

Երեխաների մոտ բազմաթիվ արտագանգային վնասվածքների հետ համակցված գանգոտեղային տրավմաների ընթացքի և բուժական տակտիկայի որոշ առանձնահատկությունները

Ն.Ն. Դավաթյան, Մ.Մ. Մարգիրոսյան, Վ.Լ. Մելիքյան

Մ. Հերացու անվ. ԵրԴԲՀ, մանկական վիրաբուժության ամբիոն,
Շտապ օգնության մանկական կլինիկական հիվանդանոց
375039, Երևան, Արտաշեսյան 46ա,

Բանալի բառեր. մանկական տրավմատիզմ, համակցված վնասվածքներ, գանգոտեղային վնասվածքներ, տրավմատիկ շոկ, ախտորոշման առանձնահատկություններ

Բազմաթիվ արտագանգային վնասվածքների հետ համակցված բազմահամակցված գանգոտեղային վնասվածքները (ԳՈՒՎ) հանդիսանում են համակցված ԳՈՒՎ-ի ամենաբարդ խումբը: Այս խմբի տուժածների մոտ, ինչպես ոչ մի ուրիշ խմբում, լրիվ չափով դրսևորվում են համակցված տրավմաներին բնորոշ «փոխադարձ ծանրացման», «բազմաթիվ արատավոր օղակների», «ախտանիշների փոխադարձ ծածկման և բողբոջման» համախտանիշները: Բնականաբար, ախտորոշիչ և տակտիկական խնդիրների լուծումը այս խմբի տուժածների մոտ ներկայացնում է առանձնահատուկ դժվարություն:

Ախտորոշման սխալների և մահացության տոկոսը այս խմբում մնում է ամենաբարձր թվերի վրա (32.4-50%), այդ թվում և երեխաների մոտ [15,16]: Շատ հեղինակներ ուշադրություն են հրավիրում այն հանգամանքի վրա, որ մահացությունը բազմահամակցված վնասվածքների դեպքում ուղիղ համեմատական է օրգանիզմի վնասված համակարգերի քանակին, ընդ որում ամենաբարձր մահացությունը դիտվում է երբ ԳՈՒՎ-ը համակցվում է ներքին օրգանների վնասվածքների և կոնքի բարդացած կտրվածքների հետ [4,6,12,14]:

Երեխաների մոտ բազմահամակցված ԳՈՒՎ-ի առանձնահատկությունը կայանում է նաև նրանում, որ ծանր վնասվածքի է ենթարկվում աճող, զարգացող օրգանիզմը: Վերջինս համակցված տրավմայի բաղադրիչների մույնիսկ թեթև բնույթի դեպքում հաճախ արձագանքում է խիստ արտահայտված և ընդհանուր բնույթի ռեակցիաներով, ինչն առավել դժվարացնում է օպերատիվ ախտորոշիչ-բուժական տակտիկայի ընտրությունը [3]:

Աշխատանքի նպատակն է ուսումնասիրել երե-

խաների մոտ բազմահամակցված ԳՈՒՎ-ի ընթացքի և կլինիկական ախտորոշման առանձնահատկությունները:

Նյութը և մեթոդները

Աշխատանքը հիմնվել է համակցված գանգոտեղային վնասվածքներով 430 երեխաների կլինիկական պատմագրերի 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: Բազմահամակցված ԳՈՒՎ-ը տուժածների խմբում եղել են 2-15 տարեկան 51 երեխա (11.7%), այդ թվում 19 աղջիկ, 32 տղա:

Տրավմայի պատճառը 46 երեխայի մոտ եղել է ավտոճանապարհային պատահարները, 6 երեխայի մոտ՝ բարձրությունից վայր ընկնելը (կատատրավմա):

Գանգոտեղային վնասվածքների կլինիկական ձևերը, արտագանգային վնասվածքների տեղակայությունը և բնույթը ներկայացված են Աղյուսակում:

Ինչպես երևում է ԳՈՒՎ-ով 51 հիվանդների մոտ արտագանգային վնասվածքների ընդհանուր քանակը կազմել է 110, այսինքն մեկ միավոր գանգոտեղային վնասվածքին «ուղեկցել» են մոտ 2.2 արտագանգային վնասվածքներ (համակցման ինդեքս): Ընդ որում, արտագանգային վնասվածքները հաճախ ունեցել են բազմակի բնույթ. մասնավորապես, վերջույթների կտրվածքները մեծամասամբ եղել են 2 և ավելի ոսկրերի շրջանում (պոլիֆոկալ կտրվածքներ): Նման ձևով ոչ հազվադեպ բացահայտվել են որովայնի և

**Գանգոտեղային վնասվածքների կլինիկական ձևերը, արտագանգային
վնասվածքների տեղակայությունը և բնույթը**

Գանգոտեղային վնասվածքների կլինիկական ձևը		արտագանգային վնասվածքների տեղակայությունը և բնույթը					արտագանգային վնասվածքների ընդհանուր քանակը
		կրծքա- վանդակի	վերջույթ- ների և կոնքի	որովայնի և հետ- որովայնամզային օրգանների	ողնաշա- րողնուղե- ղային	դիմա- ծնոտային	
ցնցում		12	4	12	5	1	29
ուղեղի սալջայող	թեթև	14	3	9	3	1	24
	միջին	12	3	5	2	5	15
	ծանր	9	5	9	5	2	28
ճնշում	զանգի ներ- հրված կոտրվածք	1	1	2	1		4
	ներգանգային հեմատոմա	3	2	4	1	2	10
ընդհանուր %	51	18	41	17	5	29	110

կրծքավանդակի օրգանների բազմակի վնասվածքներ, այդ տեսակետից իրական համակցման ինդեքսը եղել է ավելի մեծ՝ 2.45:

Աղյուսակից երևում է նաև, որ գանգոտեղային վնասվածքը առավել հաճախ համակցվել է վերջույթների, դիմա-ծնոտային շրջանի, կրծքավանդակի և որովայնի օրգանների վնասվածքների հետ:

Բազմահամակցված ԳՈՒՎ-ի խմբում առանձին բաղադրիչների հանդիպման հաճախականության մոտավորապես մեծ համամասնությունը նշվում է և այլ հեղինակների կողմից [1, 2]:

Պետք է նշել, որ համեմատած այսպես կոչված մոնոհամակցված ԳՈՒՎ-ի խմբերի հետ, բազմահամակցված ԳՈՒՎ-ի խմբում ակնհայտ աճել է ողնուղեղային և կրծքավանդակի վնասվածքների հաճախականությունը՝ համապատասխանաբար 3.5 և 8 անգամ: Դա կարելի է բացատրել մի կողմից ընդհանուր վնասվածքի ավելի ծանր բնույթով, մյուս կողմից՝ ախտորոշումների առավել լրիվ հաշվառումով, քանի որ այդ խմբի հիվանդների մեծ մասի մահանալու հետևանքով վերջնական ախտորոշումները արձանագրվել են դատաբժշկական հետազոտման ակտերի հիման վրա:

Դեպքերի ճնշող մեծամասնությամբ հիվանդները ենթարկվել են համալիր հետազոտման՝ անհետաձգելի բուժօգնության իրավիճակի համար նախատեսված ախտորոշման ժամանակակից մեթոդների կիրառմամբ: Բացի ընդհանուր վիրաբուժական, ներքրգիական, լաբորատոր քննություններից կատարվել են տարբեր օրգանների ռենտգենաբանական հետազոտություններ, համակարգչային շերտագրում (ՀՇ), ուլտրաձայնային հետազոտում (ՈՒՁՀ), Էխտենցեֆալոսկոպիա (ԷխտԷՍ), գոտկային պունկցիա: Մի շարք

