

ԲԺՇԿԱԳԻՏՈՒԹՅՈՒՆ

ՈՒՏԴ 617.8-07:617.33-053.2

Մ. Մ. Մարտիրոսյան

Երեխաների մոտ գանգուղեղի, կրծքավանդակի և նրա օրգանների հետ համակցված վնասվածքների ախտորոշման և բուժման առանձնահատկությունները

(Ներկայացված է ակադեմիկոս Ս. Խ. Ավդալբեկյանի կողմից 12/VI 2003)

Գանգուղեղի, կրծքավանդակի և նրա օրգանների համակցված վնասվածքները (գանգակրծքային կամ կրանիոտորակալ տրավմա) դասվում են առավել ծանր վնասվածքների թվին: Այս դեպքում ախտահարվում են անմիջապես օրգանիզմի կենսական ֆունկցիաները և նրանց փոխադրեցությունը ապահովող օրգանները [1-3]: Այդ վնասվածքների ժամանակ, որպես կլինիկական պատկերում գերիշխող համախտանիշ, նշվում է արտաքին շնչառության խանգարումը, ընդ որում շեշտվում է, որ շնչական խանգարումների ախտաճնությունը բազմապատճառ է և բարդ [4-6]: Գլխուղեղի և կրծքավանդակի օրգանների վնասվածքները ոչ միայն փոխադարձ ծանրացնում, այլև առաջացնում են «փակ շղթա», որի օղակները հենվում են միմյանց վրա, առաջ բերելով լուրջ դժվարություններ ախտորոշման, ինչպես նաև տակտիկական խնդիրների լուծման համար [2,5]: Երեխաների մոտ գանգակրծքային համակցված վնասվածքները՝ կապված մանկական օրգանիզմի անատոմաֆունկցիոնալ առանձնահատկությունների հետ, աչքի են ընկնում հիվանդության ընթացքի և ախտորոշման լրացուցիչ դժվարություններով, բարձր մահացությամբ, որը պայմանավորում է խնդրի արդիականությունը:

Հետազոտության նպատակը գանգակրծքային համակցված վնասվածքներով երեխաների մոտ ախտորոշման և բուժական տակտիկայի առանձնահատկությունների ուսումնասիրումն է: Աշխատանքը հիմնվել է համակցված գանգուղեղային վնասվածքներով 430 երեխաների պատմագրերի և մահացու ելքերի դատաբժշկական ակտերի վերլուծության վրա, որոնք բուժվել են Երևանի շտապ օգնության մանկական կլինիկական հիվանդանոցում (392 հիվանդ), մայրաքաղաքի և հանրապետության մարզերի տարբեր հիվանդանոցներում (38 հիվանդ) 1994-2001 թթ. ընթացքում: Գանգակրծքային վնասվածք գրանցվել է 19 հիվանդի մոտ, հիվանդների հասակը՝ 2-15 տարեկան: Ընդունման պահին տրավմատիկ շոկ ախտորոշվել է 10 հիվանդների մոտ (52.6%):

**Գանգուղեղային վնասվածքների կլինիկական ձևերը, կրծքավանդակի
վնասվածքների տեղակայումը և բնույթը**

Գանգուղեղային վնասվածքների կլինիկական ձևերը		Դիտումների քանակը	Կրծքավանդակի վնասվածքների տեղակայումը և բնույթը		
			կրծքավան- դակի /թոքի/ սալջարդ	կողերի կոտրվածք	
				թոքի վնասումով	առանց թոքի վնասման
Ցնցում		4	3	1	
Սալջարդ	թեթև	3	2		1
	միջին	5	4	1	
	ծանր	6	4	2	
Ճնշում	զանգի ներհրված կոտրվածք				
	ներգանգային հեմատոմա	1			
Ընդհանուր		19	13	4	2

