**Гринів Юрій Васильович. Особливості черепно-мозкової травми середнього та тяжкого ступеня в осіб старших вікових груп (клініка, діагностика, прогнозування): дисертація канд. мед. наук.: 14.01.05 / АМН України; Інститут нейрохірургії ім. А.П.Ромоданова. - К., 2003.**

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| Гринів Ю.В. Особливості черепно-мозкової травми середнього і тяжкого ступеня в осіб старших вікових груп (клініка, діагностика, прогнозування). Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук по спеціальності 14.01.05 — нейрохірургія. Інститут нейрохірургії імені академіка А.П. Ромоданова АМН України, Київ 2003.На основі результатів обстеження і лікування 280 хворих старших вікових груп і 52 хворих молодого і середнього віку (контроль), вивчені особливості черепно-мозкової травми середнього і тяжкого ступеня. Встановлено, що вікові анатомо-фізіологічні особливості організму в значній степені впливають на клінічний перебіг черепно-мозкової травми. На основі співставлень клінічного перебігу і даних додаткових методів обстеження (АКТ, МРТ, аутопсія) встановлено невідповідність клінічних проявів і структурно-морфологічних змін при черепно-мозковій травмі у переважній більшості осіб старших вікових груп. Пряма залежність між клінічними даними, результатами АКТ /МРТ/ і морфологічними дослідженнями мала місце тільки у випадках забоїв головного мозку тяжкого ступеня з порушенням свідомості не вище 5 балів по шкалі ком Глазго. Прогностично несприятливими в осіб старших вікових груп є ізольовані забої головного мозку тяжкого ступеня, поєднання їх з внутрішньочерепними гематомами, а також швидкий темп наростання компресії мозку, артеріальна гіпотонія, відсутність окулоцефалічних та окуловестибулярних рефлексів, окорухові розлади, судомний синдром.Врахування вікових особливостей старіючого організму при діагностиці черепно-мозкової травми дозволяє уникнути помилкових дій в тактиці лікування. |

 |
|

|  |
| --- |
| 1. В структурі черепно-мозкової травми ушкодження головного мозку середнього та тяжкого ступеня в осіб старших вікових груп складають 27,8%. Особи чоловічої статі отримують травму частіше ніж жіночої (58,9% та 41,1% відповідно). В структурі травматизму переважає побутова (47,1%) та дорожньо-транспортна (26,7%) травма.
2. В осіб старших вікових груп забої тяжкого ступеня в 95% хворих ускладнюються внутрішньочерепними гематомами, найчастіше гострими субдуральними (56,9%), внутрішньомозковими (21,2%) та множинними (12,6%), забої головного мозку середнього ступеня тяжкості в 29,4% випадків ускладнюються підгострими субдуральними гематомами.
3. У осіб старших вікових груп при забоях головного мозку середнього і тяжкого ступеня часто спостерігається дисоціація між клінічними проявами травми та структурно-морфологічними змінами мозку як безпосередньо після травми, так і в перші години і навіть доби після ушкодження. Мало виражені клінічні прояви не відповідають грубим структурним травматичним змінам мозку, що може свідчити про особливість нейродинамічних процесів і відповідної реакції на травму в осіб старшого віку. Погіршення стану хворих на 2–3 добу частіше всього зумовлено вторинними ішемічними розладами, рідше внутрішньочерепними геморагіями, що є проявом запізнілої нейрогуморальної реакції старіючого організму на травму. Оцінку стану хворих по шкалі ком Глазго треба проводити погодинно, що дозволяє врахувати динаміку змін при ЧМТ та визначити методи обстеження.
4. Комп’ютерна та (або) магнітно-резонансна томографія є обов'язковою для обстеження хворих старшого віку з черепно-мозковою травмою як безпосередньо після травми, так і в динаміці при мінімальному наростанні неврологічної симптоматики, або відсутності ефекту від лікування. Серед хворих, яким було проведено АКТ головного мозку відразу після травми, формування підгострих субдуральних гематом було втричі рідше. Враховуючи множинні фактори і в більшості випадків неадекватну реакцію мозку старіючого організму на травму, діагностика повинна бути спрямована не тільки на виявлення безпосередніх змін мозкової тканини після ушкодження (АКТ, МРТ), але і для передбачення вторинних судинних реакцій мозку (УЗДГ, РЕГ).
5. У осіб старших вікових груп виділено чотири варіанти клінічного перебігу забоїв головного мозку середнього та тяжкого ступеня: 1) забій мозку з грубою неврологічною симптоматикою безпосередньо після ЧМТ; 2) забій мозку з поступовим наростанням неврологічної симптоматики; 3) забій із “світлим” проміжком; 4) забій, коли на фоні відносного благополуччя наступає різка декомпенсація серцево-судинної та дихальної систем. При першому варіанті частіше всього забої-розтрощення мозку супроводжуються значними крововиливами, при другому — на фоні забою формуються гематоми, при третьому типі — часто формуються підгострі гематоми; четвертий тип забоїв характерний для хворих з вираженою цереброваскулярною та серцеводихальною недостатністю.
6. Прогностично несприятливі в осіб старших вікових груп є ізольовані забої тяжкого ступеня, при яких летальність складає в похилому віці 85,7%, в старечому—-100%, гострі субдуральні гематоми (летальність — 72,1% в похилому та 80% в старечому віці), внутрішньомозкові (84,0% та 85,7% відповідно), множинні внутрішньочерепні гематоми (85,7% та 100% відповідно у осіб похилого та старечого віку), грубі порушення свідомості: при помірній комі летальність сягає 68,7% в похилому та 79,5% в старечому віці, при глибокій комі — 96,1% та 98,3% відповідно, та термінальній 100% летальність. Швидкий темп наростання компресії головного мозку, артеріальна гіпотензія (середній артеріальний тиск менше 90), відсутність окулоцефалічних та окуловестибулярних рефлексів, тонічні та клоніко-тонічні судоми, окорухові розлади (двосторонній мідріаз, фіксовані зіниці 6 та більше годин), порушення м'язового тонусу /гіпертонус, атонія/ є прогностично несприятливими.
 |

 |