

Гематомы ГОЛОВНОГО МОЗГА

Эпидуральная гематома

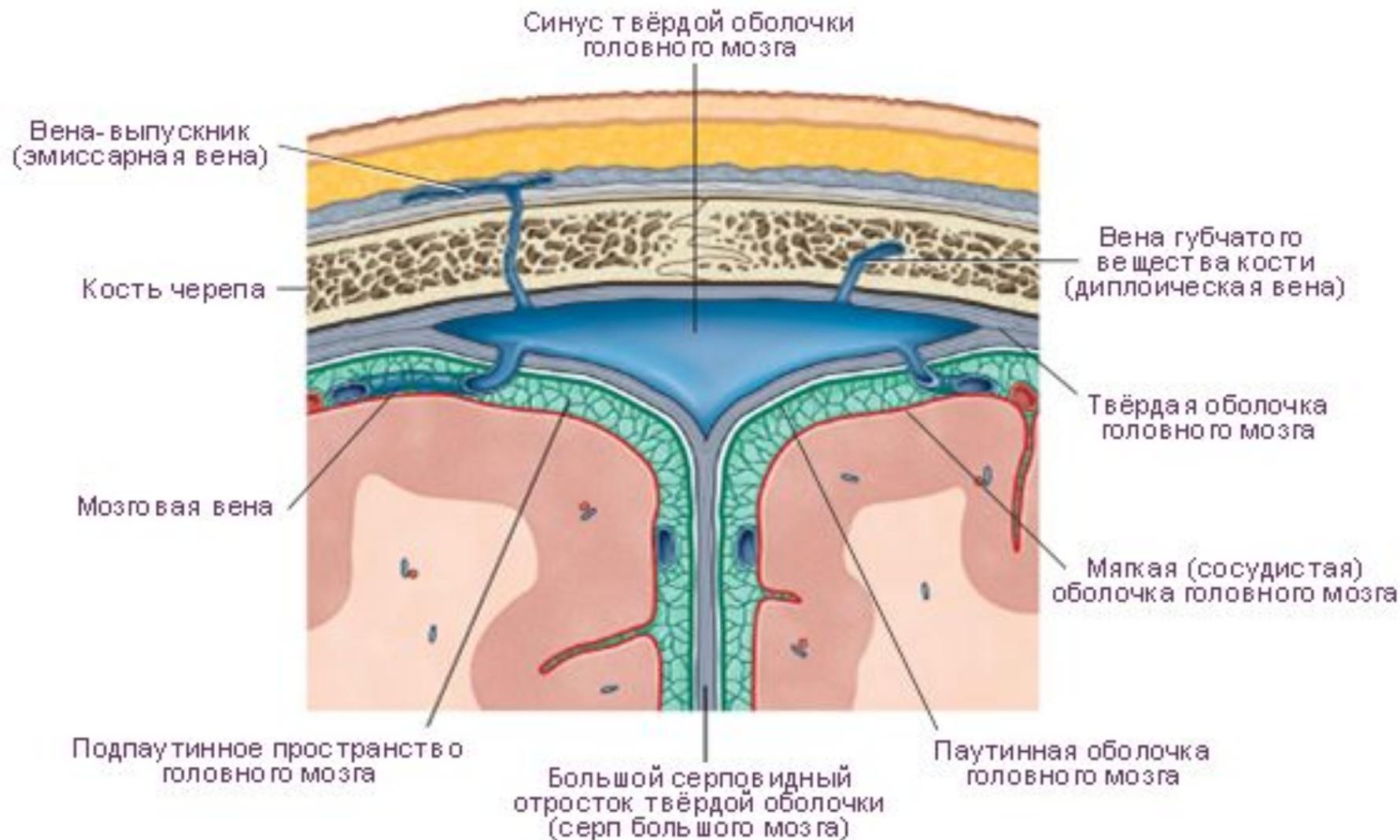
Субдуральная гематома

Внутри мозговая гематома

