

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

НОЯБРЬ
ДЕКАБРЬ
1985
6

ТОМ
LXVI

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ ДЛЯ ВРАЧЕЙ
ОРГАН МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТАССР
И СОВЕТА НАУЧНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВ

КЛИНИЧЕСКАЯ И ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616.831+617.518]-001-02:616.8-009.83

ИСХОДЫ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЯМИ СОЗНАНИЯ¹

*Казанский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии (директор—
заслуж. деят. науки РСФСР и ТАССР проф. У. Я. Богданович)*

Е. К. Валеев, А. Л. Кириллов, С. М. Валеева, Л. М. Лисицына

Нарушения сознания являются одним из существенных признаков черепно-мозговой травмы. Их выраженность свидетельствует о тяжести мозговых повреждений и возникающих внутричерепных осложнениях. По степени регресса или усугубления нарушений сознания можно судить о течении процесса и его исходе [1, 4].

В данной работе для суждения о тяжести травмы, динамике процесса и его исходе использована классификация нарушений сознания при черепно-мозговых повреждениях, предложенная А. Н. Коноваловым и соавт. (1982) и дополненная количественной оценкой наиболее информативных неврологических признаков А. Р. Шахновичем и соавт. (1982).

Обобщен клинический материал трех специализированных учреждений Казанского межобластного нейрохирургического центра с 1980 по 1982 г. Обследован 531 пострадавший в возрасте от 1 года до 82 лет с нарушениями сознания различной выраженности и длительностью от нескольких часов до трех недель. У всех имелись ушибы головного мозга тяжелой степени, сопровождавшиеся субарахноидальными кровоизлияниями, повреждением костей свода или основания черепа. 303 человека были оперированы по поводу вдавленных переломов, эпи-, субдуральных или внутримозговых гематом, ликворных гидром, очагов размягчения мозга. Выжили 281, умерли 250 пострадавших. Выделены 3 возрастные группы: до 15 лет — 42 человека (выжило 32, умерло 10), от 16 до 69 лет — 434 (выжило 257, умерло 197), старше 60 лет — 55 (выжило 12, умерло 43).

На всех больных составлялась карта с количественной классификацией нарушений сознания и с учетом 14 основных неврологических признаков: 1) открывание глаз на звук или боль; 2) выполнение инструкции; 3) ответы на вопросы; 4) ориентированность; 5) отсутствие двустороннего мидриаза; 6) отсутствие мышечной атонии; 7) отсутствие нарушений дыхания; 8) рефлексы корнеальные; 9) рефлексы

¹ Доложено на Всесоюзном симпозиуме «Прогнозирование в травматологии и хирургии» 19 апреля 1983 г. (г. Казань).

коленные; 10) рефлекс кашлевой; 11) реакция зрачков на свет; 12) отсутствие симптома Мажанди; 13) движения спонтанные; 14) движения на боль. В карте отражены 7 градаций состояния: ясное сознание, умеренное и глубокое оглушение, сопор, умеренная, глубокая и запредельная кома. Выделены наиболее информативные, ведущие признаки, характеризующие отдельные градации нарушений сознания. Так, для запредельной комы характерно наличие двустороннего мидриаза и мышечной атонии.

Обследования проводились многократно в течение суток ежедневно. Учитывались вид лечения и возникающие осложнения. По аналогии с оценкой исходов тяжелой черепно-мозговой травмы по шкале комы Глазго [5] пострадавшие были распределены по следующим группам: а) со смертельным исходом; б) в хроническом вегетативном состоянии — не реагирующие на афферентный раздражитель; в) с выраженными нарушениями, но в сознании, зависимы от окружающих, со значительными неврологическими или психическими изменениями; г) с умеренными нарушениями, не зависящими от окружающих, но с неврологической патологией или изменениями со стороны психической сферы; д) с хорошим восстановлением — могут быть незначительные последствия, не влияющие на работоспособность.

Из общего числа пострадавших (531) летальный исход наблюдался у 47%, хроническое вегетативное состояние — у 3%, с выраженными нарушениями выписано 7% пострадавших, с умеренными расстройствами — 18%, хорошее восстановление имело место у 25% пациентов.

Наибольшая летальность (54% из всех погибших) отмечалась в 1—3-и сутки после травмы. Была выявлена четкая взаимосвязь со степенью нарушения сознания: чем выраженнее была кома, тем раньше наступал смертельный исход. На секции имелись поражения стволовых отделов головного мозга. У проживших 3 суток и погибших в последующие дни, наряду с контузионными очагами в больших полушариях, в 90% случаев обнаружены гнойные осложнения со стороны легких, в 5% — воспаление мозга и его оболочек, в 5% — острая сердечно-сосудистая и почечная недостаточность.

При сравнении исходов тяжелой черепно-мозговой травмы трех возрастных групп было обнаружено следующее: чем старше пострадавшие, тем выше у них летальность и меньше хороших и удовлетворительных результатов.

41 больной поступил в фазе запредельной комы: отсутствовала какая-либо реакция на действие внешних раздражителей, были выражены нарушения витальных функций. Лишь инструментальные исследования позволили выявить у большинства из них внутричерепные объемные кровоизлияния. Оперативное вмешательство производилось в первые часы после травмы. Несмотря на удаление гематом и очагов разможжения, отек прогрессировал, наблюдались случаи острого вспучивания мозга. Все больные старше 16 лет скончались в течение первых суток. В то же время следует отметить, что у детей, поступающих даже в состоянии запредельной комы, при своевременно оказанной помощи можно получить благоприятные результаты; в наших наблюдениях выжило 3 таких пациента.

