Сотрясение головного мозга

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2026 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: S06.0 · Ассоциация нейрохирургов России

Сотрясение головного мозга — наиболее лёгкая клиническая форма диффузного транзиторного повреждения мозга после травмы без видимых изменений на КТ. Главное в рекомендации — подтвердить травматический анамнез, оценить сознание и неврологический статус в динамике, вовремя выполнить КТ при факторах риска и избегать избыточного строгого покоя.

Главное

- Диагноз СГМ требует чёткого факта травмы; для лёгкой ЧМТ возможны потеря сознания до 30 минут и/или амнезия до 24 часов, а при СГМ на КТ нет видимых изменений.
- Типичная картина: краткое нарушение сознания, короткая ретро-, кон- или антероградная амнезия, головная боль, несистемное головокружение, тошнота, чаще однократная рвота, слабость, вегетативные симптомы.
- У большинства симптомы СГМ регрессируют в среднем за 4–5 суток; если жалобы сохраняются более 7 суток, нужно дополнительное обследование и поиск причин.
- Неврологический осмотр с оценкой по ШКГ проводят при поступлении и в динамике; всем пациентам с подозрением на СГМ нужен осмотр нейрохирурга или невролога для установления диагноза. УДД 4–5, УУР С.
- КТ головного мозга выполняют при факторах риска: при ШКГ 15 и ≥1 основном или ≥2 дополнительных факторах риска, а также при ШКГ 13–14 или снижении ШКГ на 1 балл. УДД 4, УУР С.
- Строгий постельный режим с полной сенсорной изоляцией на весь период наблюдения не рекомендуется, поскольку он не приводит к улучшению восстановления. УДД 5, УУР С.
- Профилактическое назначение противоэпилептических препаратов при СГМ не рекомендуется. УДД 2, УУР С.

Диагностика

1. Сначала подтвердить механизм травмы: бесконтактное ускорение/замедление, контактный ударно-противоударный механизм или минно-взрывное воздействие; уточнить факт и длительность нарушения сознания и посттравматической амнезии. УДД 5, УУР С.
2. Первично оценить пациента как травматологического: проходимость дыхательных путей, дыхание, кровообращение и возможность травмы шеи.
3. Учесть факторы, которые могут влиять на клинические проявления: алкогольную или другую интоксикацию, психологический стресс, выраженный мышечно-скелетный болевой синдром, сердечные и лёгочные заболевания, синкопальные и гипогликемические состояния, эпилепсию в анамнезе.
4. Осмотреть голову: искать ушибы, ссадины, раны, а также признаки перелома основания черепа — кровоподтёки в области сосцевидного отростка, периорбитальные гематомы, истечение жидкости из уха, носа или рта. УДД 5, УУР С.
5. Провести неврологический осмотр при поступлении и повторять в динамике; обязательно оценить сознание по шкале комы Глазго. УДД 4, УУР С.
6. При факторах риска выполнить КТ головного мозга; если КТ недоступна — рентгенографию черепа в прямой и боковой проекциях или тангенциальную рентгенографию, а при наличии возможности — эхоэнцефалографию для исключения смещения срединных структур. УДД 4–5, УУР С.
7. Лабораторные исследования для диагностики СГМ не требуются.

Лечение

- После установления СГМ и исключения ушиба или сдавления мозга возможно амбулаторное лечение; пациента и родственников предупредить о необходимости срочного повторного осмотра при ухудшении.

- Полная изоляция от света, звука и другой стимуляции на весь срок наблюдения не рекомендуется; после начального периода покоя пациент постепенно возвращается к обычной повседневной активности. УДД 5, УУР С.
- До полного клинического восстановления нельзя возвращаться к активности с риском повторной травмы головы; восстановление означает исчезновение симптомов, нормальный физикальный осмотр и возвращение к обычной повседневной деятельности.
- Рекомендуется отказаться от деятельности, требующей внимания и концентрации; в частности, воздерживаться от использования экрана в течение первых 48 часов после сотрясения мозга. Это ускоряет регресс симптомов с 8 до 3,5 суток. УДД 2, УУР С.
- Для головной боли сначала использовать немедикаментозные меры: нормализовать сон, питание и питьевой режим, исключить стрессовые факторы, добавить умеренную физическую нагрузку. УДД 5, УУР С.
- При головной боли напряжения рекомендованы анальгетики, кроме опиоидов; при неэффективности — комбинированные анальгетики. УДД 5, УУР С.
- При нарушениях сна рекомендуется мелатонин 2 мг/сут; в комментарии также указана возможность дозы 3 мг. Производные бензодиазепина для лечения нарушений сна не рекомендуются. УДД 2 и 5, УУР С.
- Медицинская реабилитация при неосложнённом СГМ не требуется; она нужна только при осложнённом течении или коморбидной патологии, усиливающей проявления органического поражения мозга.

Когда направить и как наблюдать

- Транспортировать пациента с СГМ целесообразно в ближайший многопрофильный стационар, где круглосуточно принимают и лечат пациентов с ЧМТ, есть КТ и нейрохирургическое, травматологическое или неврологическое отделение.
- Амбулаторное лечение под наблюдением невролога допустимо, если КТ головного мозга выполнена или показаний к КТ нет.
- Госпитализировать в нейрохирургическое отделение пациентов с СГМ и ушибленными ранами головы с кровопотерей или выраженной общемозговой симптоматикой; если нейрохирургии нет — в травматологическое или неврологическое отделение.
- Критерий выписки — клиническое улучшение.
- После СГМ показано динамическое наблюдение невролога с оценкой общего состояния, неврологического и психического статуса через 1, 3 и 6 месяцев. УДД 4, УУР С.

Частые вопросы

Какие критерии позволяют поставить диагноз сотрясения головного мозга?

Нужны травматический анамнез с потерей или нарушением сознания по словам пациента или свидетелей, осмотр головы, неврологический осмотр в динамике и КТ по показаниям. Субъективные симптомы помогают, но не должны быть единственным основанием диагноза.

Когда при подозрении на СГМ делать КТ?

КТ показана при факторах риска: при ШКГ 15 и наличии ≥1 основного или ≥2 дополнительных факторов риска, а также при ШКГ 13–14 или снижении ШКГ на 1 балл. При ШКГ 15 без факторов риска или только с 1 дополнительным фактором немедленная КТ не показана.

Нужны ли лабораторные исследования при сотрясении?

Нет, лабораторные исследования для СГМ не требуются. В тексте упомянуты предварительные исследования белков повреждения мозговой ткани при лёгкой ЧМТ.

Сколько обычно держатся симптомы после СГМ?

У большинства пострадавших симптомы регрессируют в среднем за 4–5 суток, а временная нетрудоспособность обычно не превышает 2 недель. Если жалобы сохраняются более 7 суток, нужно дополнительное обследование.

Назначать ли противосудорожные препараты после сотрясения?

Нет, профилактическое назначение противоэпилептических препаратов при СГМ не рекомендовано.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/734-sotryasenie-golovnogo-mozga. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/734_2