Внутрижелудочковая гематома

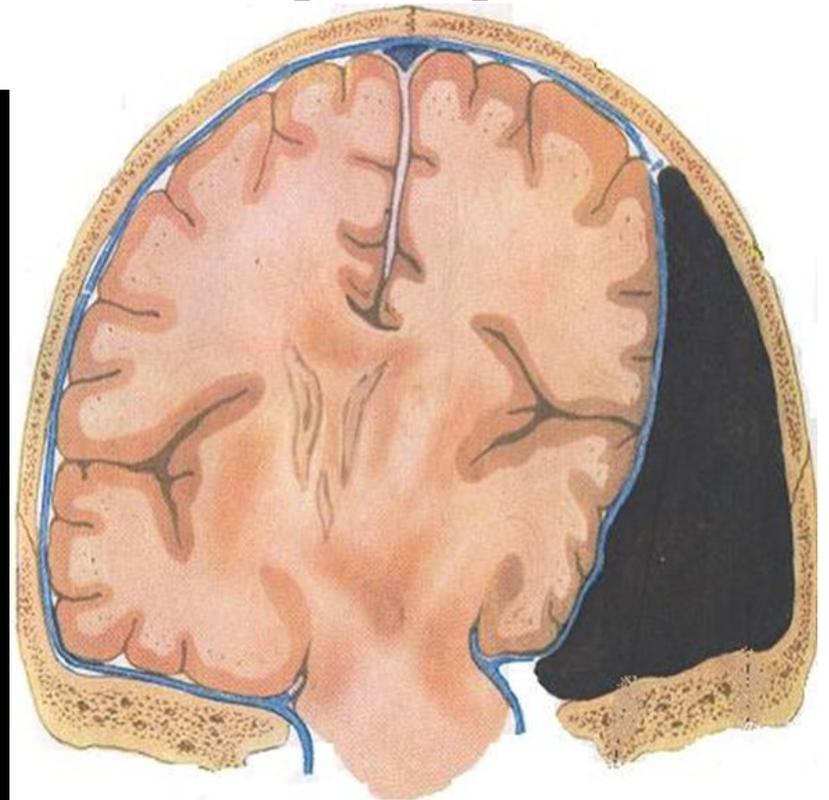
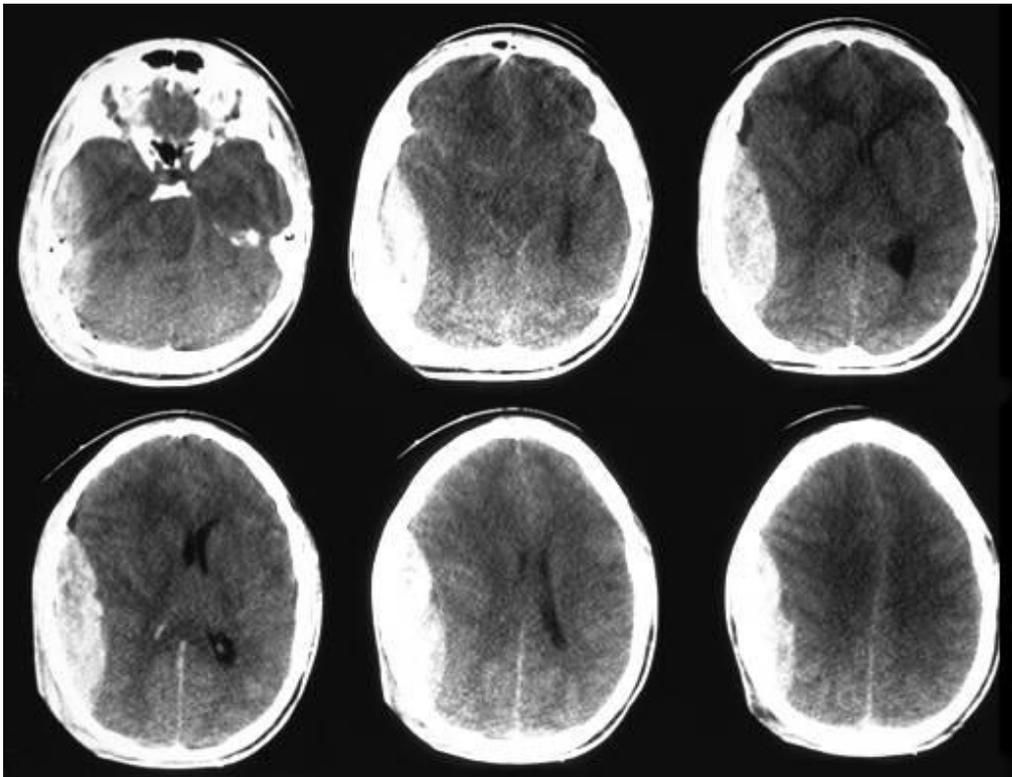
Головной и спинной мозг окружены тремя оболочками:

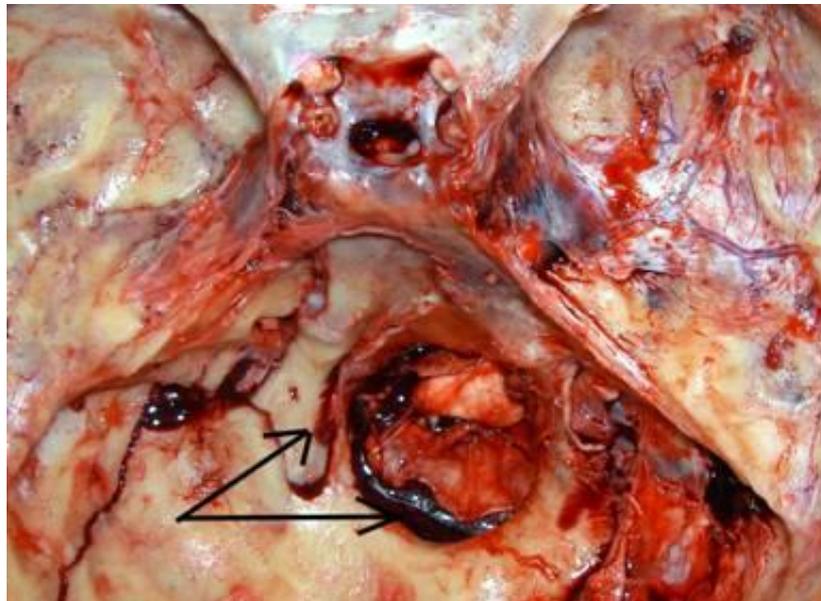
- **Мягкая мозговая оболочка (pia mater), непосредственно прилегающей к поверхности мозга**
 - **Паутинная мозговая оболочка (arachnoidea), занимающей срединное положение**
 - **Твердая мозговая оболочка (dura mater). Занимает наиболее поверхностное положение.**
-



ЭПИДУРАЛЬНАЯ ГЕМАТОМА

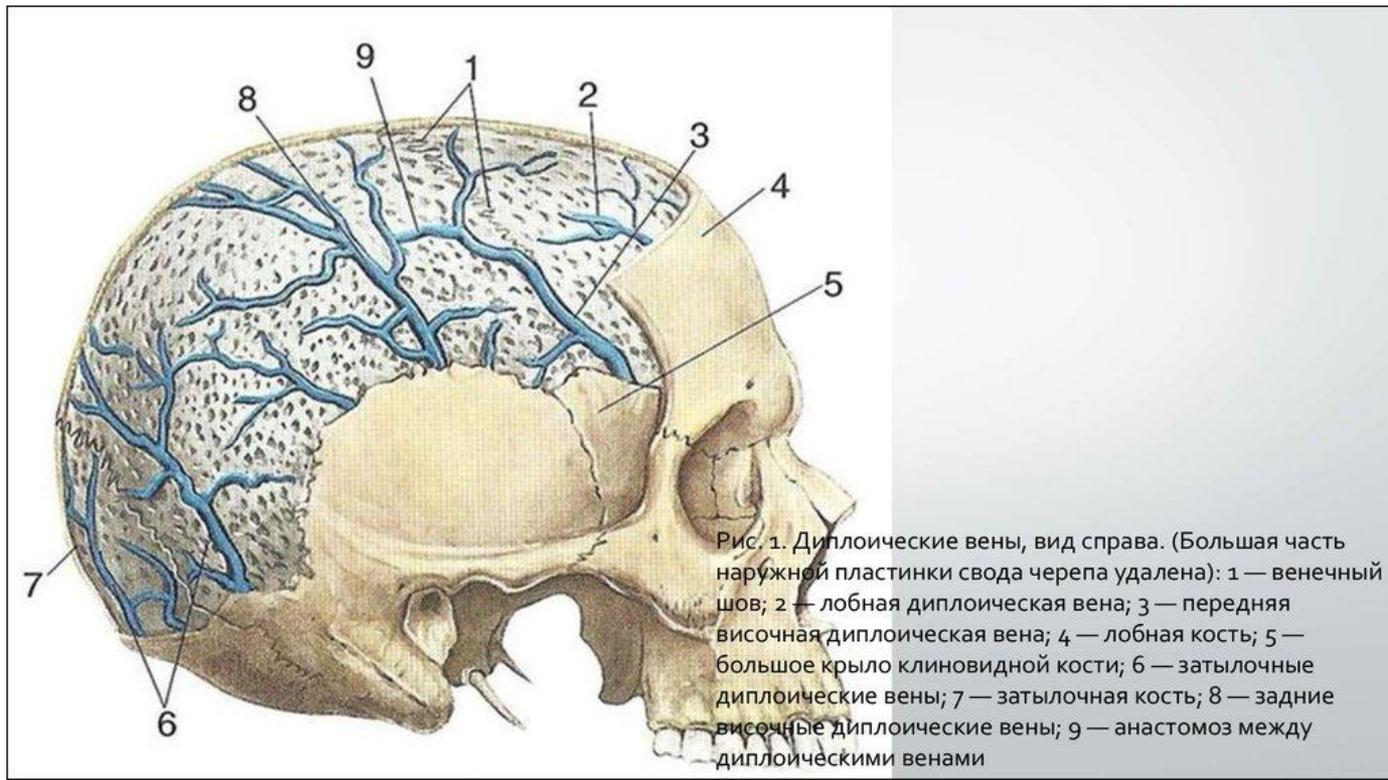
является результатом кровоизлияния в пространство между внутренней поверхностью костей черепа и твердой мозговой оболочкой. ЭГ встречаются как при открытых, так и закрытых ЧМТ, располагаясь обычно на стороне приложения травмы.





