Очаговая травма головного мозга

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2026 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: S06.1, S06.2, S06.3, S06.4, S06.5, S06.6, S06.7 · Ассоциация нейрохирургов России

Очаговая травма головного мозга — форма черепно-мозговой травмы с локальными повреждениями мозга. Рекомендация посвящена распознаванию повреждения, КТ-диагностике при поступлении, предупреждению вторичного повреждения мозга, показаниям к нейрохирургии и ранней реабилитации.

Главное

- Тяжёлая ЧМТ определяется при состоянии пациента от 8 до 3 баллов по шкале комы Глазго и/или выраженном очаговом, диффузном либо смешанном повреждении мозга.
- Основная задача лечения — не допустить вторичного повреждения мозга: гипоксии, гипоксемии, гипотонии, гиперкапнии, гипертермии, нарушений гликемии, анемии, церебральной гипоперфузии и внутричерепной гипертензии.
- КТ головного мозга при подозрении на очаговую травму выполняют всем пациентам при поступлении; оценивают очаги, гематомы, отёк, смещение срединных структур, желудочки, цистерны, борозды, переломы и мягкие ткани.
- Повторная КТ особенно нужна при ухудшении неврологического состояния или нарастании ВЧД, особенно в первые 72 часа, для выявления отсроченных гематом, вторичных ишемий и отёка мозга.
- ВЧГ — это ВЧД более 20 мм рт. ст. длительностью свыше 10 минут. При тяжёлой ЧМТ мониторинг ВЧД показан при 8 баллах и менее по ШКГ и патологических изменениях на КТ.
- Реабилитацию начинают в острейшем периоде, до 72 часов, и проводят ежедневно. Активную двигательную реабилитацию проводят при отсутствии абсолютных противопоказаний; маршрутизацию после первого этапа определяют по ШРМ.

Диагностика

1. Уточнить факт травмы, её механизм, место и время; если пациент без сознания, сведения получают у родственников или сопровождающих лиц.
2. Провести первичный осмотр и повторную динамическую оценку: уровень сознания по ШКГ, зрачки и фотореакции, двигательную реакцию на боль, черепные нервы, рефлексы, менингеальные и глазодвигательные нарушения, признаки дислокации и перелома основания черепа.
3. При нарушении жизненно важных функций обследование вести параллельно с реанимационными мероприятиями; при сочетанной травме привлечь нейрохирурга, хирурга, травматолога-ортопеда и анестезиолога-реаниматолога.
4. При поступлении выполнить общий анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмму и общий анализ мочи.
5. При поступлении зарегистрировать ЭКГ, выполнить рентгенографию или КТ лёгких и УЗИ либо КТ брюшной полости для исключения сочетанных повреждений.
6. Всем пациентам с подозрением на очаговую травму выполнить КТ головного мозга. При невозможности КТ — рентгенографию черепа; при наличии в учреждении провести эхоэнцефалографию для оценки смещения срединных структур.
7. При признаках повреждения сосудов выполнить церебральную ангиографию; при травматическом субарахноидальном кровоизлиянии транскраниальную допплерографию проводят динамически с оценкой линейной скорости кровотока и индекса Линдегаарда.

Лечение

- На всех этапах поддерживать дыхание и кровообращение. Гипотонией считают систолическое АД ниже 90 мм рт. ст. или среднее АД ниже 60 мм рт. ст.; начинать коррекцию следует с инфузии растворов для водно-электролитного баланса, а при недостаточном эффекте использовать адренергические и дофаминергические средства. Целевое систолическое АД — выше 100–110 мм рт. ст. (УДД 3, УУР В).