Աղյուսակում ներկայացված է գանգուղեղի և կրծքավանդակի համակցված վնասվածքների կլինիկական ձևերի հանդիպման հաճախականությունը: Ինչպես երևում է աղյուսակից, հիվանդների մեկ երրորդի մոտ գանգուղեղային վնասվածքը եղել է թեթև բնույթի, կրծքային վնասվածքների մեջ գերակշռել է թոքի սալջարդը:

Գանգակրծքային համակցված վնասվածքներով հիվանդների ճնշող մեծամասնության վիճակի ծանրությունը թելադրել է բուժական և ախտորոշիչ միջոցառումների միաժամանակյա անցկացման անհրաժեշտություն: Այդ հիվանդների մոտ մեծամասամբ առաջնահերթ խնդիր է հանդիսացել շնչառական խանգարումների վերացումը և պայքարը շոկի դեմ: Հարկ է նշել, որ գանգուղեղային վնասվածքի առկայությունը մեր կողմից չի դիտվել որպես ինֆուզիոն թերապիային խոչընդոտող գործոն: Մյուս կողմից, եթե տրավմատիկ շոկը չի ուղեկցվել արտաքին կամ ներքին արյունահոսությամբ, հեղուկների մեծածավալ ինֆուզիայից և հատկապես արյան փոխներարկումից խուսափել ենք, որպեսզի չնպաստենք թոքի այտուցի կամ սրտային անբավարարության զարգացմանը:

Երեխաների մոտ կրանիոտորակալ ծանր վնասվածքների կլինիկական ախտորոշումը լրացուցիչ դժվարություններ է ներկայացրել՝ նրանց հետ խոսակցական կոնտակտի հաճախակի ոչ արդյունավետ լինելու, ինչպես նաև կրծքավանդակի շրջանում տրավմայի արտաքին հետքերի թույլ արտահայտվածության կամ բացակայելու պատճառով (5 երեխայի մոտ): Մեր աշխատանքի նյութերը, ինչպես նաև գրականության տվյալները վկայում են, որ երեխաների մոտ կրծքավանդակի ոսկրային կարկասի առաձգականությունը և ճկունությունը նպաստում են այն բանին, որ հաճախ արտաքին վնասվածքների և կողերի կոտրվածքների բացակայության պայմաններում նրանց մոտ տեղի է ունենում թոքահյուսվածքի սալջարդ [7,8]:

Սակայն ծանր համակցված գանգուղեղային վնասվածքի ժամանակ թոքերի վնասումը, պլևրայի խոռոչում օդի և արյան հայտնաբերումը ոչ միշտ է հնարավոր եղել՝

հոգեշարժական գրգռվածությունը, ցնցումները, մկանային կարկամությունը, արտազանգային այլ վնասվածքների առկայությունը զգալի դժվարություններ են առաջացրել ֆիզիկալ քննության տվյալների ստացման և գնահատման, ինչպես նաև բարդությունների ախտորոշման հարցում: Նման պայմաններում շատ արժեքավոր է եղել պլևրալ խոռոչի պունկցիայի կատարումը, որը թույլ է տվել կարևոր տվյալներ ստանալ՝ շնչական անբավարարության պատճառը պարզելու համար:

Գանգակրծքային համակցված վնասվածքների դեպքում, ոչ հազվադեպ դժվարություններ են առաջացել նաև գանգուղեղային վնասվածքի ծանրության գնահատման հարցում: Առաջին հերթին դա վերաբերվել է գիտակցության խանգարման խորության և «հեմատոմային» ախտանիշների՝ անիզոկորիայի և բրադիկարդիայի գնահատմանը: Հիվանդների մի մասի մոտ գիտակցության խանգարման աստիճանը ակնհայտ անհամապատասխան է եղել գանգուղեղի առաջնային վնասվածքի բնույթին: Մեր տվյալների վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ կրծքավանդակի վնասման հետևանքով զարգացող հիպոքսիան կարող է գիտակցության խանգարման պատճառ լինել և գլխուղեղի ծանր վնասվածքի տպավորություն ստեղծել: Որպես կանոն, կլինիկական պատկերում կրծքավանդակի տրավմայի առաջատար դերը հաջողվում է պարզել անամնեստիկ տվյալների հիման վրա, որոնցում նշվում է գիտակցության խանգարման համեմատ՝ շնչական խանգարումների ավելի վաղ զարգացում, ինչպես նաև շնչառության կարգավորումից հետո գիտակցության պարզեցում: Մեր դիտարկումներում 3 հիվանդի մոտ նշվել է բրադիկարդիա՝ առանց գանգուղեղի ճնշման այլ երևույթների: Նրանցից մեկի մոտ նկատվել է նաև չափավոր անիզոկորիա: Այդ հիվանդների մոտ վերին կողերի և պարանոցի շրջանում վնասվածքների հայտնաբերումը հիմք է տվել վերոհիշյալ ախտանիշների զարգացումը կապել թափառող նյարդերի ճյուղերի և պարանոցի շրջանում սիմպատիկ նյարդային հանգույցների գրգռման հետ: Շնչառական և արյան շրջանառության խանգարումների վերացումը նպաստել է երկրորդային նյարդաբանական ախտանիշների ետ զարգացմանը և գլխուղեղի վնասվածքի ծանրության ճիշտ գնահատմանը:

Դրա հետ միասին պետք է նշել, որ համակցված գանգուղեղային վնասվածքների դեպքում նույնիսկ կրծքավանդակի թեթև վնասումները կարող են բերել հիպոքսիայի և գանգուղեղային տրավմայի դեկոմպենսացված ընթացքի, որի հետ կապված և շտապ միջամտության ձեռնարկելու անհրաժեշտության:

Այսպիսով, գանգակրծքային վնասվածքները երեխաների մոտ աչքի են ընկնում կլինիկական ընթացքի և ախտորոշման նշանակալից դժվարություններով: Այդ հիվանդների մոտ մեծամասամբ առաջնահերթ խնդիր է հանդիսանում շնչառական խանգարումների վերացումը և պայքարը շոկի դեմ:

Այդ խնդիրների լուծումը հնարավորություն է տալիս պայմաններ ստեղծել հիվանդների հետագա հետազոտման համար, ինչպես նաև ճիշտ գնահատել գանգուղեղային վնասվածքի ծանրությունը:

Երևանի շտապ օգնության մանկական կլինիկական հիվանդանոց

Особенности диагностики и лечения при кранио-торакальной травме у детей

Изучены истории болезней 430 детей с сочетанными черепно-мозговыми травмами. Кранио-торакальная травма наблюдалась у 19 больных. Возраст больных от 2 до 15 лет. Кранио-торакальные повреждения у детей отличаются особенностями клинического течения и трудностью диагностики. Первоочередной задачей в подобных случаях являются устранение у большинства больных дыхательных расстройств и борьба против травматического шока. Решение этих задач позволяет создать условия для дообследования больных, оценить истинную тяжесть черепно-мозговой травмы.

Литература

1. Бисенков Л. Н., Кочнев В. Ю., Зайцева К. К. - Вестн. хирургии. 1985. N9. С.75-78.
2. Вагнер Е. А., Брунс В. А. - Вестн. травматологии и ортопедии. 1998. N 2. С. 3-7.
3. Luce John M. - Crit. Care Med. 1998. V. 26. N 2. P. 369-376.
4. Денисов А. С. В кн.: Множественная и сочетанная травма. Пермь. 1990. С. 5-8.
5. Соколов В. А. - Вестн. травматологии и ортопедии. 1998. N 2. С. 54-65.
6. Шапот Ю. Б., Ренизов В. Б., Селезнев С. А. и др. Сочетанные травмы груди и живота. Кишинев. 1990.
7. Медведев В. А. В кн.: Множественная и сочетанная травма. Пермь. 1990. С. 51-53.
8. Davis S. L., Furman D. P., Costarino A. T. - J. Pediatr. 1993. V.123. P. 35-45.