

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ НЕЙРООФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ ПРИ УШИБАХ ГОЛОВНОГО МОЗГА

А.Т. Касымханова, А.М. Садыков, К.К. Ахметов
АО «Республиканский научный центр нейрохирургии», г. Астана

По распространенности черепно-мозговая травма занимает первое место среди заболеваний головного мозга. Частота черепно-мозговой травмы составляет от 180 до 220 случаев на 100 000 населения в год. Глазные симптомы при закрытой травме черепа и головного мозга отмечаются часто: по данным ЛНХИ (И.Д.Федорова, 1969) - у 79% больных; по данным Ю. М. Родионова (1970) - у 85% больных.

Целью нашей работы явилось изучение диагностической ценности нейроофтальмологических симптомов для определения степени тяжести повреждения, темпа и характера прогрессирования процесса.

Материалы и методы.

Объектом для исследования послужили пациенты с ушибом головного мозга разных степеней тяжести, пролеченные в АО «РНЦНХ» за 2009-2011г. Всем пациентам проводилось полное нейроофтальмологическое обследование. Всего обследовано 378 больных. Из них у 63,25 наблюдался ушиб головного мозга легкой степени тяжести, в 27,3%-средней и у 9,5%- тяжелой степени. Средний возраст пациентов колебался от 20 до 40 лет. (66,6%).

Полученные результаты.

У 89,7% обследованных больных с ушибами головного мозга выявлена нейроофтальмологическая симптоматика. В остром периоде травмы преобладали поражения зрительного пути- 41,9% (застойные диски, ступенчатость границ диска, атрофия, поражения интракраниального нейрона зрительного нерва). Застойные диски зрительного нерва при ушибах чаще были начальной степени, без выраженного выстояния и увеличения диаметра диска в отличие от опухолей головного мозга. Ранние застойные диски, возникающие в первые двое суток после тяжелой травмы, как правило, указывали на быстро нарастающую внутричерепную гипертензию. Сочетание ранних застойных

дисков с резкой анизокорией и отсутствием зрачков на свет впервые сутки после травмы в 85% случаев свидетельствовало о тяжелом ушибе головного мозга с формированием внутричерепной гематомы. Застойные диски, выявленные на 3-20-е сутки после травмы, более чем в половине случаев наблюдались у больных с тяжелым ушибом мозга с субарахноидальным кровоизлиянием без внутричерепной гематомы. Поражения интракраниального нейрона зрительного нерва наблюдались редко (0,1%), в основном у больных с ушибом тяжелой степени. По выходе из бессознательного состояния у больных отмечалось снижение остроты зрения, выпадение полей зрения.

На втором месте по частоте стоят нарушения зрачковой иннервации, с преобладанием анизокории - 24%. В первые сутки после травмы резкая анизокория с отсутствием реакции на свет возникла у больных с тяжелым ушибом головного мозга и внутричерепной гематомой. Нерезкая анизокория без угнетения реакции на свет чаще наблюдалась при ушибах легкой степени тяжести. Стойкий двусторонний мидриаз без реакции на свет наблюдался при двустороннем височно-тензориальном вклинении мозга и сопровождался угнетением сознания до уровня сопора или комы. Поражения нервов глазодвигательного аппарата выявлялись редко- 3-5% случаев, чаще у больных с ушибом головного мозга, осложненном субдуральной гематомой. Наиболее часто отмечалась патология отводящего нерва, затем глазодвигательного и реже – блоковидного нервов.

Таким образом, у 89,7% пациентов с ушибами головного мозга различной степени тяжести выявлена нейроофтальмологическая симптоматика. Исследование данных симптомов позволяет улучшить раннюю диагностику и выработать наиболее рациональную тактику лечения больных с данной патологией.