МЕХАНИЗМЫ ОБРАЗОВАНИЯ Эпидуральные гематомы развиваются при травме головы различной интенсивности, чаще сравнительно нетяжелой. Наиболее типично воздействие травмирующего агента с небольшой площадью приложения на неподвижную или малоподвижную голову (удар палкой, бутылкой, камнем, кулаком, ботинком и т.п.) или удар головой, находящейся в небыстром движении, о неподвижный предмет. Местом приложения травмирующего предмета обычно является боковая поверхность головы, чаще височная и нижнетеменная области.

Наиболее частым источником ЭГ являются вены наружной поверхности твердой мозговой оболочки и вены, пересекающие эпидуральную щель при их переходе от твердой мозговой оболочки в кости черепа. Кровоизлияния из этих сосудов никогда не достигают больших размеров. Источником кровотечения могут быть менингеальные артерии и их ветви. Кровоизлияния из основного ствола и ветвей средней менингеальной артерии могут быть массивными и приводить к сдавлению мозга. При массивных кровотечениях ЭГ имеет вид пластины, достигающей иногда толщины до 2,5 см и занимающей обширные территории наружной поверхности твердой мозговой оболочки. Чаще всего сверток крови формируется в височно-теменной области, реже в лобной и затылочной областях и очень редко в задней черепной ямке.

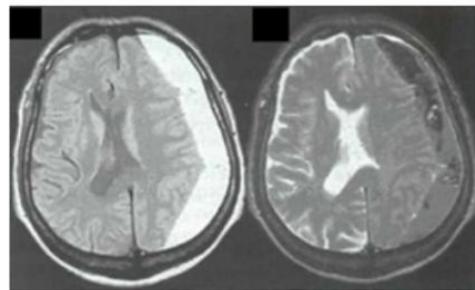


Клинические симптомы эпидуральной гематомы могут проявиться уже при 25—50 мл крови. Нарастающая в размерах ЭДГ может отслаивать твердую мозговую оболочку от костей черепа, что приводит к разрыву пересекающих эпидуральные щели вен и, как следствие, возникновению нового источника кровотечения.

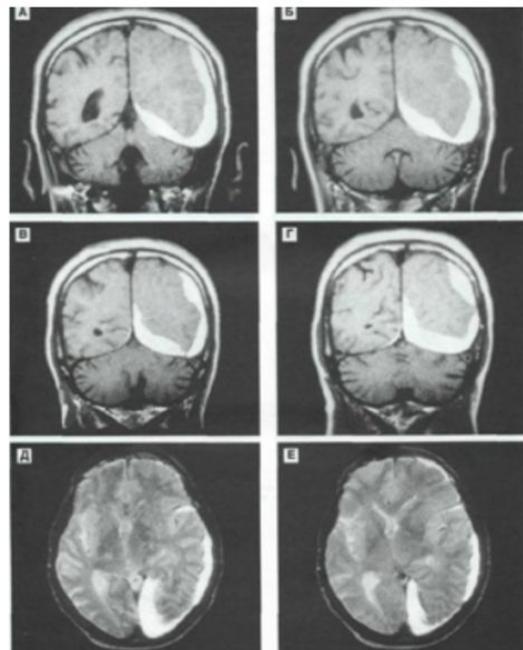
- жалуются на головную боль с нарастающей интенсивностью
- трехфазное изменение сознания: первичная кратковременная утрата его в момент травмы, последующее полное восстановление и, спустя тот или иной срок, повторное выключение.
- брадикардия, артериальная гипертензия
- парез, мышечная слабость
- Сдавление головного мозга
- Гемианопсия
- Вестибулярные и глазодвигательные расстройства

