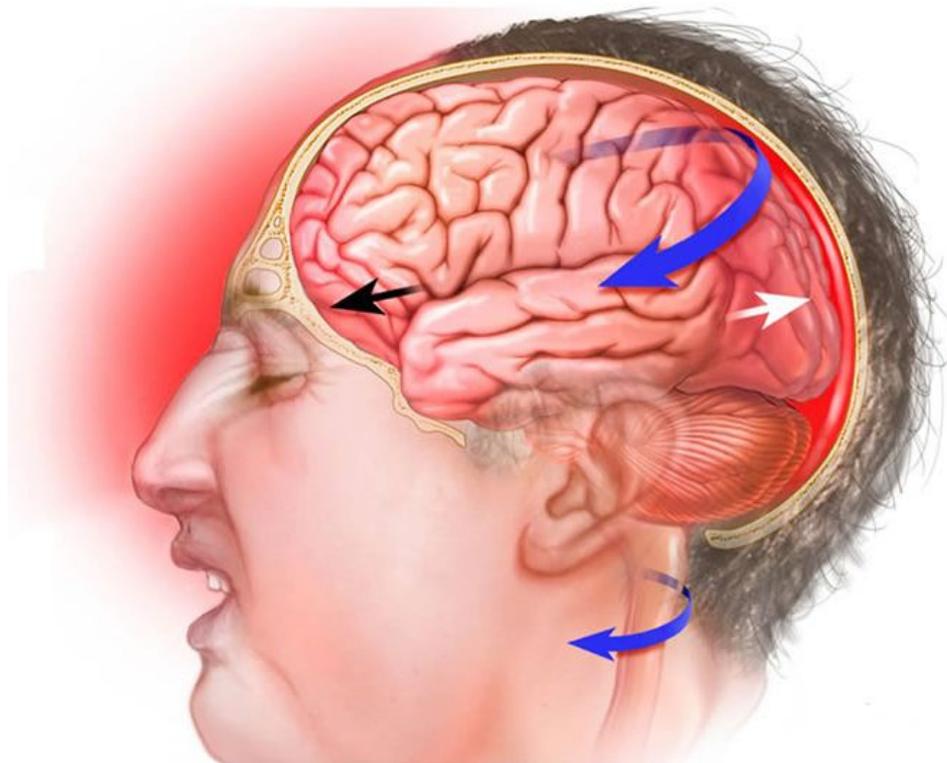


**Санкт-Петербургский государственный институт культуры
Факультет мировой культуры**

презентация
по предмету „Психология саморазвития и управления“
на тему:



**„СИМПТОМЫ И ДИНАМИКА НАРУШЕНИЯ СОЗНАНИЯ
ПРИ ЗАКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ“**

магистранта 1-го курса И. Кириллова (группа ФМК/МО288-1/1)

преподаватель: профессор, доктор медицинских наук В.М. Голянич

Закрытая черепно-мозговая травма (ЗЧМТ) - повреждение черепа и мозга, которое не сопровождается нарушением целостности мягких тканей головы и/или апоневротическим растяжением черепа.

