

УДК 617.51-001-089

В.Я. ШуткаБуковинська державна медична академія
м. Чернівці**ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА ПРИ ПОЄДНАНІЙ
ТРАВМІ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ
СИСТЕМИ****Ключові слова:** поєднана травма,
лікувальна тактика.**Резюме.** При виборі лікувальної тактики у травмованих хворих з поєднаними пошкодженнями центральної нервової системи перш за все необхідно визначити співвідношення важкості черепно-мозкової травми й інших органів. Питання про термін проведення необхідних оперативних втручань повинно вирішуватись індивідуально. Необхідно враховувати, що період після 12–15 днів до 3–4 тижнів є найбільш сприятливими. Прості маніпуляції місцевого характеру є необхідністю, тому що вони створюють позитивні умови для перебігу захворювання.**Вступ**

Збільшення частоти і тяжкості поєднаних пошкоджень центральної нервової системи при яких частіше всього страждають люди молодого й середнього віку, висока легальність зумовлюють актуальність проблеми лікування цих хворих, як в медичному, так і соціальному аспекті (1).

Однією з головних умов успішного комплексного лікування є вибір оптимальної лікувальної тактики (2). З цього приводу існують різні точки зору: одні автори вважають необхідним розширення показів до раннього оперативного втручання, інші – ні (4).

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Вивчити лікувальну тактику при політравмі з пошкодженням центральної нервової системи, великих суглобів та інших органів.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ

У 1997–2002 рр. в клініці знаходилося на лікуванні 28 хворих у віці від 16 до 68 років з черепно-мозковими пошкодженнями та ураженням великих суглобів. За локалізацією останні розподілялися так: пошкодження кульшових суглобів – шість (чотири – одnobічні, два – двобічні), колінних – вісім, гомілково-стопневих – десять, плечових – чотири. У 23 діагностовано внутрішньосуглобові переломи, трьох – переломовивихи, двох – забій з гематрозом. У 26 закриті пошкодження, двох – відкриті. У 14 пацієнтів долучилися травми органів грудної клітки, десяти – черевної порожнини, чотирьох – пошкодження кісток таза, 16 постраждало в результаті автотранспортних пригод, вісім при падінні з висоти, три травмовані падаючими

великими предметами, один хворий – при аварії на залізничному транспорті.

ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

У 12 випадках пошкодження великих суглобів поєдналося з легкою черепно-мозговою травмою (струс або забій головного мозку легкого та середнього ступеня). У клінічній картині цих хворих стійких порушень свідомості не спостерігалося, серцева і дихальна діяльність була стабільною. Тому на перший план виступали симптоми ураження суглобів. Лікувальна тактика була наступною: одночасно з проведенням патогенетичної консервативної терапії черепно-мозкових пошкоджень відразу (при анестезіологічному забезпеченні) здійснювалося вправлення вивихів, гіпсова іммобілізація, накладання скелетного витягу. Якщо потрібно проведення оперативного втручання, то струс головного мозку не є до нього протипоказанням, а при наявності забою головного мозку операцію відкладали на 7–12 днів, внаслідок розвитку набряку мозку за цей період (3).

У шести випадках пошкодження головного мозку були тяжкими (забій головного мозку тяжкого ступеня – чотири хворих, субарахноїдальний крововилив – один, стискування головного мозку – один). У цій групі в клініці захворювань головне значення мають симптоми пошкодження головного мозку (порушення свідомості, психічне і моторне збудження, порушення дихальної діяльності, нестабільність гемодинаміки). Тактика лікування визначалася наступним чином: спочатку, до виведення постраждалого з стану церебрального і травматичного

шоку (лікування збудження, відновлення свідомості, стабілізація гемодинаміки, дихання), пошкоджені суглоби іммобілізували за допомогою гіпсових лонгет, циркулярних пов'язок, чобітків; одночасно проводили новокаїнові блокади, при гемартрозах – пункції суглобів. Ці малоінвазивні лікувальні заходи направлені на зменшення синдрому взаємного обтяження. Тому хворим, які знаходяться в непритомному стані, не застосовується скелетне витягнення, оскільки при збудженні відбувається вторинне зміщення кісткових фрагментів, що веде до погіршення стану хворих. Оперативне втручання на суглобах проводили на 14–21 день, після виходу хворих із важкого стану. У більш ранні строки можуть виникнути ускладнення, пов'язані з набряком головного мозку і вторинними гемодинамічними порушеннями. Необхідно відмітити, що наявність клініки здавлення головного мозку є абсолютним показанням до проведення термінової операції трепанції черепа, видалення гематоми. Із шести хворих із комбінованою тяжкою черепно-мозковою травмою два померли при наростанні явищ набряку головного мозку і вторинною серцево-судинною та дихальною недостатністю.

