



РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ У ДЕТЕЙ

Золотова Н.Н.

т.ф.д., доцент

<https://orcid.org/>

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, 100140,
Узбекистан Ташкент, ул. Богишамол, 223, тел: 8 71 260 36 58

E.mail: interdep@tashpmi.uz

<https://www.doi.org/10.5281/zenodo.10618730>

ARTICLE INFO

Received: 26th January 2024

Accepted: 03rd February 2024

Online: 05th February 2024

KEY WORDS

ABSTRACT

При анализе результатов лечения преследовалась цель выявить наиболее эффективные методы лечения в зависимости от тяжести повреждения. Консервативное лечение у детей, являясь наиболее предпочтительным, позволил получить хорошие и удовлетворительные результаты в подавляющем большинстве случаев (96 %). Полученные результаты лечения у больных с сочетанной черепно-мозговой травмой и повреждений конечностей свидетельствуют о рационально разработанной лечебной тактике. Комплексное лечение данной категории больных с использованием иммуномодуляторов, ГБО-терапии, раннего восстановительного лечения, аппаратного метода лечения, позволило сократить сроки стационарного лечения больных почти в 2 раза.

Актуальность. Сочетанные повреждения характеризуются трудностью диагностики, длительностью лечения, сложностью определения возможного и необходимого объема оперативной помощи [1]. Наиболее информативными показателями эффективности лечения, являются отдаленные результаты лечения. [2]. У больных с политравмой имели место осложнения травматического и нетравматического генеза, которые играли основную роль среди причин летальных исходов. Диагностика тяжести повреждений черепа и головного мозга у данной категории пострадавших представляет значительные трудности [5],

Цель. Выявить наиболее эффективные методы лечения в зависимости от тяжести сочетанных повреждений. Из 214 детей, получивших сочетанную травму головного мозга и конечностей, отдаленные результаты прослежены у 150 больных, из них у 76 в ближайшем периоде (до 6 месяцев), у 74 в отдаленном (от 6 месяцев до 10 лет и больше). Пострадавшие, находившиеся под нашим наблюдением, выписаны после комплекса лечебно-диагностических мероприятий на амбулаторное наблюдение. При изучении и оценке отдаленных результатов лечения мы основывались на клинико-неврологических, рентгенологических, электроэнцефалографических (ЭЭГ) данных и



осмотре глазного дна. Клинически обращали внимание на жалобы больных: боли при пальпации и нагрузке по оси конечности, деформации, головные боли, ухудшение памяти, нистагм, судороги и др., рентгенологически на наличие деформации и смещения костных отломков, характер и состояние костной мозоли и др.

На основании клинических форм последствий черепно – мозговой травмы [4] и собственных данных, результаты лечения разделили на три группы:

1. Хорошие – отсутствие клинико-рентгенологических изменений, т.е. отсутствие деформаций, имелась сформированная костная мозоль. Отмечался полный объем движений в суставах, отсутствие неврологической симптоматики и изменений на краниограммах.

2. Удовлетворительные – боли при нагрузке на конечность, неправильное сращение костных отломков, функция конечности не нарушена, ограничение движения (сгибание и разгибание) в суставах до 25°, незначительные остаточные явления в неврологической картине в виде посттравматической энцефалопатии, психической и вегетативной дисфункции, при отсутствии изменений на краниограммах. На ЭЭГ – дисфункция подкорковых структур головного мозга. При обследовании глазного дна в отдаленные сроки после перенесенной сочетанной нетяжелой черепно-мозговой травмы в большинстве случаев выявлено нормальное состояние глазного дна, однако у части больных отмечено умеренное расширение и извитость вен, что свидетельствовало об ангиопатии сетчатки. Посттравматические психические дисфункции среди последствий черепно-мозговой травмы наблюдались тогда, когда не было конкурирующей по своей клинической значимости другой симптоматики. Среди посттравматических психических дисфункций преобладали синдромы пограничного уровня, а именно: астенические, неврозоподобные. Астенические состояния, особенно бывают выражены у детей с эмоциональной неустойчивостью, повышенной тревожностью, частыми аффективными пароксизмами гнева, злобы, внутренней напряженности, несдержанности и взрывчатости, не спровоцированных колебаний настроения. При выявлении у больных психопатологических синдромов (19 больных), они направлялись к психиатрам и психологам в психоневрологические диспансеры по месту жительства. Посттравматические вегетативные дисфункции представлены как синдром вегетодистонии, который по структуре является психо-вегетативным. Объективно отмечались преходящие изменения мышечного тонуса, анизорефлексии и т.д.

3. Неудовлетворительные – наличие постоянных болей, деформации в области повреждения с нарушением функции конечности и ее укорочение в результате неправильно сросшихся переломов более чем на 2 см, посттравматический арахноидит. На ЭЭГ – чередование дисфункции подкорковых структур с очагами эпиактивности отделов, поврежденных при травме. У части больных после перенесенной тяжелой черепно-мозговой травмы отмечалось частичное снижение остроты зрения. Ни в одном случае не было застоя сосков зрительного нерва, т.е. признаков повышения внутричерепного давления. Выявлялся посттравматический арахноидит в виде общемозговых симптомов: постоянная головная боль, головокружение, тошнота, непереносимость других раздражителей, общая слабость,



быстрая утомляемость и т.д. Из очаговых неврологических симптомов- слабость отводящего нерва, сглаженность носогубной складки, асимметрия сухожильных рефлексов.

В первой группе (крайне тяжелая черепно-мозговая травма с крайне тяжелыми повреждениями конечностей), из 5 больных, у 4-х - получен удовлетворительный результат, 4 больных скончались.

