

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ СОЧЕТАННОЙ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ КОНЕЧНОСТЕЙ И ТАЗА

Бобоев Ж.И., Бурнашев М.И., Хазраткулов Р.Б., Хасилбеков Н.Х

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нейрохирургии, г. Ташкент, Узбекистан

В данной работе приводятся результаты анализа клинического течения и результатов лечения 46 больных с черепно-мозговой травмой, сочетанной с повреждениями конечностей и таза.

В зависимости от соотношения степени тяжести черепно-мозговой травмы и повреждения конечностей и таза больные распределялись по следующим группам: I группа - тяжёлая черепно-мозговая травма и тяжёлая травма конечностей (переломы бедра, костей таза, открытые переломы костей голени, переломы двух конечностей или таза и конечностей со смещением) - 17 наблюдений. II группа - тяжёлая черепно-мозговая травма и лёгкая травма конечностей (переломы плеча, предплечья, кисти, стопы, костей голени без смещения) - 13 наблюдений. III группа - лёгкая черепно-мозговая травма и тяжёлые повреждения конечностей и таза. (9 наблюдений). IV группа - легкая черепно-мозговая травма и лёгкая травма конечностей (7 наблюдений). Травматический и геморрагический шок наблюдался в основном у больных I (83%), II (19%) и III (68%) группы.

У больных I группы, тяжёлая черепно-мозговая травма и травма конечностей усугубляют друг друга, часто обуславливают угрожающие порой необратимые патологические реакции: травматический шок и отёк головного мозга. Нередко наблюдалась массивная кровопотеря и жировая эмболия лёгких и головного мозга.

Из 17 больных в первые 2 часа после поступления - 5 больных оперированы по поводу травматических внутричерепных гематом, 7 - больных оперированы по поводу вдавленного перелома свода черепа. Остальные 5 больных с

тяжёлыми ушибами головного мозга лечились консервативно. У 6 больных одновременно произведена интра- и экстрamedулярный остеосинтез, и наложение аппарата Илизарова. У 7 больных из-за наличия травматического и постгеморрагического шока оперативное вмешательство по поводу повреждения конечностей произведено спустя 3 суток после выведения из шокового состояния. У 4 больных с переломами костей таза произведено обезболивание по Школьникову-Селиванову и иммобилизация.

Во второй группе у 6 больных в первые 2 часа после поступления произведена операция по поводу внутричерепных гематом, у 6 больных по поводу вдавленного перелома свода черепа. В этой группе травмы конечностей и костей таза у 4 больных диагностированы только спустя 2 суток. У всех больных произведена иммобилизация конечностей гипсовыми лангетами.

III группа: Тяжесть состояния пострадавших обуславливается внечерепными повреждениями. У 5 больных развился травматический шок. У 4 больных после выведения из шока 2 часа спустя произведена хирургическая иммобилизация конечностей. У 4 больных из-за наличия травматического и постгеморрагического шока оперативное вмешательство произведено на 4-е сутки. 1 больной с тяжёлыми переломами костей таза лечился консервативно. IV группа: У всех больных при поступлении произведена новокаиновая блокада и иммобилизация конечностей гипсовыми лангетами.

Таким образом, тяжёлая черепно-мозговая травма и тяжёлые повреждения конечностей и костей таза усугубляют течение травматической болезни. Раннее оперативное вмешательство по поводу повреждений конечностей предупреждает развитие осложнений в виде травматического шока, жировой эмболии и создаёт условия для проведения адекватного лечения травмы головного мозга. У пострадавших с политравмой выполнение оперативного вмешательства по поводу черепно-мозговой травмы и травмы конечностей одной бригадой поочередно одно за другой даёт возможность сократить объём вмешательства при ухудшении состояния.