

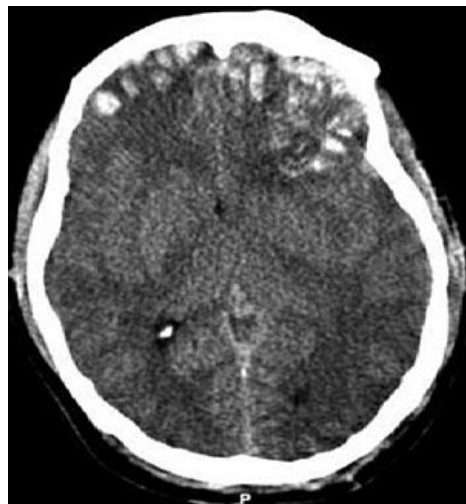
Kontuze a lacerace mozku

Kontuze

Kontuze mozku je ložiskové pohmoždění tkáně způsobené nepenetrujícím traumatem mozkové tkáně. Obecné mechanismy vzniku poranění jsou translační nebo akcelerační. Vlastní působení na mozkovou tkáň se nazývá *coup* (v místě nárazu) a *contre coup* (na protilehlé straně, nárazem na kost). Vlastní ložisko (resp. mnohočetná ložiska) je tvořeno nekrotickou tkání s různým stupněm prokrvácení. Neurologická symptomatika je ložisková, závisí na místě postižení.

Klinický obraz

Klinický obraz je velmi pestrý. Příznaky často způsobeny perifokálním edémem. Od zcela asymptomatických forem po těžké kontuze projevující se hlubokým bezvědomím. Kontuze má sklon k expanzi, na CT obraze vidíme hyperdenzní ložisko s dynamickým vývojem. Ke zvětšování ložiska obvykle dochází až za několik dní po úraze. Vývoj je špatně předvídatelný, dosud příznivý průběh může být náhle komplikován expanzí kontuze nebo zhoršením okolního edému. Léze se hojí jizvou tvořenou glií nebo posttraumatickou pseudocystou. Terapie odpovídá antiedematózní léčbě.



Kontuze na CT snímku se subdurálním krvácením a frakturami

Diagnóza

- Anamnéza (úraz hlavy, bezvědomí, zmatenost) + ložiskový neurologický nález.

Pomocná vyšetření: CT (nutno zopakovat s odstupem 24–48 h), rtg lebky a krční páteře, vyšetření očního pozadí, EEG do 3 měsíců po úraze k posouzení ložiskových změn

Léčba

- Hospitalizace na chirurgickém oddělení ev. na JIP, klid na lůžku, antiedematózní léčba (mannitol), nootropika, vitamín C, E, B-komplex, ev. rehabilitace.^[1]

Prognóza

- Dobrá, řadu měsíců však perzistuje kognitivní a **psychosociální** postižení.^[1]

Lacerace

Lacerace je těžké, devastující poranění, označované také jako rozmoždění, potrhání, rvaní, roztržení měkkých tkání. Vzniká translačním či akceleračním mechanismem. Vzniká následkem penetrujících poranění mozku. Je preferována konzervativní terapie, zaměřená na prevenci a léčbu edému mozku. Při nepříznivém vývoji (expanze, krvácení) se přistupuje k chirurgické resekci zmožděné tkáně. U ložisek ve funkčně významných oblastech se provádí dekompresivní kraniotomie.

Klinický obraz

- Ztráta vědomí trvající dny, týdny i měsíce;
- dále jako u kontuze, ale výraznější.

Diagnóza

- Anamnéza (úraz hlavy, bezvědomí) + neurologický nález.

Pomocná vyšetření:

- CT (nutno zopakovat s odstupem 24–48 h);
- rtg lebky a krční páteře;
- vyšetření očního pozadí;
- EEG do 3 měsíců po úraze k posouzení ložiskových změn.

Léčba

- Hospitalizace na chirurgickém oddělení, event. na JIP, klid na lůžku, antiedematózní léčba (mannitol), nootropika, vitamín C, E, B-komplex, event. rehabilitace.^[1]

Prognóza

- Špatná, v případě přežití bývá perzistence různého stupně fyzického a psychického deficitu.^[1]

Odkazy

Související články

- Kraniocerebrální traumata
- Penetrující poranění (neurochirurgie)
- Epidurální hematom
- Subdurální hematom
- Kraniocerebrální traumata
- Komoce

Reference

1. NEVŠÍMALOVÁ, Soňa, Evžen RŮŽIČKA a Jiří TICHÝ. *Neurologie*. 1. vydání. Praha : Galén, 2005. s. 163-170. ISBN 80-7262-160-2.

Literatura

- NEVŠÍMALOVÁ, Soňa, Evžen RŮŽIČKA a Jiří TICHÝ. *Neurologie*. 1. vydání. Praha : Galén, 2005. s. 163-170. ISBN 80-7262-160-2.
- AMBLER, Zdeněk. *Základy neurologie*. 6. vydání. Praha : Galén, 2006. s. 171-181. ISBN 80-7262-433-4.
- SAMEŠ, M, et al. *Neurochirurgie*. 1. vydání. Praha : Jessenius Maxdorf, 2005. 127 s. s. 37-38. ISBN 80-7345-072-0.