутливості, патологічні стопні симптоми. Загально мозкові симптоми в ранні терміни переважають над вогнищевими. Неврологічна симптоматика регресує повільно, часто залишається виражена загально мозкова та вогнищева симптоматика. При забоях тяжкого ступеня часто бувають переломи склепіння та основи черепа, субарахноїдальні, внутрішньомозкові крововиливи, частота яких корелює з тяжкістю травми, часто спостерігається набряк мозку, як локальний, так і генералізований. При забоях головного мозку геморагічне ушкодження часто прогресує протягом кількох годин після травми, крім того можливе виникнення нових вогнищ, віддалених від місця первинного ушкодження, тобто вторинна геморагічна прогресія забою (ВГПЗ) [4, 6].

Висновки. Забій головного мозку одна з форм черепно-мозкової травми. Розрізняють забій легкого середнього і важкого ступеня. Забій головного мозку являє собою органічне пошкодження мозкових структур, які проявляються вогнищевими та загально мозковими розладами різної важкості. Клінічна картина залежатиме як від локалізації вогнища забою так і від важкості травми. При забоях головного мозку можуть спостерігатись розлади роботи моторної сенсорної та когнітивної сфер. Лише при врахуванні всіх груп ознак: ступеня вираженості окремих симптомів, анамнестичних даних про механізм травми і місця прикладання травмуючої сили можливе встановлення правильного діагнозу.

Список використаної літератури.

1. Крук Б. Р. Рокошевська В. В., Білянський О. Ю. Фізична реабілітація осіб із черепно-мозковою травмою. *Спортивна наука України*. 2015. №1. С. 66-69. Режим доступу:



[http://sportscience.ldufk.edu.ua/index.php/snu/issue/current](http://sportsscience.ldufk.edu.ua/index.php/snu/issue/current).

2. Шевага В.М., Паєнок А.В., Задорожна Б.В. *Неврологія*. К.: Медицина, 2009. 656 с.
3. Григорова І.А., Соколова Л.І., Герасимчук Р.Д. та ін. *Неврологія: нац. підручник*. К. ВСВ «Медицина», 2014. 640 с.
4. Магалов Ш.И., Пашаева Т. С. Последствия легких закрытых черепно-мозговых травм: вопросы терминологии и классификации. *Неврол. журнал*. 2002. №6. С. 16-19.
5. Gean A.D., Fischbein N.J. Head trauma *Neuroimag. Clin. N. Am.* 2010. V.20, N4. P. 527-556.
6. Heegaard W., Biros M. Traumatic brain injury. *Emerg. Med. Clin. N. Am.* 2007. V. 25, N3. P. 655-678.