

Летальность у пациентов с изолированной и сочетанной ОПЧМТ в НХО ГКБ № 3 за 1990–1999 гг.

Степень расстройства сознания при поступлении	Летальность, %	
	изолированная ОПЧМТ	сочетанная ОПЧМТ
Сознание ясное	2,19	0
Оглушение умеренное	8,97	20,0
Оглушение глубокое	27,5	70,0
Сопор	40,74	50,0
Кома I	57,14	75,0
Кома II	81,81	87,5
Кома III	87,5	100
Всего	25,4	59,4

скольких узких специалистов. Для решения этих вопросов необходима организация в больницах скорой помощи отделений сочетанной травмы и соответствующего диагностического комплекса,

работающего круглосуточно. Нести ответственность, определять тактику ведения больного и приглашать необходимых специалистов в приемном покое должен ответственный дежурный врач.

А.В. Новокшенов, М.Ю. Федоров, А.С. Николаев, О.Б. Елистратов, А.В. Вансеев, Е.А. Новокшенов

ДРЕНИРОВАНИЕ РАН ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

*Федеральное государственное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров» (Ленинск-Кузнецкий)*

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Улучшить результаты хирургического лечения больных с черепно-мозговой травмой путем разработки методов дренирования черепно-мозговых ран.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведен анализ 667 больных с черепно-мозговой травмой, которым проводились операции: первичная хирургическая обработка, трепанация черепа. Проведен бактериологический анализ ушибленных ран мягких тканей головы у 73 пострадавших при открытой черепно-мозговой травме.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Промывание раневой полости физиологическими растворами после хирургических вмешательств способствует удалению размозженных тканей, остатков крови. Кроме того, не всякую операционную рану в нейрохирургии можно сразу по завершении хирургического вмешательства ушивать наглухо без соответствующего адекватного дренирования. В таких случаях после герметизации раны целесообразно использовать систему приточно-отточного дренирования. С диализа-

том, после церебральных операций, удаляются кусочки мозгового детрита, который, как известно, вызывает развитие аутоиммунных процессов после операций на головном мозге и может служить благоприятным субстратом для развития местных воспалительных процессов.

Больным с обширными скальпированными ранами головы проводится ранняя первичная хирургическая обработка. В ряде случаев, при обширных повреждениях мягких покровов черепа, радикальная хирургическая обработка раны невозможна. Наши исследования показали, что из 73 больных с ушибленными ранами мягких тканей головы бактериальная загрязненность ран выявлена у 85 % до хирургической обработки. Из них в 50 % высеян непатогенный стафилококк, в 32 % — патогенный стафилококк, в 1 % случаев обнаружена палочка сине-зеленого гноя, а в остальных — кишечная палочка.

С целью предупреждения развития инфекции мы применяем метод постоянного промывания образовавшихся в результате травмы или операции подлоскутных пространств.

При обширных скальпированных ранах головы в конце хирургической обработки под кожно-апоневротический лоскут укладывается дренаж из

двух эластичных силиконовых трубок диаметром до 8–10 мм, с большим количеством отверстий в их стенках. Оба конца дренажа проводятся через дополнительные разрезы кожи в противоположных углах раны, после чего рана зашивается наглухо.

Дренаж тщательно фиксируется для предотвращения смещения его двумя витками. Дренажная система состоит из сосуда, заполненного водными растворами фурацилина, риванола, метиленового синего, хлоргексидина или физиологическим раствором хлористого натрия, охлажденного до +5–10 °С, отток раневого содержимого происходит самотеком, а при необходимости осуществляется активная аспирация с целью предупреждения скопления промывной жидкости в ране. Средняя продолжительность промывания с профилактической целью — 5 дней. Данная методика предотвращает развитие инфекции в ране (бактерицидное и бактериостатическое действие анти-

септика, локальная гипотермия, создаваемая промывной жидкостью).

После эндоскопических операций по поводу внутримозговых гематом и очагов размягчения головного мозга мы используем методику закрытого наружного пассивного приточно-отточного внутричерепного дренирования. Длительность дренирования колебалась от 1 до 5 суток. В качестве промывной жидкости применяем физиологический раствор хлористого натрия. Для профилактики травмирования вещества головного мозга обязательным условием является жесткая фиксация дренажа к коже.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, использование адекватного дренирования черепно-мозговых ран в комплексе хирургического лечения позволяет улучшить исходы тяжелой черепно-мозговой травмы.

М.П. Рябов, Г.А. Краснаяров, Т.И. Леявина, Е.Н. Цыбиков, Э.Б. Борисов

АЛГОРИТМ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ИСХОДОВ СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ И ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

*Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)
Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)*

Работа основана на анализе результатов лечения 327 пострадавших с сочетанной травмой головы и опорно-двигательного аппарата (ОДА), поступивших в клинику за 10 лет (1994–2004 гг.).

Для исследования все больные были разделены на 3 группы: 1-я группа, 141 (43,1 %) пострадавших с ведущей травмой головы, сочетающейся с менее тяжелой травмой опорно-двигательного аппарата (ЧМТ + ОДА). 2-я группа — 59 (9,8 %) пациентов с ведущей травмой ОДА, сочетающейся с менее тяжелой черепно-мозговой травмой. 3-я группа — 127 (21,1 %) больных с равнотяжелой сочетанной травмой головы и ОДА.

Из 327 пострадавших вошедших в эти группы умерло 120 (36,7 %) человек: 1-я группа — 45 (37,5 %), во 2-й — 20 (16,7 %), в 3-й группе — 55 (45,8 %).

Основной причиной смерти пострадавших первой группы с «ранней сочетанной травмой» (до 3-х суток с момента получения травмы) были отек и дислокация головного мозга — 32 (70,6 %), пневмония — 7 (14,7 %), шок и кровопотеря — 7 (14,7 %). С «поздней сочетанной травмой» (в сроки свыше 3 суток с момента травмы) самой частой причиной смерти была развившаяся пневмония — 32 (71,4 %), отек и дислокация головного мозга — 10 (22,8 %), тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) — 2 (4,4 %).

Во 2-й группе причиной летальности при «ранней сочетанной травме» были шок и кровопотеря — 5 (25 %), жировая эмболия — 1 (5 %). При «по-

здней сочетанной травме» умерли 2 человека: ТЭЛА — 1 (5 %), пневмония — 1 (5 %).

В 3-й группе причиной смерти «ранней сочетанной травмы» у 9 (16,4 %) больных были шок и кровопотеря — в 8 (14,5 %), жировая эмболия — в 1 (1,8 %) случае. При «поздней сочетанной травме»: пневмония — 1 (1,8 %), тромбоэмболия легочной артерии — 3 (5,5 %) случая. Указанные осложнения, возникшие у пострадавших, имеют наибольшую значимость с сочетанной травмой головы (1-я группа) и сочетанной равнотяжелой травмой головного мозга и ОДА (3-я группа).

Прогнозирование исхода травмы базировались на данных общеклинического и лабораторно-инструментальных методов исследования: клинических, лабораторных, неврологических, рентгенологических, эхоэнцефалоскопического, компьютерной и магнитно-резонансной томографии. Кроме этого в алгоритм диагностики были включены факторы риска, ухудшающие прогноз лечения и исхода (кровопотеря более 1000 мл, тяжелые сопутствующие заболевания, пожилой и старческий возраст).

Основными признаками осложнений у пострадавших 2-й группы являлись: степень снижения артериального давления при поступлении, длительность периода гипотензии, степень падения гемоглобина, нарушение дыхания, кровотечение из мест повреждения. Если кровопотеря менее 1500 мл, то прогноз не ухудшается; если больше