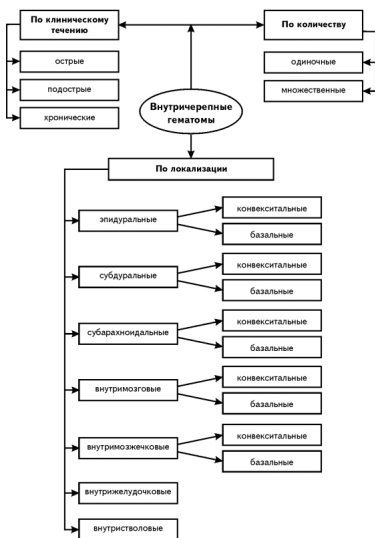


Внутричерепные гематомы

Внутричерепные гематомы - излияния крови под оболочки, в вещество и в желудочки головного мозга (внутричерепные гематомы).

Наиболее часто сдавление головного мозга наступает при излиянии крови под оболочки, в желудочки и вещество головного мозга. Первым внутричерепную гематому описал Амбруаз Паре в 1559 г. Внутричерепные гематомы классифицируют по следующим признакам (схема 9). Травматическое излияние крови может быть вызвано повреждением сосудов осколками костей черепа и ротацией с изменением скорости в линейном или ротационном смещении, сопровождающимися тяжелыми повреждениями мозга, разрывами вен, артерий и вещества головного мозга, приводящими к развитию сложного комплекса патофизиологических изменений. Гематомы располагаются в зоне удара или контрудара. В зоне удара преобладают эпидуральные, а контрудара — внутримозговые и субдуральные гематомы, локализующиеся чаще в полюс-базальных отделах мозга. Противударные гематомы в полушариях мозжечка образуются редко.

Схема 9. Классификация внутричерепных гематом



Величина и скорость возникновения внутричерепных гематом зависят от тяжести внутричерепных повреждений, характера кровотечения (артериальное, венозное), размеров повреждения сосуда, состояния свертывающей системы крови, возрастных и

преморбидных особенностей организма, перераспределения в нем крови и депонирования ее в случаях алкогольной интоксикации.

Травматические внутричерепные гематомы, оказывая давление, смещают головной мозг, вызывая определенную клиническую симптоматику, позволяющую детализировать очаг поражения. Среди симптомов выделяют общемозговые симптомы и синдромы, очаговые симптомы, пирамидные патологические симптомы, глазодвигательные нарушения, расстройства чувствительности, нарушения речи, стволовые симптомы.

Очаговые симптомы проявляются парезами (снижение мышечной силы) или параличами (отсутствие активных движений, обусловленное нарушением иннервации мышц) черепно-мозговых нервов и конечностей, приступами Джексоновской эпилепсии (приступообразными клоническими судорогами, возникающими в результате раздражения участка двигательной зоны коры в мышцах соответствующей ему области противоположной половины тела). Двигательная патология протекает по типу гемипареза или гемиплегии на стороне, противоположной очагу поражения и сопровождается односторонним повышением или понижением мышечного тонуса (гипертония или гипотония), односторонним повышением или понижением сухожильных и периостальных рефлексов, преобладающих на стороне поражения, односторонними пирамидными патологическими симптомами — клонусом стоп и коленной чашечки.

Глазодвигательные нарушения указывают на поражение глазодвигательного 3 (*nervus okulomotorius*) и блоковидного 4 (*nervus trochlearus*) двигательного нервов.

Эти нарушения проявляются: сужением глазной щели — птозом, который определяется на противоположной очагу поражения стороне. Чаще наблюдается в случаях эпидуральных и субдуральных гематом, свидетельствует о нарушении функции симпатических образований глазодвигательного нерва, травме стволовых образований, хотя при этом чаще наблюдается двустороннее сужение глазной щели; анизокорией (неодинаковой величиной зрачков глаз); расходящимся косоглазием, обусловленным парезом глазодвигательного нерва на стороне, противоположной очагу, что объясняется дислокацией мозга, сходящимся косоглазием; деформацией и равной шириной зрачков, офтальмоплегией; экзофтальмом — потерей тонуса наружных мышц; мидриазом — патологическим расширением зрачков; миозом — патологическим

сужением зрачков; аносмией — отсутствием обоняния; гипосмией — понижением обоняния; грубым парезом лицевого нерва по центральному типу; расстройством чувствительности, речевыми нарушениями, проявляющимися моторной, корковой, подкорковой, сенсорной, амнестической или тотальной афазией и свидетельствующими о поражении височной доли.

Стволовые симптомы свидетельствуют о поражении ствола мозга. По уровню расположения очага повреждения стволовую симптоматику делят на два основных синдрома, верхнестволовой — мезэнцефальный и нижнестволовой — бульбарный. Мезэнцефальный синдром характеризуется наличием и нарастанием анизокории, вялости зрачковых реакций, пареза взора вверх, вертикального и конвергирующего нистагма, децеребрации, двусторонних патологических пирамидных симптомов, диссоциированно-го характера изменения сухожильных рефлексов, мышечного тонуса и менингеальных симптомов, нарушением конвергенции.

Для бульбарного синдрома характерно выпадение околостембулярно-го, цилиоспинального и корнеального рефлексов, появление и углубление (ушиб мозга со сдавлением) дисфагии, дисфонии, дизартрии, тонических судорог. Присоединяются нарушения дыхания и сердечной деятельности. Стволовая симптоматика наблюдается в случаях транспортной травмы, падения с высоты, удара в подбородок (травма ускорения) и возникает от ушиба ствола. Вторичные дислокационные изменения приводят к дисфункции многочисленных ядерных и проводниковых образований.

Двусторонние зрачковые нарушения (нарушения величины, формы зрачков и зрачковых реакций), парезы взора и околостембулярные нарушения указывают на поражение верхнестволовых образований.

Двусторонние патологические симптомы свидетельствуют о поражении двигательных проводниковых трактов на уровне стволовых отделов.

Двусторонние изменения мышечного тонуса проявляются как его снижением (гипотонией, атонией), так и повышением вплоть до децеребральной ригидности, горметонии. Двусторонняя патология рефлексорной сферы характеризуется гипорефлексией, или арефлексией, или гиперрефлексией и диссоциацией рефлексов по оси тела.