դեպքերում կատարվել են միգրոլինների ռենտգեն-կոնտրաստային քննություններ, ախտորոշիչ վիրահատություններ՝ լապարացենտեզ, զանգի տրեֆինացիա, պլերալ պունկցիա:

Աղյուսակները և նրանց քննարկումը

Բազմահամակցված ԳՈՒՎ-ի համար բացի գլխուղեղի ախտահարումից, բնորոշ է տրավմատիկ շոկը, արյան կորուստը, սուր շնչառական անբավարարությունը, վնասված հյուսվածքների քայքայում առաջացող թունավորման երևույթները: Հիվանդների վիճակի գնահատման հարցում առավել նշանակություն է տրվել շնչական խանգարումներին, արյան կորստին և գիտակցության վիճակին: Բազմակի արտագանգային վնասվածքների առկայությունը ԳՈՒՎ-ի ֆոնի վրա պայմանավորել է տրավմատիկ շոկի զարգացումը բոլոր տուժածների մոտ: Կարևոր է նշել, որ այդ խմբի հիվանդների մոտ շոկի զարգացումը գրեթե մշտապես պարունակել է նաև հեմոդինամիկ բաղադրիչը (100-200 մլ-ից մինչև 1.5 և ավելի), որը և հիմնականում պայմանավորել է շոկի կլինիկական բնութագիրը և ծանրությունը: Տուժածների ճնշող մեծամասնությունը հիվանդանոց է ընդունվել II-III աստիճանի շոկով: Գիտակցության վիճակը 3 հիվանդի մոտ գնահատվել է որպես թեթև շնչառություն, 12 հիվանդի մոտ՝ խորը շնչառություն: Մնացած 36 հիվանդների մոտ այն գնահատվել է սուպրոդ և տարբեր աստիճանի կոմատոզ: Այս խմբի տուժածների մոտ, նկատվել է նաև վիճակի արագ ընթաց վատացում, վնասվածք ստանալուց 0.5-1 ժամ անց արդեն հիվանդանոց ընդունվելիս 29 հիվանդի

մոտ վիճակը գնահատվել է ծայրահեղ ծանր և սահմանային (տերմինալ):

Պարզվել է, որ ի տարբերություն մոնոհամակցված ԳՈՒՎ-ի, բազմահամակցված ԳՈՒՎ-ի դեպքում երեխաների բացարձակ մեծամասնությունը՝ 45 տուժած (87,5%) հիվանդանոց են ընդունվել շոկի տորպիդ փուլում: Դրա հետ միասին, մանկական օրգանիզմի առանձնահատկության հետևանքով աչքի են ընկել շոկի հեմոդինամիկ ցուցանիշների աղքատությունը՝ ընդունվելիս հիվանդների 23.5 %-ի մոտ գրանցվել է զարկերակային ճնշման (Ջ/Տ) նորմալ թվեր, և միայն 76.5%-ի մոտ հայտնաբերվել է զարկերակային հիպոտենզիա՝ ընդլիար ծայրամասային անոթագրքի բացակայությամբ:

Ընչառական խանգարումների պատճառները տուժածների այս խմբում կարող են լինել՝ ինչպես գլխուղեղի առաջնային ախտահարման, այնպես էլ շնչուղիների մեխանիկական խցանումների, կրծքավանդակի, ողնուղեղային վնասվածքների, շոկի, արյան կորստի, թունավորման հետևանքով:

Մի քանի պատճառների համակցման դեպքում կարող է զարգանալ շնչառական ծանր անբավարարություն, որը տարբեր անվանումներով են կոչում՝ «շոկային թոք», «մեծահասակների սուր շնչական խանգարման (դիստրես) համախտանիշ» և այլն [13, 19, 17]: Ինչպես նշվել էր, այս խմբի տուժածների մոտ տեղի է ունենում տարբեր վնասվածքների ախտանիշների փոխադարձ ծածկում և բողբոջում, արտագանգային բազմաթիվ վնասվածքների առկայության հետևանքով նկրտողիական և ֆիզիկալ քննությունների կատարման խիստ սահմանափակում, որի հետևանքով զանգուղեղային և արտագանգային վնասվածքների բացահայտումը և ծանրության գնահատումը մեծ դժվարություններ են ներկայացնում: Դրա հետևանքով առանձնացված զանգուղեղային տրավմայի նկրտողիական քննության համեմատությամբ, բազմահամակցված ԳՈՒՎ-ի դեպքում տեղի է ունենում հետագոտման մեթոդների կատարման հաջողակամության և նրանց ախտորոշիչ նշանակության յուրահատուկ տեղաշարժ: Գանգոլեղային վնասվածքների ախտորոշման հարցում առաջնահերթ նշանակություն են ստացել տուժածի գիտակցության խանգարման աստիճանը, հեմոդինամիկայի և շնչառական ֆունկցիայի ցուցանիշները, ակնային ախտանիշները, զանգաղիմային շրջանում վնասվածքի տեղային նշանների առկայությունը, ախտաբանական պլյուսմիդային ախտանիշները, նախահիվանդանոցային և վաղ հիվանդանոցային էտապներում կատարված հակաշոկային բուժման նկատմամբ օրգանիզմի ռեակցիայի բնույթը: Դիտենք կլինիկական օրինակ.

Հիվանդ Ս. 14 տարեկան ընդունվել է մեծահասակների ԾՕ ԳԲԿ վերականգնման բաժանմունք 14.02.1996թ. ժ. 01.20՝ ավտոմեքայից 1 ժ. անց ծայրահեղ ծանր վիճակում: Ընդունման ախտորոշումը. համակցված ԳՈՒՎ, զանգուղեղի ծանր սալջարդ, սու-

բարախնդիլալ արյունազեղում, ձախ սրունքի վերին 1/3-ի զույգ ոսկրների փակ կոտրվածք:

Ընդունվելիս գիտակցությունը սուսորոգ է, Ջ/Տ 90/60, պուլսը 124, շնչառությունը 28, աջ ականջից և քրանցքներից կա թույլ արյունային արտադրություն: Ձախ սրունքը ակնհայտ ձևափոխված է, որոշվում է ախտաբանական շարժունություն: Ձեռնակվել է ինֆուզիոն քերասիա, ցավազրկում, գուգահեռ կատարված ռենտգենաբանական քննությամբ զանգի կողմից ոսկրային վնասվածք չի նշվել, հայտնաբերվել է ձախ մեծ ողորի դիաֆիզի առանց տեղաշարժի կրկնակի կոտրվածք միջին և վերին 1/3-ի շրջանում, փոքր ողորի կոտրվածք տեղաշարժով: Սրունքի ոսկրների կոտրվածքի կապակցությամբ կրունկոսկրից դրվել է կմախքային ձգում: Ընդունումից 1.5 ժամ անց Ջ/Տ 110/70, պուլսը 110, նշվում է սուսորոգ վիճակ, քեթև արտահայտված մենինգեալ ախտանիշներ, վերջույթների վրա ռեֆլեքսները համաչափ են, ախտաբանական ռեֆլեքսներ չեն նշվում, Մ-Էխտ-ի շեղում չի հայտնաբերվում:

14.02 ժ.10.30 գիտակցությունը դարձել է խորը շնամ, ձախից ցայլքի շրջանի և 4-5-րդ կողերի շոշափման ժամանակ հայտնաբերվում է ցավային ռեակցիա: Լրացուցիչ ռենտգենաբանական քննությամբ հաստատվել է ցայտակրի վերին ճյուղի կոտրվածք ոչ մեծ տեղաշարժով: Հաջորդ օրերի ընթացքում նշվում է շնչառական ֆունկցիայի վատթարացում՝ բարձր ջերմային ռեակցիա, գիտակցության խանգարման խորացում: Կրծքավանդակի ռենտգենաբանական քննությամբ նշվում է աջակողմյան ասպիրացիոն խոշոր օջախային բորբոքի պատկեր, կասկածվում է հիդրոթորաքս: Չնայած ինտենսիվ հակամանրէային բուժմանը 26.02.1996թ. առող շնչառական անբավարարությունից երեխան մահանցել է: Դիախերձման ժամանակ հայտնաբերվել է երկկողմանի բարախնակալված բորբոք, պլյուրալ խոռոչներում՝ յուրաքանչյուր կողմից 350-400 մլ բարախային էքսուդատի առկայություն:

Ինչպես երևում է վերոհիշյալ օրինակից, ախտորոշման բարդությունները վերաբերվում են ոչ միայն զանգուղեղային, այլև հենաշարժական ապարատի և ներքին օրգանների վնասվածքներին: Պետք է շեշտել, որ այս դեպքում զանգուղեղային վնասվածքի ախտորոշման համար հինք է ծառայել հիմնականում արյունահոսությունը ականջից և գիտակցության խանգարումը, թեև վերջինիս խորության աստիճանը զգալի չափով կախված էր մահ շնչառական ֆունկցիայի և շոկային վիճակից: Ընդունվելիս, երեխայի մոտ շոկի ախտորոշումը չի դրվել, որը մասամբ հետևանք է այն բանի, որ մեծահասակների մոտ շոկային վիճակների ախտորոշման հարցում հիմնականում առաջնորդվում են հեմոդինամիկ ցուցանիշներով: Վերոհիշյալ օրինակում, կոնքի և կողերի կոտրվածքների հայտնաբերմանը նպաստել է հիվանդի գիտակցության և ցավային զգացողության համեմատական վերա-

կանգնումը: Հիվանդության վաղ բարդացումը բորբոքով բավականին բնորոշ է համարվում տուժածների այս խմբում, և հավանաբար դա տեղի է ունեցել բորբոքի սալջարդի ֆոնի վրա, որի կլինիկական ախտորոշումը ինչպես վկայում են մեր կլինիկական դիտարկումները և գրականության տվյալները երեխաների մոտ հազվադեպ է կատարվում:

Կենսական ֆունկցիաների խանգարումներով այս խմբի հիվանդների մոտ ավանդական ախտորոշիչ հետազոտությունների կատարումը ոչ միշտ է հնարավոր: Հիվանդների մի մասի ծայրահեղ ծանր վիճակը բելադոնեի է սկզբում անարյուն, հիվանդի վիճակը չծանրացնող և հակացուցումներ չունեցող հետազոտությունների կիրառումը (ՀՇ, ռենտգենաբանական, ՌԲՉ, ԷխտԵՍ, միզապարկի կաթետերափորում):

Էապես սահմանափակվել է գոտկային պունկցիայի և լիկվորի հետազոտության կատարումը, որի հետևանքով ծանր ԳՌԻՎ-ի որոշ դեպքերում (ինչպես և վերոհիշյալ օրինակում) սուբարախոնոիդալ արյունագեղման ախտորոշումը դրվել է կլինիկական տվյալների հիման վրա:

Լիկվորի քննության մեծ անհրաժեշտության դեպքում գոտկային պունկցիան կատարվել է տրավմայի 2-4-րդ օրերը՝ ներգանգային հեմատոմայի ժխտումից հետո, և ոչ հազվադեպ՝ հիվանդի առիպիկ դիրքում:

Գանգուղեղի ՀՇ քննություն կատարվել է 4 հիվանդի մոտ կենսական ֆունկցիաների որոշ կայունացումից և տեղափոխելի վիճակի հասնելուց հետո: Գանգուղեղային վնասվածքի նկատմամբ ախտորոշիչ միջոցառումներ կատարելիս առաջնահերթ խնդիրներից է եղել վիրաբուժական միջամտություն պահանջող փոփոխությունների բացահայտումը: ՀՇ հետազոտության հնարավորություն չլինելու պարագայում, այդ խնդրի լուծման համար որոշ հեղինակներ առաջարկում են կատարել անգիոգրաֆիկ հետազոտություն և նույնիսկ պնևմոէնցեֆալոգրաֆիա: Մենք կողմնակից ենք այն կարծիքին, որ ՄԷԽ-ի շեղման առկայության դեպքում՝ ելնելով հիվանդների ծանր վիճակից և վերոհիշյալ հետազոտությունների տրավմատիկ լինելուց նպատակահարմար է մնան իրավիճակներում միանգամից դիմել փնտրող ֆրեզային անցքերի տեղադրման մեթոդին:

Մեր կարծիքով, մանկական նեյրովիրաբուժական պրակտիկայում մնա մոտեցումը ավելի հիմնավորված է, քանի որ մեծահասակների համեմատությամբ երեխաների մոտ անգիոգրաֆիկ հետազոտության կատարումը ավելի դժվար է: Մյուս կողմից, ներկայումս լայնացված ֆրեզային անցքերից ՌԲՉ քրոնության կիրառումը մեծացնում է ներվիրաբուժական ախտորոշման հնարավորությունները [5, 8, 18]:

Բազմահամակցված ծանր ԳՌԻՎ-ի դեպքում համեմատաբար հեշտ են հայտնաբերվել վերջույթների դիսֆիզար կոտրվածքները:

Մեզի մեջ արյան հայտնաբերումը վկայել է միզուղիների վնասման մասին (9 դիտարկում): Ձգալիորեն դժվարացած է եղել որովայնի խոռոչի օրգան-

ների վնասվածքների, ողնաշարի, կողերի՝ հատկապես կրծքավանդակի ետին կողմնային մասերում կոտրվածքների հայտնաբերումը: Որովայնի օրգանների վնասվածքների ախտորոշմանը կարող են օգնել այնպիսի անուղղակի նշանների հայտնաբերումը, ինչպիսիք են որովայնի շրջանում վնասվածքի հետքերի առկայությունը: Աջ կողմում կողերի կոտրվածքներ հայտնաբերելիս պետք է կասկածել լյարդի վնասման մասին, ձախ կողմից՝ փայծաղի:

Եթե գիտակցությունը խորը խանգարված չէ, որովայնի օրգանների վնասման դեպքում, շոշափելիս կարելի է որսալ հիվանդի կողմից ցավային ռեակցիայի դրսևորումը, որովայնի մկանների որոշակի դիմադրությունը կամ լարվածությունը: Գիտակցության ավելի խորը խանգարումների դեպքում ուշադրություն է դարձվել որովայնի կողմնային մասերում պերկուտոր հնչյունի բացմանը: Ախտորոշման հետագա ճշտումը, կախված տեխնիկական հնարավորություններից կատարվել է ՌԲՉ կամ լապարացենտեզի միջոցով (12 հիվանդի մոտ): Այդ մեթոդների կիրառումը բույլ է տվել խուսափելու ախտորոշիչ որովայնահատումից, որը պոլիտրավմայի պայմաններում հիվանդության հետագա ընթացքի ծանրացման պատճառ կարող է լինել: Մեր նյութերում, բացի ԳՌԻՎ-ի և վերջույթների վնասվածքից, 2 և ավելի ներքին օրգանների վնասվածքներ հայտնաբերվել է 9 հիվանդների մոտ, որոնք բոլորն էլ մահացել են, չնայած 4-ի մոտ կատարվել է վիրահատական միջամտություն:

Բազմահամակցված ԳՌԻՎ-ում հիվանդների մոտ վնասվածքի սուր շրջանում վերջույթների կոտրվածքների անշարժեցումը կատարվել է հիմնականում գիպսյա կապերի, երբեմն՝ շինաների միջոցով, ոչ հազվադեպ առանց բեկորների համադրման: Վերջինս կատարվել է կենսական ֆունկցիաների կայունացումից հետո՝ սովորաբար վնասվածքի 2-3-րդ օրը: Կախված վնասվածքի բնույթից, այդ ժամանակաշրջանում այլ հիվանդների մոտ դրվել է կմախքային ձգում: Ծնոտների կոտրվածքների ժամանակավոր անշարժեցումը շինաների միջոցով կատարվել է 1-4-րդ օրերում, իսկ օստեոսինթեզի գործողություններ 1-2 շաբաթ անց:

Եթե գանգուղեղային տրավման համակցվում է ողնուղեղի և վերջույթների վնասվածքների հետ, ապա վերջիններիս անշարժեցման նպատակով գիպսյա կապերի օգտագործումը կարող է պառկելախոցների արագ զարգացման պատճառ լինել: Այդ դեպքերում գերադասելի է կմախքային ձգման, արտաքին անշարժեցման ապարատների կամ մետաղա-օստեոսինթեզի կիրառումը:

Մեր դիտարկումները, ինչպես և գրականության տվյալները [7, 9], հիմք են տալիս բազմահամակցված ԳՌԻՎ-ի դեպքում բավականաչափ դրական արտահայտվել արտաքին անշարժեցման ապարատների կիրառման օգտին: Այդ մեթոդիկայի ավելի լայն գործնական ներդրմանը մասամբ խոչընդոտում է

վերոհիշյալ ապարատների խիստ սակավությունը [10]:

Հարկ է նշել, որ մեր դիտարկումներում բազմահամակցված ԳՌԻՎ-ի մոտավորապես կեսի դեպքում արտագնազային բաղադրիչները հիմնականում ներառել են վերջույթների և դիմային զանգվածային բազմաօջախային վնասվածքները: Մեր կարծիքով, նրանց կարելի է պայմանականորեն ներկայացնել զանգվածային բազմավնասվածքներ անվամբ ենթախմբով: Բազմահամակցված ԳՌԻՎ-ի մյուս ենթախմբում արտագնազային վնասվածքները, բացի կմախքային վնասվածքներից, ընդգրկել են որովայնի կամ կրծքավանդակի խոռոչների մեկ և ավելի ներքին օրգանների պատվածքներ, որոնք պատճառ են եղել մեծածավալ ներքին արյունահոսությունների: Պայմանականորեն նրանց կարելի է անվանել բազմախոռոչային հն-

մակցված ԳՌԻՎ-եր: Այս խմբի մեջ ընդգրկվող բազմավնասվածքները աչքի են ընկել ախտորոշման և հատկապես բուժման բացառիկ դժվարություններով: Պատահական չէ, որ մեր նյութերում նմանատիպ վնասվածքներով 25 հիվանդներից միայն 6 հիվանդի է հաջողվել փրկել, որոնց մոտ զանգուղեղային վնասվածքը նվազագույն ծանրություն է ունեցել և առանձնապես չի խոչընդոտել մահացու ներքին վնասվածքների վաղ հայտնաբերմանը և վերացմանը: Գանգուղեղի ծանր վնասվածքներով և ներքին օրգանների զանգվածային արյունահոսություն ունեցող բոլոր հիվանդները մահացել են հիվանդանոց ընդունվելու առաջին ժամերի կամ 1-2 օրվա ընթացքում: Նրանց լրիվ ախտորոշումները հիմնականում բացահայտվել են դատաբժշկական հետազոտման ժամանակ:

Поступила 23.03.02

Некоторые особенности течения и тактики лечения черепно-мозговых травм, сочетанных с множественными внечерепными повреждениями у детей

Н.О. Даллакян, М.М. Мартиросян, В.Л. Меликян

Изучены истории болезни 430 детей с сочетанными черепно-мозговыми травмами (ЧМТ). Сочетания ЧМТ с множественными внечерепными повреждениями (полисочетанная ЧМТ) наблюдались у 51 ребенка, что обусловило максимальное проявление синдромов "взаимного отягощения", "множественных порочных кругов", "взаимного перекрытия симптомов" у пострадавших и быстрое ухудшение их состояния. При поступлении у всех детей был диагностирован трав-

матический-геморрагический шок, через 0.5-1 час после поступления в больницу, у 29 больных состояние оценивалось как крайне тяжелое и терминальное. Решение диагностических и тактических задач у этих пострадавших представляло особые трудности, для преодоления которых (при отсутствии возможности проведения срочного компьютерно-томографического обследования) нередко требовалось применение диагностических оперативных вмешательств.