СУБДУРАЛЬНАЯ ГЕМАТОМА

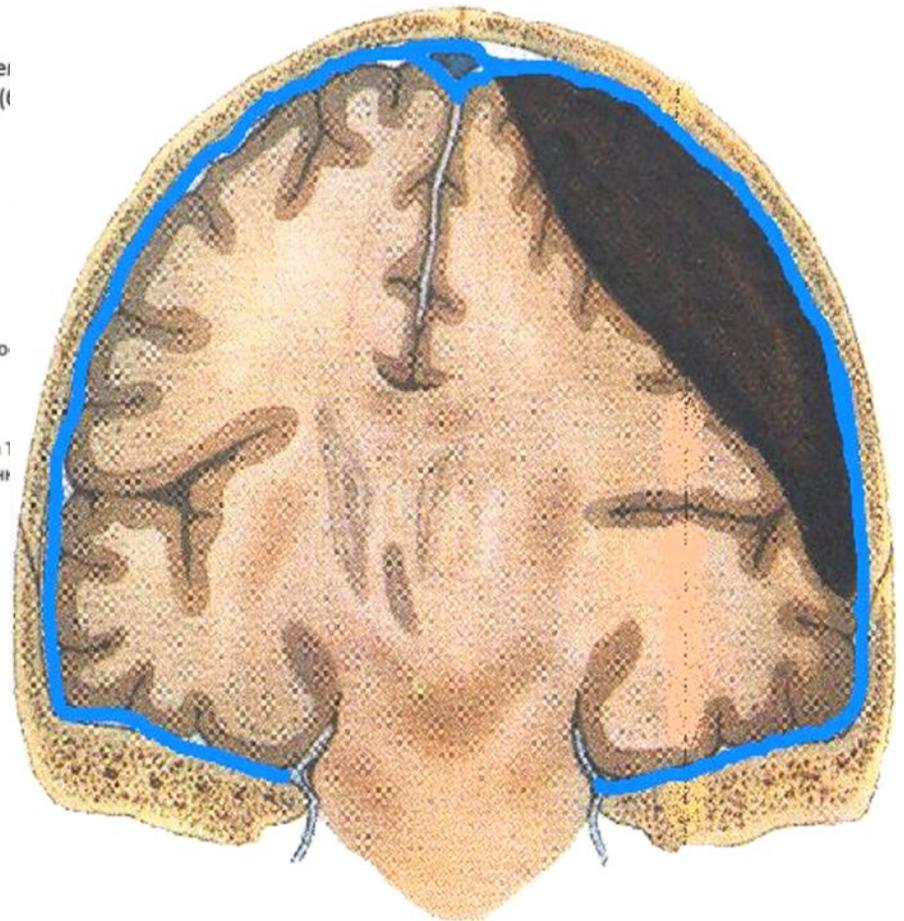
При субдуральной гематоме кровь изливается между твердой мозговой оболочкой снаружи и арахноидальной, или паутинной, внутри.

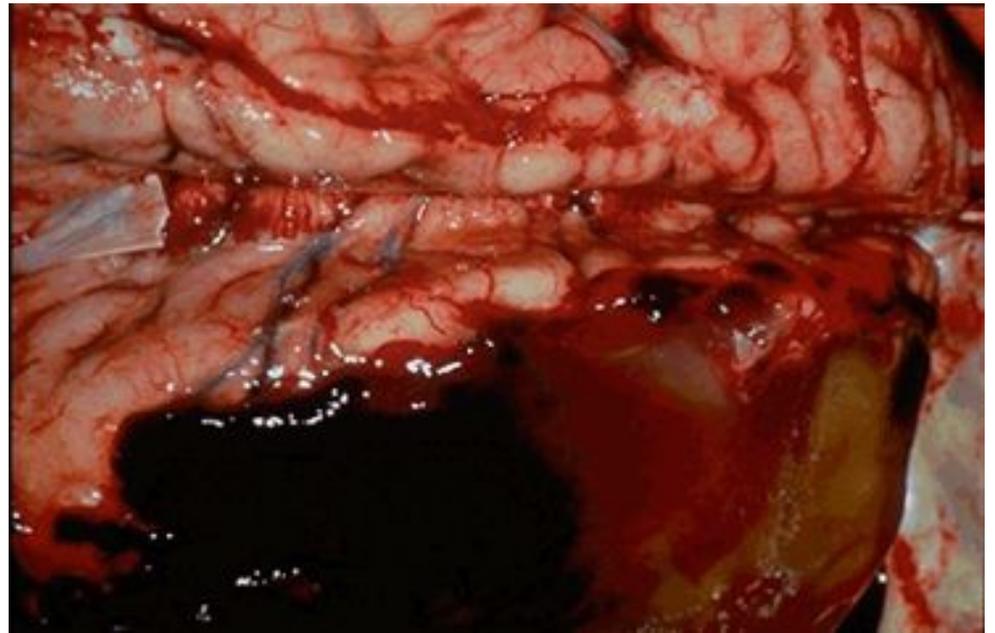
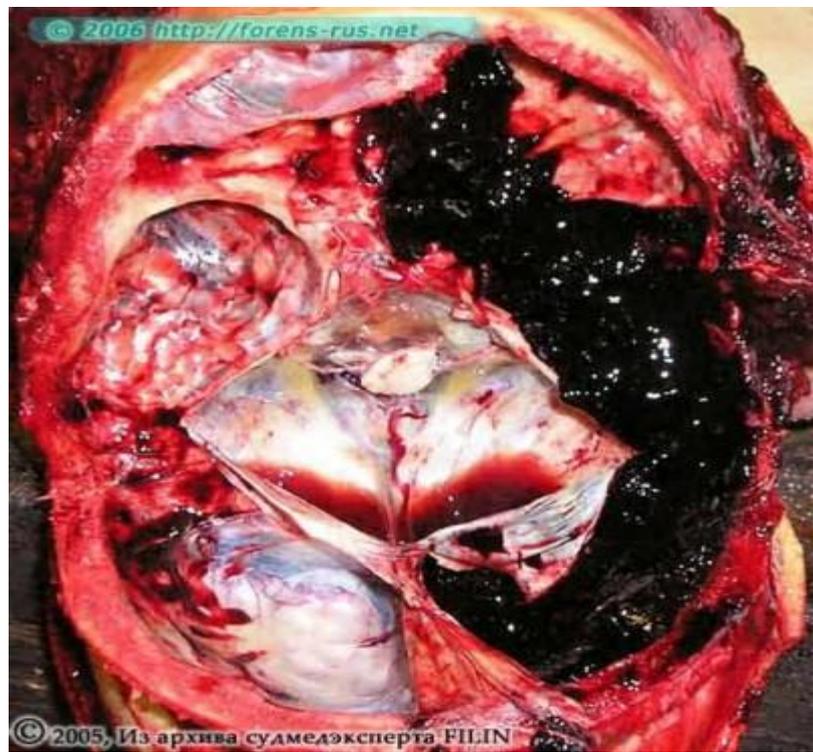