- При нарушении сознания до 9 баллов и менее по ШКГ выполнять интубацию трахеи с сохранением оси шейного отдела позвоночника (УДД 2, УУР С). При прогнозируемой длительной ИВЛ ранняя трахеостомия повышает комфорт и безопасность, но не доказано её влияние на летальность и нозокомиальную пневмонию (УДД 2, УУР А).
- Для седации и контроля ВЧД у взрослых используют пропофол в инфузии обычно 1,5–4 мг/кг/ч; длительная инфузия свыше 4 мг/кг/ч повышает риск синдрома инфузии пропофола и высокой летальности. При ВЧГ применяют маннитол 0,5–1,5 г/кг, но не при гипотонии, гиповолемии, натрии свыше 160 ммоль/л или осмолярности плазмы более 320 мОсм/л.
- Профилактическая гипервентиляция до $PaCO_2$ менее 25 мм рт. ст., глюкокортикоиды для коррекции ВЧД и профилактическая гипотермия при диффузном поражении мозга не рекомендуются. Кратковременная гипервентиляция допустима при резком ухудшении или сохраняющейся ВЧГ, несмотря на применение других методов.
- Мониторинг ВЧД проводят при тяжёлой ЧМТ с патологией на КТ (УДД 3, УУР В); лечение ВЧГ начинают при ВЧД 20 мм рт. ст. и выше. Пороговые значения ЦПД находятся в диапазоне 60–70 мм рт. ст. Не рекомендуется поддерживать ЦПД выше 70 мм рт. ст. с помощью инфузионной терапии и вазоактивных средств (УДД 5, УУР С).
- У тяжёлых пациентов нутритивную поддержку начинают с первых суток: через назогастральный зонд вводят 30–50% расчётных или измеренных показателей с постепенным выходом на базовые потребности к 5–7-м суткам. Энергия — 25–30 ккал/кг/сут, белок — 1,2–2,0 г/кг/сут (УДД 2, УУР А).
- Профилактическое назначение противоэпилептических препаратов рутинно не рекомендуется (УДД 2, УУР А). Противосудорожное лечение может использоваться для предотвращения ранних приступов у пациентов высокого риска и обычно назначается в течение одной недели, включая пациентов с ШКГ менее 10, корковым ушибом, вдавленным переломом, субдуральной, эпидуральной или внутримозговой гематомой, проникающей травмой либо судорогами в первые 24 часа.
- При острой эпидуральной гематоме удаление показано при объёме более 35 $см^3$ или толщине более 15 мм независимо от уровня сознания; при объёме менее 35 $см^3$ и толщине менее 15 мм — при снижении ШКГ минимум на 2 балла, анизокории или отсутствии фотореакции и мидриазе, а также при ВЧД более 20 мм рт. ст. (УДД 5, УУР С).
- При острой субдуральной гематоме операция показана при объёме более 35 $см^3$, толщине более 10 мм или смещении срединных структур более 5 мм независимо от уровня сознания; при меньших размерах — при снижении ШКГ минимум на 2 балла, анизокории или отсутствии фотореакции и мидриазе, а также при ВЧД более 20 мм рт. ст. (УДД 3, УУР С для основных критериев; УДД 5, УУР С для дополнительных критериев).

Когда направить и как наблюдать

- Всех пациентов с очаговой травмой мозга госпитализируют в многопрофильный стационар с круглосуточными нейрохирургической и реанимационной службами, КТ и возможностями нейромониторинга.
- Пациентов в тяжёлом состоянии госпитализируют в отделение реанимации, минуя приёмное отделение.
- После стабилизации пациента с сохраняющимися функциональными нарушениями переводят в специализированный реабилитационный центр.
- После выписки направляют к неврологу по месту жительства; диспансерное наблюдение проводят в течение первого года каждые 3 месяца, затем каждые 6 месяцев. В первый год обследование включает КТ головного мозга, ЭЭГ, консультации невролога и офтальмолога.

Частые вопросы

Когда при очаговой травме мозга нужна срочная КТ?

КТ выполняют всем пациентам с подозрением на очаговую травму при поступлении. Повторную КТ проводят при ухудшении неврологического состояния или нарастании ВЧД, особенно в первые 72 часа.

Какой порог ВЧД считать внутричерепной гипертензией?

ВЧГ — это ВЧД выше 20 мм рт. ст., сохраняющееся более 10 минут. При тяжёлой ЧМТ терапию ВЧГ начинают с порога 20 мм рт. ст.

Когда оперировать острую субдуральную гематому?

Операция показана при объёме более 35 см³, толщине более 10 мм или смещении срединных структур более 5 мм независимо от уровня сознания. При меньших размерах операция также нужна при ухудшении ШКГ минимум на 2 балла, анизокории или мидриазе с отсутствием фотореакции либо ВЧД более 20 мм рт. ст.

Нужно ли всем пациентам профилактически назначать противосудорожные препараты?

Нет, рутинная профилактика не рекомендуется. Она возможна у пациентов высокого риска ранних приступов и обычно ограничивается первой неделей, особенно при внутричерепном кровоизлиянии.

Когда начинать реабилитацию после тяжёлой ЧМТ?

Первый этап начинают в стационаре в острейшем периоде — до 72 часов — и продолжают ежедневно, включая ранний послеоперационный период. Активную двигательную реабилитацию проводят только при отсутствии абсолютных противопоказаний, включая шок, нестабильные переломы, ТЭЛА и нестабильный клинический статус.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/732-ochagovaya-travma-golovnogo-mozga. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/732_2