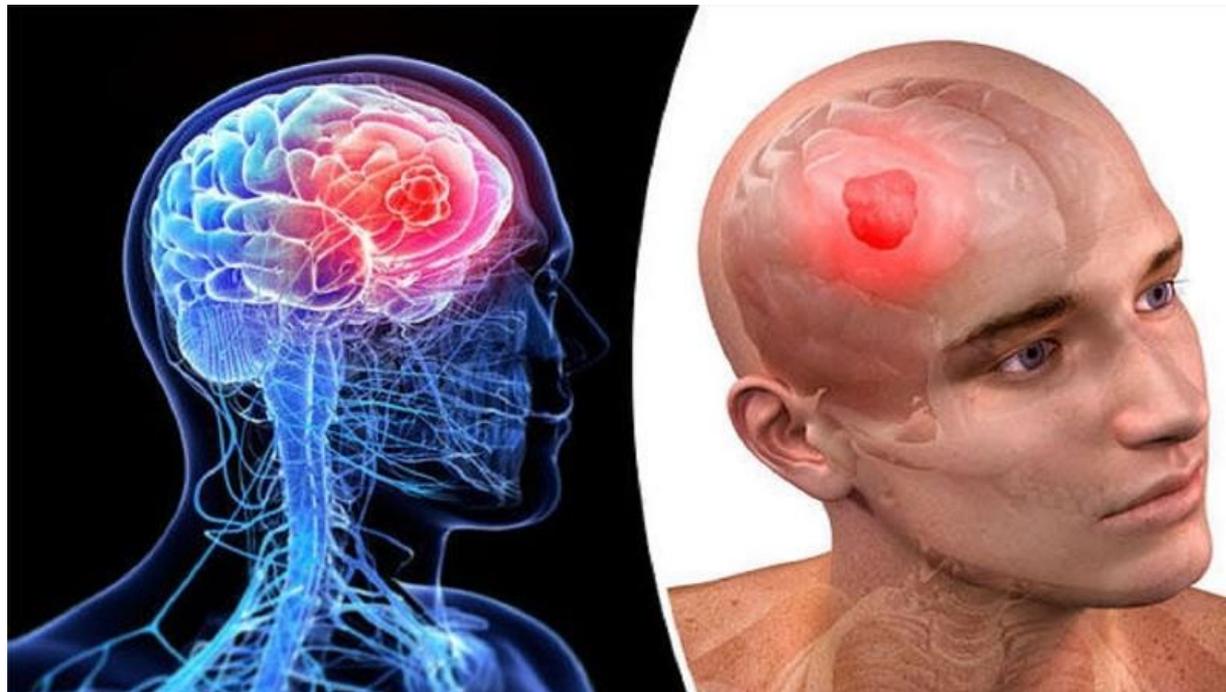
Классификация нарушений сознания при ЧМТ, основанная на качественной оценке степени угнетения сознания

Существуют следующие **градации состояния сознания**:

- ясное;
- умеренное оглушение;
- глубокое оглушение;
- сопор;
- умеренная кома;
- глубокая кома;
- запредельная кома.

Выделяют **пять градаций состояния больных с ЧМТ**:

- удовлетворительное;
- средней тяжести;
- тяжелое;
- крайне тяжелое;
- терминальное.



Критерии удовлетворительного состояния при ЧМТ:

- ясное сознание;
 - отсутствие нарушений витальных функций;
 - отсутствие вторичной неврологической симптоматики, отсутствие или нерезкая выраженность первичных полушарных и краниобазальных симптомов.
- Угроза для жизни отсутствует, прогноз восстановления трудоспособности обычно хороший.

Критерии состояния средней тяжести являются:

- ясное сознание или умеренное оглушение;
 - витальные функции не нарушены (возможна лишь брадикардия);
 - очаговые симптомы – могут быть выражены те или иные полушарные и краниобазальные симптомы. Иногда наблюдаются единичные, мягко выраженные ствольные симптомы.
- Угроза для жизни незначительная, прогноз восстановления трудоспособности чаще благоприятный.

Критерии тяжелого состояния:

- изменение сознания до глубокого оглушения или сопора;
- нарушение витальных функций (умеренное по одному-двум показателям);
- очаговые симптомы – ствольные умеренно выражены; могут быть резко выражены полушарные и краниобазальные симптомы, в том числе эпилептические припадки, парезы и параличи.

Угроза для жизни значительная, во многом зависит от длительности тяжелого состояния, прогноз восстановления трудоспособности чаще неблагоприятный.