Магнитно-резонансная томография.
Левосторонняя Хроническая субдуральная ге
(ориентировочная давность кровоизлияния (

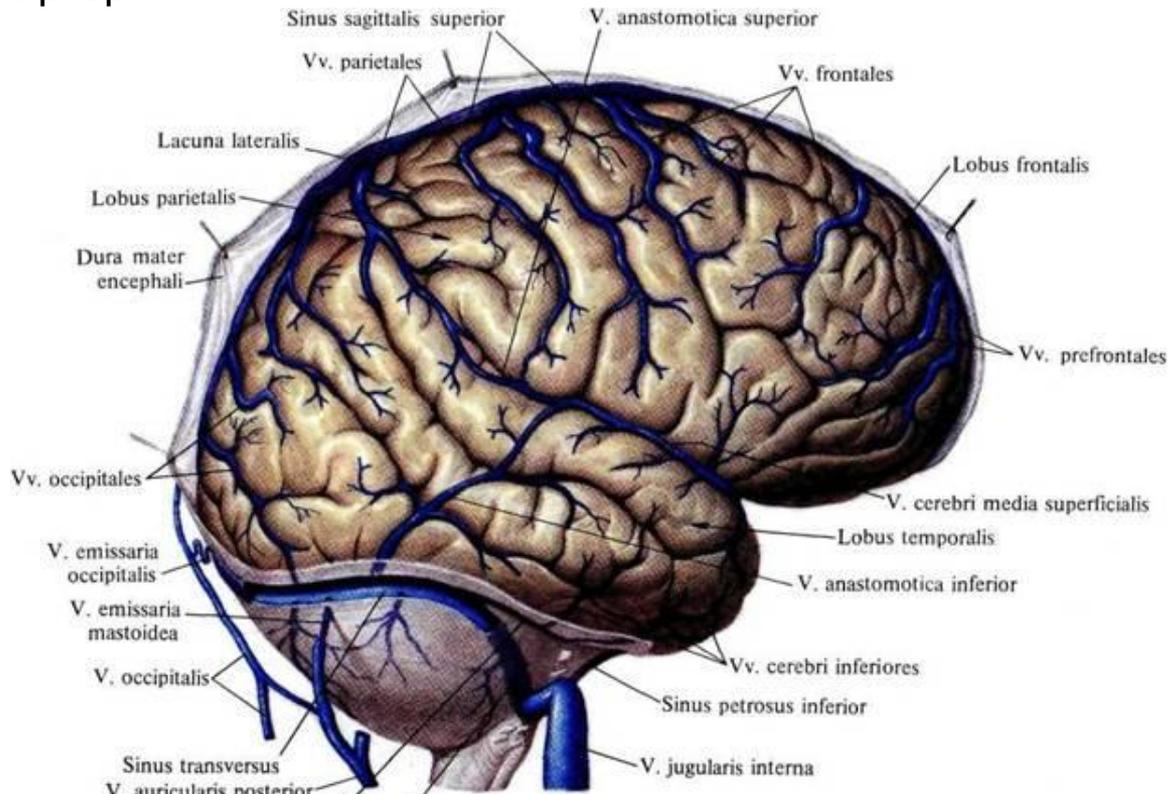


Субдуральная гематома левой теменно-височно
области.
А-Г корональная проекция T1-ВИ.
Д-Е аксиальная проекция T2-ВИ.
Выраженный гиперинтенсивный сигнал на T1 и T2
для подострой стадии гематомы (ориентировочн
кровоизлияния 3-7 дней).





