

М.П. Рябов<sup>1</sup>, Г.А. Краснояров<sup>2</sup>, Е.Н. Цыбиков<sup>3</sup>, Ю.В. Сахаровский<sup>1</sup>, В.П. Саганов<sup>2</sup>,  
Г.Ф. Жигаев<sup>2</sup>, К.М. Пронькин<sup>1</sup>

## ОКАЗАНИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ И ТРАВМОЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

<sup>1</sup>Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)

<sup>2</sup>Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)

<sup>3</sup>Бурятский филиал НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Улан-Удэ)

### ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы сочетанной травмы определяется высокой летальностью, длительностью лечения, инвалидностью, большими экономическими затратами. Сочетание черепно-мозговой травмы с травмой опорно-двигательного аппарата (ОДА) встречается в 58,4 – 78,8 % от общего числа политравм (Анкин Л.Н. и соавт., 1997; Лазишвили Г.Д. и соавт., 1997).

**Цель** исследования – улучшить результаты диагностики и лечения сочетанной травмы.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В работе представлен опыт лечения 168 больных с краниоскелетной травмой за период 1999 – 2004 гг.

При диагностике повреждений ориентировались на данные рентгенологического, неврологического, ЭХО-, КТ- и МРТ-исследования. Сознание больных оценивали по интегральной системе-шкале Глазго, производили рентгенографию черепа, поврежденных сегментов ОДА. Показанием к применению КТ и МРТ считали нарушение сознания, наличие очаговой неврологической симптоматики, верифицированный перелом костей черепа, ОЧМТ, ЗЧМТ с неэффективностью или ухудшением неврологического статуса в процессе лечения, которое базировалось на обеспечении адекватного газообмена, поддержании АД, раннего проведения противошоковых мероприятий.

Показанием к срочной операции по поводу травм черепа считали наличие гематомы (эпидуральной, субдуральной, внутримозговой), открытое повреждение мозга.

В зависимости от тяжести сочетанной травмы пострадавшие были разделены на три группы. 1-я группа (93 пациента) с легкой ЧМТ и переломами верхней или нижней конечностей (голень). Наблюдалось нарушение сознания по типу умеренного оглушения – у 54 (58 %), явления шока I – II степени – у 39 (42 %). В первые часы после госпитализации остеосинтез проведен у 57 (61,3 %), отсроченный (на третьи сутки после травмы) – у 36 (38,7 %) больных.

2-я группа (49 человек) – ушиб головного мозга средней степени тяжести в сочетании с переломами сегментов верхних конечностей, или легкой ЧМТ в сочетании с переломами бедра, либо

множественными переломами верхних и нижних конечностей. Это тяжелые больные, в состоянии шока II – III степени, с расстройством витальных функций, с нарушением сознания по типу оглушения или сопор (8 – 12 баллов по шкале Глазго). У 38 (75,5 %) пострадавших отмечалась выраженная очаговая неврологическая симптоматика. Им проводилась противошоковая терапия. Хирургическое вмешательство проводилось только по жизненным показаниям по поводу компрессии и повреждения мозга. После восстановления самостоятельного дыхания, нормализации АД, восстановления функции других органов и систем выполняли наружный или внутренний остеосинтез. Абсолютным показанием к остеосинтезу являлись открытые переломы конечностей, в том числе и бедра, относительными – остеосинтез голени и плеча.

К 3-й группе были отнесены 27 человек с крайне тяжелыми сочетанными повреждениями: ушиб головного мозга III степени в сочетании с переломами длинных костей или таза. А также в эту группу входили пациенты с ушибами головного мозга II степени и множественными переломами ОДА.

У этих больных наблюдалось расстройство сознания по типу комы (3 – 7 баллов), грубые краниобазальные и полушарные симптомы, шок III степени. Пострадавшие помещались в реанимацию, где им проводилась интенсивная терапия. После восстановления витальных функций и стабилизации общего состояния выполняли стабильную иммобилизацию (гипсовая повязка или аппарат внешней фиксации). Средняя продолжительность лечения при первичном остеосинтезе составляла  $9 \pm 1,4$  дней, при отсроченном –  $42 \pm 2,04$ ; 3-й группы –  $50 \pm 1,69$  и  $53 \pm 2,02$ . Отдаленные результаты лечения изучены у 47 (28,2 %) больных госпитализированных в клинику через 3,8 года. Хороший результат получен в 37 (80,1 %), удовлетворительный – в 8 (16,1 %), плохой – в 2 (3,8 %) случаях.

### ВЫВОДЫ

Активная тактика выполнения раннего остеосинтеза у пострадавших с сочетанной травмой головного мозга и ОДА позволяет улучшить исходы травм, снизить осложнения и летальность, ускорить реабилитацию больных.