Критерии крайне тяжелого состояния являются:

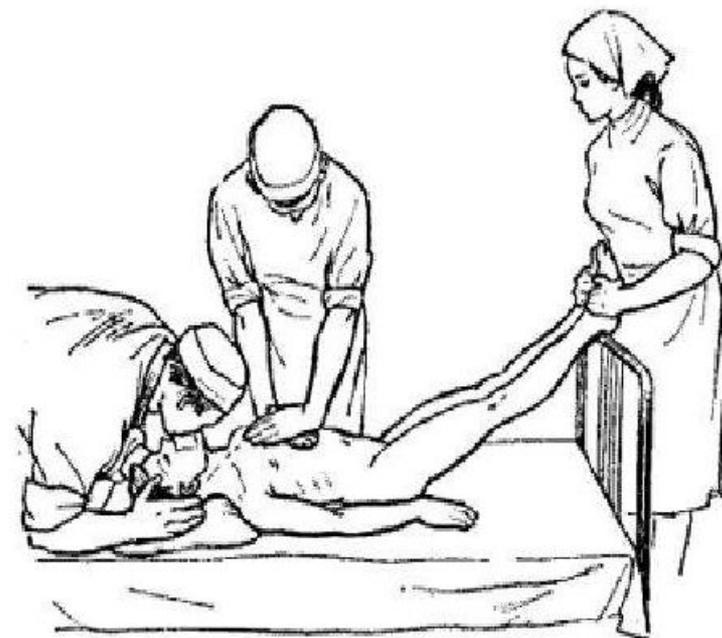
- нарушение сознания до умеренной или глубокой комы;
- резко выраженное нарушение витальных функций по нескольким параметрам;
- очаговые симптомы – стволые выражены четко (парез взора вверх, выраженная анизокория, дивергенция глаз по вертикали или горизонтали, тонический спонтанный нистагм, ослабление реакции зрачков на свет, двусторонние патологические рефлекссы, децеребрационная ригидность и др.); полушарные и краниобазальные симптомы резко выражены (вплоть до двусторонних и множественных парезов).

Угроза для жизни максимальная. Прогноз восстановления трудоспособности чаще неблагоприятный.

Критерии терминального состояния следующие:

- нарушение сознания до уровня запредельной комы;
- критическое нарушение витальных функций;
- очаговые симптомы – стволые в виде предельного двустороннего расширения зрачка, отсутствие роговичных и зрачковых реакций; полушарные и краниобазальные обычно перекрыты общемозговыми и стволыми нарушениями.

Прогноз выживания больного неблагоприятный.



По видам повреждений мозга различают:

1. Сотрясение головного мозга – состояние, возникающее чаще вследствие воздействия небольшой травмирующей силы. Встречается почти у 70% пострадавших с ЧМТ. Сотрясение характеризуется отсутствием утраты сознания или кратковременной утратой сознания после травмы: от 1-2 до 10-15 минут. Больные жалуются на головные боли, тошноту, реже - рвоту, головокружение, слабость, болезненность при движении глазных яблок.

2. Ушиб головного мозга – это повреждение в виде макроструктурной деструкции вещества мозга, чаще с гемorragическим компонентом, возникшим в момент приложения травмирующей силы.

Ушиб мозга легкой степени (10-15% пострадавших). После травмы отмечается утрата сознания от нескольких минут до 40 мин. У большинства имеется ретроградная амнезия на период до 30 мин. После восстановления сознания пострадавший жалуется на головную боль, тошноту, рвоту (часто повторную), головокружение, ослабление внимания, памяти.

Ушиб головного мозга средней степени тяжести. Утрата сознания длится от нескольких десятков минут до 2-4 часов. Угнетение сознания до уровня умеренного или глубокого оглушения может сохраняться в течение нескольких часов или суток. Наблюдается выраженная головная боль, часто повторная рвота. Могут быть нарушения чувствительности, речевые расстройства. Имеется ретро- и антероретроградная амнезия.

Ушиб мозга тяжелой степени. Утрата сознания длится от нескольких часов до нескольких суток. Угнетение сознания до сопора или комы.

Особая форма ушибов мозга - **диффузное аксональное повреждение мозга.** Его клинические признаки включают нарушение функции мозгового ствола – угнетение сознания до глубокой комы, резко выраженное нарушение витальных функций, которые требуют обязательной медикаментозной и аппаратной коррекции. Летальность при диффузном аксональном повреждении мозга очень высока и достигает 80-90%.

3. Сдавление мозга (нарастающее и ненарастающее) – происходит за счет уменьшения внутричерепного пространства объемными образованиями.