Во второй группе (тяжелая черепно-мозговая травма с тяжелыми повреждениями конечностей) из 18 пострадавших в ближайшем периоде получены 8 хороших и 10 удовлетворительных результатов; в отдаленном периоде из 12 больных получены хорошие – 5, удовлетворительные – 6, 1 больной скончался.

В третьей группе (тяжелая черепно-мозговая травма с нетяжелыми повреждениями конечностей) – 28 больных. Хорошие результаты в ближайшем периоде получены у 20 больных и 8 – удовлетворительные, в отдаленные сроки из 14 больных у 9 – хорошие и 5 – удовлетворительные результаты.

В четвертой группе (нетяжелая черепно-мозговая травма с тяжелыми повреждениями конечностей) – 55 больных, в ближайшем периоде, у 40 – получены хорошие и 14 – удовлетворительный результат, один пострадавший скончался через 1 месяц после травматических костно-септических осложнений. В отдаленные сроки из 41 больных – у 35 получены хорошие и у 6 – удовлетворительные результаты.

В пятой группе (нетяжелая черепно-мозговая травма с нетяжелыми повреждениями конечностей) – 108 больных. В ближайшем периоде у 100 пострадавших получены – хорошие, у 8 – удовлетворительные результаты, в отдаленном периоде из 83 больных, у 81 получены хорошие, у 2 – удовлетворительные результаты лечения.

Учитывая, что разделение больных по результатам лечения в некоторой степени является субъективной, мы предприняли попытку объективизировать данные отдалённых результатов, балльной оценкой. Ссылаясь на Л.Б.Лихтермана, А.Н.Коновалова [4] и Э.В.Кобзева [3], мы разработали балльную оценку результатов лечения, в которую были включены последствия перенесенной сочетанной черепно – мозговой травмы с повреждением конечностей (табл.1). При наличии сочетаний, баллы суммировались.

Таблица 1.

Балльная оценка последствий сочетанной черепно-мозговой травмы с повреждением конечностей

№	Последствия перенесенной черепно-мозговой травмы	Балльная оценка
1	Практически здоров	0
2	Посттравматические вегетативные дисфункции	0,1
3	Посттравматические энцефалопатии	0,5
4	Посттравматический арахноидит	5,0
Последствия повреждений конечностей		
1	Практически здоров	0
2	Контрактуры в суставах до 25 градусов	0,5



Таким образом, при хороших результатах, были получены 0 баллов, при удовлетворительных результатах получено от 0,1 до 0,6 баллов, при неудовлетворительных результатах – от 5 до 10 баллов.

Хорошие результаты лечения получали в тех случаях, когда после проведения противошоковых мероприятий в первые 6 часов с момента поступления больного в стационар производили закрытую репозицию отломков костей, восстанавливая ось конечности и иммобилизируя ее в зависимости от вида перелома: гипсовой лонгетой – при стабильных переломах; скелетное вытяжение, интрамедуллярный остеосинтез или чрескостный остеосинтез аппаратами внешней фиксации (Илизарова, Калнберза и нашей конструкции) при переломах бедра и голени, а также проведенное комплексное лечение черепно-мозговой травмы. При изучении ближайших и отдаленных результатов лечения ограничений движений в суставах и контрактур не отмечалось. Выжидательная тактика у больных с тяжелыми повреждениями конечностей мало обоснована, что приводило только к удовлетворительным результатам. Если состояние больного отягощалось вторично развивающимися осложнениями: интоксикацией, замедленным сращением костей и др., то это сочетание приводило к неудовлетворительным результатам лечения.

Заключение. При анализе результатов лечения преследовалась цель выявить наиболее эффективные методы лечения в зависимости от тяжести повреждения. Из 161 обследованных больных у большинства применялся консервативный метод лечения с использованием гипсовой иммобилизации, у 52 скелетное и лейкопластырное вытяжение, аппаратное лечение у 12 и оперативный метод у 11. У одного больного отмечалось осложнение в виде посттравматического остеомиелита бедренной кости с укорочением конечности более 2 см. Консервативное лечение у детей, являясь наиболее предпочтительным, позволил получить хорошие и удовлетворительные результаты в подавляющем большинстве случаев (96 %). Полученные результаты лечения у больных с сочетанной черепно-мозговой травмой и повреждениями верхних и нижних конечностей свидетельствуют о рационально разработанной лечебной тактике. Исходя из этого, можно заключить, что комплексное лечение данной категории больных с использованием иммуномодуляторов, ГБО-терапии, раннего восстановительного лечения, аппаратного лечения, позволило сократить сроки стационарного лечения больных почти в 2 раза.

References:

1. Жапаров Т.С., Иманалиев А.Б. Особенности диагностики и клинического течения сочетанной черепно-мозговой травмы с повреждениями длинных костей скелета. // Травматология жэне ортопедия. — Астана, 2003. — №2. — С.26–28.



2. Золотова Н.Н. Диагностика, лечение и прогнозирование исходов сочетанной черепно- мозговой травмы с повреждением конечностей у детей. Автореф. дисс док. мед. наук.- Ташкент,-2008.- 37с.
3. Кобзев Э.В. Системы оценки исходов и контроля за течением травматической болезни // Ортопедия, травматология и протезирование. - Москва, 1988. — № 3. — С.70 – 74.
4. Лихтерман Л.Б., Коновалов А.Н. // Клиническая классификация последствий черепно – мозговой травмы . Метод. рекомендация.– М. 1991.–30с.
5. Seekamp A., Regel G., Bauch S. Long-term results of therapy of polytraums patients with special reference to serial fractures of the lower extremity // Unferllchiring. – 1994. – Vol.97(2). – P. 57-63.