ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВТОРИЧНЫХ ТРАВМ ПРИ ОСТРЫХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМАХ

Кулдашев К.А., Ходжалиев. Ж.Т.,
Кулдашева Я.М., Иномова Г.К. , Расулов Ж.М.
Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи г. Андижан, Узбекистан.

С целью определения показаний к хирургическому и консервативному методам лечения вторичных повреждений при сочетанных черепно-мозговых травмах был осуществлен ретроспективный анализ 181 истории болезни больных с очаговыми ушибами. Из анализа были исключены 10 больных, которые были оперированы в других учреждениях до поступления в Андижанский филиал РНЦЭМП без предварительного компьютерно-томографического исследования. Анализ динамики глубины бессознательного состояния среди оперированных и неоперированных больных показал, что неоперированные больные по уровню сознания были относительно стабильны в течение первых 11 суток после травмы, тогда как больные, которые были оперированы в РНЦЭМП часто демонстрировали клиническое ухудшение, связанное в основном с угнетением уровня сознания, а иногда, и нарастанием очагового урологического дефицита. При объеме менее 30 мл все больные лечились консервативно, а при объеме свыше 40 мл осуществлялось только хирургическое лечение. В случае объема очага ушиба от 30 до 40 мл использовали как хирургическое, так и консервативное лечение. Из 9 не оперированных больных с объемом свыше 30 мл скончались трое (один больной скончался вследствие не удаленной внутримозговой гематомы, остальные от внечерепных причин). Следовательно, условную границу между объемом очага ушиба-размозжения в хирургических и не хирургических группах можно провести на

уровне 30 мл. Однако, если имеется проникающая черепно-мозговая травма или вдавленные переломы, оперативное лечение безусловно показано даже если пострадавший соответствует вышеперечисленным критериям. Таким образом, выбор метода лечения больных с очаговыми ушибами размозжениями основывается на клинических и компьютерно-томографических показателях. Успех лечения и правильный выбор тактики в настоящее время невозможен без учета вторичных внутричерепных и внечерепных факторов и их выраженности, а также без учета удельного веса очаговых и диффузных повреждений мозга.

WORDLY KNOWLEDGE