Образование субдуральных гематом, контралатеральных месту приложения травмирующего агента, обычно обусловлено смещением мозга, возникающим при ударе головой, находящейся в сравнительно быстром движении, о массивный неподвижный или малоподвижный предмет. При этом разрываются так называемые мостовые вены, впадающие в верхний сагиттальный синус. Кроме того, субдуральные гематомы на противоположной стороне могут возникать при воздействии травмирующего агента, имеющего широкую площадь приложения, на фиксированную голову, когда вызывается не столько локальная деформация черепа, сколько смещение мозга, часто с разрывом вен, впадающих в сагиттальный синус. В отдельных случаях субдуральные гематомы формируются за счет прямого ранения венозных пазух, при нарушении целостности твердой мозговой оболочки с разрывом ее сосудов, а также при повреждении кортикальных артерий.



СГ

```
graph TD; SG[СГ] --> Podostroye[Подострое]; SG --> Khronicheskoye[Хроническое];
```

Подострое

- Головная боль
- Очаговые симптомы
- Дислокационный симптом

Хроническое

- Периодическая головная боль
- Слабость
- Утомляемость
- Сонливость
- Очаговые симптомы

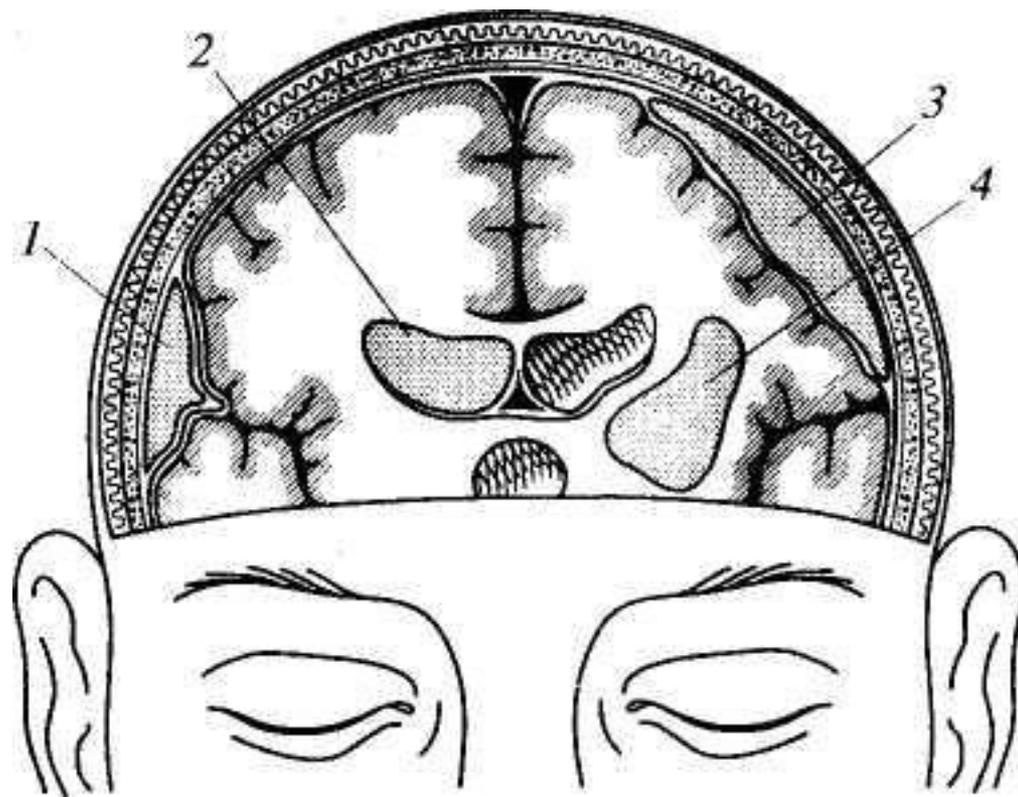
В отличие от эпидуральных субдуральные гематомы, как правило, свободно растекаются по субдуральному пространству и имеют более обширную площадь. И при острой СГ гипертензионно- дислокационный синдром развивается чаще в период до двух- трех суток.

ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВАЯ ГЕМАТОМА

Это скопление крови в желудочках головного мозга. Причинами, как у других гематом, является кровотечение сосудов данной области. Бывает сочетание различных локализаций кровоизлияний:

- 1) изолированно в четвертом желудочке;**
- 2) только в одном из боковых;**
- 3) в третьем и боковом и др.**

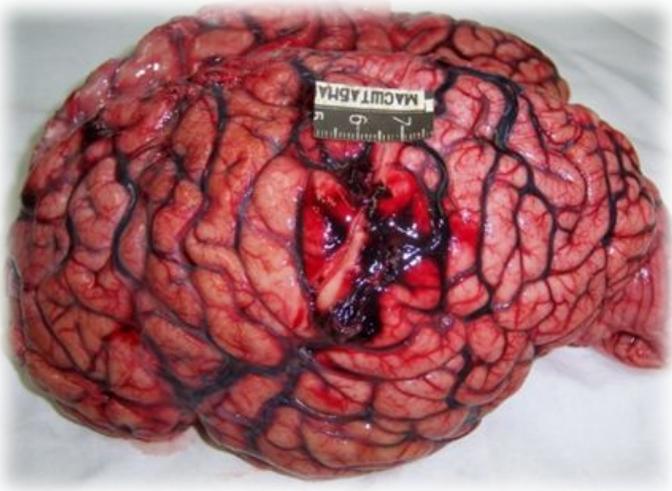
При внутрижелудочковых гематомах (ВЖГ) сопор или кома обычно возникают непосредственно вслед за травмой. Но могут также быть отсроченными, если связаны с прорывом интрацеребральных травматических гематом в желудочки мозга.



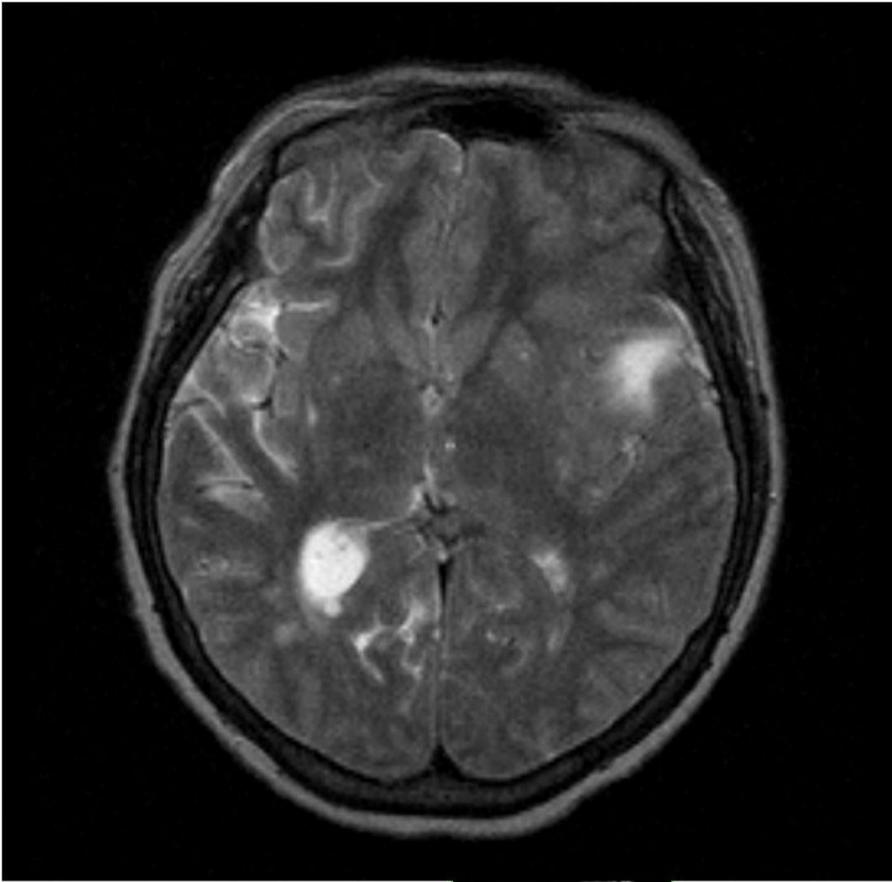
ВНУТРИМОЗГОВАЯ ГЕМАТОМА

Причиной внутримозговых гематом является кровотечение из сосудов ткани мозга. Они могут быть связаны с разрывом аневризмы, высоким давлением в сосудах, с травмами.

Сознание больных ухудшается вплоть до наступления комы. Имеют место неврологические признаки: гемипарез, судорожные приступы, афазия (невозможность произнести уже сформированные слова).



Крупные гематомы в определенных участках мозга могут явиться причиной смерти больного, а также существенно повлиять на качество жизни после относительного выздоровления.



Клиника:

- Вначале происходит компенсация сдавления мозга за счет вытеснения ликвора из желудочков и субарахноидальных щелей головного мозга.

- Это проявляется бессимптомным периодом после травмы - так называемым «светлым промежутком»

- Дальнейшее повышение внутричерепного давления вызывает смещение (дислокацию) мозга под серповидный отросток, в вырезку мозжечкового намета, в затылочное отверстие.

Дислокация мозга

проявляется:

- парезом конечностей (моно-, или гемипарезом) на противоположной от гематомы стороне;
- расширением зрачка на стороне гематомы;
- брадикардией;
- эпилептическими припадками.

