

проблем, нужд и чаяний ребенка-инвалида и на желании ему помочь.

Литература:

1. Дети с ограниченными возможностями: проблемы и инновационные тенденции в обучении и воспитании. Хрестоматия по курсу «Коррекционная педагогика и специальная психология» / сост. Н.Д. Соколова, Л.В. Калининкова. – М.: Изд-во ГНОМ и Д, 2001.
2. Методические рекомендации по организации интегрированного (инклюзивного) образования детей с ограниченными возможностями в развитии, которые подготовлены в рамках реализации п. 2 Постановления Правительства Республики Казахстан от 05.02.2007 г. №81 «Об утверждении Плана мероприятий по социальной и медико-педагогической коррекционной поддержке детей с ограниченными возможностями».
3. Рекомендации по организации интегрированного (инклюзивного) образования детей с ограниченными возможностями в развитии от 16 марта 2009 г. №4-02-4/450.

РАЗНОЕ

КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОТДАЛЕННОГО ПЕРИОДА ПОЛИТРАВМЫ

Е.В. Хачатурова-Тавризян, В.В. Щедренок

РНИНХИ им. проф. А.А. Поленова, г. Санкт-Петербург

E-mail авторов: l.e.v_06@mail.ru

Цель исследования: изучение клинико-неврологических особенностей отдаленного периода политравмы.

Материал и методы.

В ходе работы изучена клинико - неврологическая картина отдаленного периода политравмы у 191 пациента, находившихся на лечении в СПб ГУЗ «Городская Покровская больница» на протяжении 2009-2012 гг. Доля пострадавших мужского пола составила 170 человек (89,0%), женского пола – 21 человек (11,0%). Давность перенесенной политравмы была следующей: до 12 месяцев – 47 пациентов (24,6%), до 18 месяцев – 81 больной (42,4%) и до 24 месяцев – 63 человека (33,0%). Тяжесть черепно-мозговой травмы (ЧМТ) была различной степени и оценена как легкая у 85 пациентов (44,5%), среднетяжелая в 74 наблюдениях (38,7%) и тяжелая у 32 человек (16,8%). Сдавление головного мозга имело место в 92 наблюдениях (48,2%).

Результаты и их обсуждение.

Известно, что при политравме выделяют повреждение 7 анатомических областей (АО): голова, шея, грудь, живот, таз, позвоночник и конечности. Повреждение нескольких АО обозначают как сочетанную травму, а повреждение нескольких сегментов в пределах одной АО – как множественную. При сочетанной ЧМТ, когда одной из облигатной составляющей является повреждение головного мозга, наиболее велика была доля пострадавших с травмой двух (54,2%) и трех (24,8%) АО. Повреждение четырех и пяти АО имело место соответственно в 12,1% и 2,2% наблюдений.

Основными обстоятельствами политравмы, в порядке убывания, были дорожно - транспортные происшествия (n=89; 46,6%), криминальная травма в виде избиения (n=64; 33,5%), падение с высоты роста пострадавшего (n=22; 11,5%) и кататравма (n=16; 8,4%).

Травматический шок I степени обнаружен в 96 наблюдениях (50,3%), II степени – у 21 пациентов (11,0%). Множественные повреждения заключались в кранио-фациальной травме, что имело место у 47 человек (24,6%). Закрытая травма груди была зарегистрирована у 55 пострадавших (28,8%), закрытая травма живота – у 22 (11,5%), повреждения конечностей – у 63 (33%), перелом костей таза – в 30 случаях (15,7%) и травма позвоночника у 4 пациентов (2,1%). Более чем у половины пострадавших доминирующим повреждением была ЧМТ – 106 наблюдений (55,5%), далее следовала травма опорно-двигательного аппарата (54 наблюдения, 28,3%), закрытая травма груди (29 случаев, 15,2%) и живота (22 случая, 11,5%). Были выполнены следующие операции: на голове (87), дренирование грудной полости по Бюлау (40), плевральная пункция и торакоцентез (14), ушивание разрывов печени (3), почек (4) и мочевого пузыря (1), спленэктомия (14), в том числе с ушиванием разрыва поджелудочной железы (2).

В отдаленном периоде диагностирован вегетативно-дистонический синдром у 124 пациентов (64,9%), вегетативные пароксизмы зафиксированы в 48 случаях (25,1%). Астенический синдром обнаружен у 91 больного (47,6%), психопатологический синдром – у 116 человек (60,7%), из них тревога (8), депрессия (38), когнитивные расстройства (53), деменция легкой (12) и умеренной (5) степени. Вестибулярный синдром диагностирован у 85 пациентов (44,5%), эпилептический синдром – у 86 человек (45,0%), ликвородинамические нарушения – у 26

больных (13,6%). Очаговая неврологическая симптоматика выявлена у 37 пациентов (19,4%).

Выводы.

Наличие в остром периоде политравмы травматического шока, гипоксии, кровопотери и забрюшинных гематом способствует развитию в отдаленном периоде во всех случаях посттравматической энцефалопатии. Это диктует необходимость в ранние сроки определить направленность и адекватность медикаментозной терапии для улучшения отдаленных результатов лечения и качества жизни пострадавших.