В качестве примера обратимых изменений при запредельной коме приводим одно из наших наблюдений.

Г., 6 лет, был доставлен через 20 мин после автомобильной катастрофы. При поступлении дыхание шумное, частое с участием вспомогательных мышц; АД—10,7/5,3 кПа (80/40 мм рт. ст.), пульс—110—130 уд. в 1 мин, аритмичный, напряженный. Сознание утрачено. На болевой раздражитель возникают судороги типа дещеребрационной ригидности, в покое — мышечная атония. Зрачки равномерно расширены, корнеальные и зрачковые рефлексы не вызываются. Кашлевой и глоточный рефлексы отсутствуют. Имеется рвано-ушибленная рана в левой теменно-височной области, локворея из левого ушного прохода. На краниограммах — многооскольчатый вдавленный перелом. На фоне реанимационных мероприятий пострадавшему произведена первичная хирургическая обработка раны с удалением костных фрагментов, эпи-, субдуральной гематомы, мозгового детрита. В последующем отмечался медленный регресс неврологической и общемозговой симптоматики. Выписан через 2,5 мес с умеренными нарушениями: оставались явления моторной афазии и нерезко выраженный парез в правой руке.

69 пострадавших доставлены в состоянии глубокой комы: отсутствовала реакция на звук и боль, отмечались диффузная мышечная гипотония, диссоциация рефлексов по продольной оси туловища, угнетение корнеальных рефлексов и реакции зрачков на свет (но мидриаза не было), имелись нарушения функции дыхания и сердечной деятельности. Лишь у $\frac{1}{3}$ этих больных при неврологическом обследовании можно было определить наличие внутричерепной гематомы. Выжило 16 чело-

век. Длительность коматозного состояния у погибших составляла 4—5 суток. Непродолжительное ослабление нарушения сознания наблюдалось у 8 пострадавших.

154 больных поступили в фазе умеренной комы: мидриаза, мышечной атонии, нарушений дыхания не было, однако они не открывали глаз на звук или боль, не выполняли инструкций. В неврологическом статусе имелись четкие полушарные очаговые симптомы. Благоприятный исход наступил у 73 пострадавших. У большинства умерших выявлены выраженные легочные осложнения.

157 пострадавших госпитализированы в сопорозном состоянии: при действии внешнего раздражителя реагировали на окружающее, но не выполняли инструкций. Умерло 44 человека; смерть наступила на 7—18-е сутки после травмы от присоединившихся осложнений.

110 больных находились в фазе умеренного и выраженного оглушения: 64 из них были частично дезориентированы, сонливы, но выполняли все инструкции; у 46 отмечалась глубокая сонливость и полная дезориентация, они понимали лишь простые команды. В большинстве случаев эти фазы нарушения сознания длились до 8—10 дней. Среди 34 погибших на 9—20-е сутки после травмы превалировали лица пожилого возраста.

Оценка исходов тяжелой черепно-мозговой травмы по фазам нарушения сознания показала, что у лиц старше 16 лет при запредельной коме погибло 100% пострадавших, при глубокой коме — 76,2%, при умеренной коме — 52,6%, в сопоре — 28%, при умеренном и глубоком оглушении — 30,9%. Основной причиной смерти больных, поступивших в запредельной и глубокой коме, являлись множественные повреждения вещества головного мозга как в супратенториальных отделах, так и в субтенториальных, выраженный отек мозга. У лиц, госпитализированных в состоянии оглушения, сопора и умеренной комы, причиной неблагоприятного исхода чаще всего были соматические осложнения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Будащевский Б. Г., Зотов Ю. В. В кн.: Диагностика и комплексное лечение закрытой черепно-мозговой травмы. Л., 2, 1982.—2. Коновалов А. Н., Самошкин Б. А., Васин Н. Я. и др. *Вопр. нейрохир.*, 1982, 4.—3. Шахнович А. Р., Промыслов М. Ш., Майорчик В. Е. и др. В кн.: III Всесоюзный съезд нейрохирургов. М., 1982.—4. Bohn J. D., Hans P., Dexters G. a. o. *Neurochirurgie*, 1982, 28, 1.

Поступила 23 декабря 1984 г.

УДК 616.831—001.3—001.34.07

ТАБЛИЧНЫЙ МЕТОД ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКИ СОТРЯСЕНИЯ И ЛЕГКОГО УШИБА ГОЛОВНОГО МОЗГА

В. М. Трошин, Л. Б. Лихтерман, М. П. Кроль, С. М. Фролова

Горьковский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии (директор — доктор мед. наук В. В. Азолов)

Сотрясение и легкий ушиб головного мозга, как известно, доминируют среди клинических форм черепно-мозговой травмы. По данным Горьковского межобластного нейрохирургического центра, на их долю приходится 73,6% всех травм [3]. Дифференциальная диагностика форм так называемой легкой черепно-мозговой травмы наиболее трудна, особенно в остром периоде, ввиду отсутствия патогномичных симптомов сотрясения и легкого ушиба головного мозга. В то же время именно от своевременной диагностики легкой черепно-мозговой травмы зависит характер и длительность терапии, сроки пребывания в стационаре и последующее амбулаторное лечение, экспертизы, включая трудовую и судебно-медицинскую. Информативность ряда инструментальных исследований (ангиография, эхоэнцефалография), применяемых при тяжелой черепно-мозговой травме, резко снижается при сотрясении и легком ушибе головного мозга.

В последние годы арсенал дополнительных методов диагностики пополнился математическими методами, которые успешно используются в нейротравматологии [4—6].