Суттєві корективи в тактику лікування вносять приєднання пошкоджень органів грудної клітки. Множинні переломи ребер, пошкодження легеневої тканини, гемопневмоторакс збільшують ступінь дихальної недостатності, погіршуючи стан хворих. При цьому в першу чергу показано проведення спеціальних малоінвазивних методів лікування: плевральні пункції, торакоцентез і дренивання плевральної порожнини, торакотомії. У цих випадках оперативне лікування пошкоджень великих суглобів здійснюється після зникнення ознак дихальної недостатності, відновлення порушених функцій центральної нервової системи. Це дуже тяжкий контингент хворих – з чотирьох померло два.

Якщо до пошкоджених великих суглобів, черепно-мозкової травми приєднується ушкодження органів черевної порожнини, що спостерігалось нами у двох хворих (один з розривом печінки, інший з розривом селезінки), то питання тактики лікування вирішується однозначно: по життєвих показаннях необхідно терміново проводити лапаротомію (на фоні інтенсивної протишокової терапії) для ліквідації джерела внутрішньої кровотечі. Подальша тактика визначалася характером поєднаної патології.

У трьох хворих пошкодження кульшових суглобів поєднувалося з пошкодженням кісток тазу і легкою черепно-мозковою травмою. Відомо, що пошкодження кісток таза супроводжу-

ється значною кровотечею (в середньому 1–1,5 літра), що зумовлює необхідність проведення в першу чергу заходів інтенсивної протишокової терапії. При розриві уретри (один хворий) накладали епіцистостому, бужували безперервним катетером уретру, при стабілізації стану хворого проводилась операція пластики або ушивання її.

У двох випадках відкритих проникаючих пошкоджень колінних суглобів, які поєднувалися з тяжкою черепно-мозковою травмою за відсутності порушень дихання і серцево-судинної діяльності нами проводилась первинна хірургічна обробка рани з ушиванням капсули суглоба, дренивання його і іммобілізації кінцівки.

Висновки

1. У хворих з поєднаними пошкодженнями необхідно вирішити чи не вплинуть негативно наші лікувальні заходи, операції на перебіг черепно-мозкової травми.

2. Термін проведення втручань у кожному конкретному випадку повинен визначатися індивідуально.

3. Так як явища набряку головного мозку утримуються до 12–15 днів, тому оперативні втручання краще всього проводити після цього терміну.

4. М'яка кісткова мозоль формується протягом 3–4 тижнів, тому для сприятливого результату і відновлення функцій пошкоджених суглобів операції найбільш доцільно проводити в даний термін. Продовження цього терміну зменшує надію на сприятливе закінчення захворювання і відновлення функцій.

Література. 1. Ромоданов А.П., Мосійчук М.М., Цимбалюк В.І. Нейрохірургія. Київ: Спалах, 1998 – 262 с. 2. Клиническое руководство по черепно-мозговой травме / Под ред. Коновалова А.Н., Лихтермана Л.Б., Потопова А.А. – М.: Антидор, 1998. – Т.1 – 550 с. 3. Черний В.И., Кардаш А.М., Городнич Г.А., Дроботко В.Ф. Диагностика и лечение отека и набухания головного мозга. – К.: Здоров'я, 1997. – 225 с. 4. Luerssen T.G., Klauber M.R., Marshall L.F. Outcome from head injury related to patient's age. A longitudinal prospective study of adult and pediatric. Head injury // J.Neurosurg. – 1988. – 68. – P.409–416.

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

В.Я. Шутка

Резюме. Лечение больных с сочетанной травмой нуждается в индивидуальном дифференцированном подходе и, прежде всего, тактика определяется в зависимости от соотношения степени тяжести поражения мозга и других органов и систем. Хирургические операции не должны вызывать утяжеления клинического течения травмы центральной нервной системы. Наилучший период для проведения операций – 12–15 день до 3–4 недели после травмы (в связи с регрессом посттравматического отека головного мозга).

Ключевые слова: комбинированная травма, лечебная тактика.

**SURGICAL APPROACH WITH A COMBINED INJURY
OF CENTRAL NERVOUS SYSTEM**

V.Ya. Shutka

Abstract. Treatment of patients with a combined injury requires an individual differential approach and above all the approach is determined depending on the correlation of the severity degree of a brain injury and other organs and systems. Surgical operations must not cause an aggravation of the clinical

course of a central nervous system injury. The most favourable period for performing operations is the 12th through the 15th day prior 3–4 weeks after trauma (due to the regression of posttraumatic brain edema).

Key words: combined trauma, treatment.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

Clin. and experim. pathol. – 2003. – Vol.2, №1. – P.120–122.

Надійшла до редакції 18.03.2003