Some peculiarities of the course and treatment tactics in patients with multiple extracranial injuries combined with craniocerebral trauma

N.H. Dallakyan, M.M. Martirosyan, V.L. Melikyan

The case histories of 430 children with combined craniocerebral traumas (CCT) were analyzed. Combinations of CCT with multiple extracranial injuries (polycombined CCT) were observed in 51 children, which resulted in maximal manifestation of syndromes of "mutual aggravation", "multiple vicious circles", "mutual re-covering of symptoms" in the injured and fast worsening of their condition: at admission in all children traumatic-hemorrhagic

shock was diagnosed, 0.5-1 hr. after admission to the hospital the condition of 29 patients was estimated as extremely heavy or terminal. The solution of diagnostical and tactical problems in such patients was rather difficult and needed (in the absence of the possibility to conduct CT-examination) performance of diagnostic surgical interventions.

Գրականություն

1. *Артемов Б.В.* Сочетанная черепно-мозговая травма. Дисс. Д.м.н., СПб, 1985.
2. *Григорьев М.Г., Звонков Н.А., Лихтерман Л.Б., Фраерман А.П.* Сочетанная черепно-мозговая травма. Под ред. М.Г. Григорьева. Горький, 1977.
3. *Долецкий С.Я., Киселев В.П., Самойлович Э.Ф.* Ортопед., травматол., 1982, 12, с.14
4. *Дятлов ММ.* Вестник травматологии и ортопедии, 1999, с. 27.
5. *Иова А.С., Гармашов Ю.А., Андрущенко Н.В., Паутницкая Т.С.* Ультрасонография в педиатрии. СПб, 1997.
6. *Кешишян Р.А., Кузнецов Л.Е.* Диагностика внутреннего кровотечения при повреждениях таза у детей. В кн.: Сочетанная травмаю Пермь, 1990.
7. *Комаров Б.Д., Лебедев В.В., Охотский В.П.* Вестн. АНН СССР, 1984, 12, с. 16.
8. *Лебедев В.В., Сарибекян А.С., Евзиков Г.Ю.* Вopr. нейрохир., 1994, 2, с.32.
9. *Корж А.А., Рынденко В.Г.* Ортопедия, травматология и ротезирование, 1990, 7, с. 1.
10. *Чобан А.А., Чобан Ф.И., Грозман Ю.М., Василика И.Ф.* Диагностика и лечение больных с множественной и сочетанной травмой. Кишинев, 1988.
11. *Chandler W.F., Rubin J.M., Sigel B.* (ed). Operative Ultrasonography. Raven Press, New York, 1988, p. 175.
12. *Cowley R. A.* The Progr. Crit. Care. Med., 1. Multiple Trauma. Ed. Wilder R. J., 1984.
13. *Davis S.L., Furman D.P., Costarino A.T.* J. Pediatr., 1993, 123, p. 35.
14. *Evers B.M., Cryer H.M., Miller F.B.* Arch. Surg., 1989, 124, p. 422.
15. *Halter J. A., Buck I. R.* Prog. Crit. Care. Med., 1. Multiple Trauma. Ed. Wilder R. J., 1984, p. 208.
16. *Heberer W. J.* Surg., 1983, 7, p. 68.
17. *Luce John M.* Crit. Care. Med., 1998, 26, 2, p. 369.
18. *Merritt C.R.B., Couton R., Connolly E.* Radiology, 1983, 148, p. 513.
19. *Sarnaik A.P., Lien L.M.* Pediatr. Clin. North. Am., 1994, 41, p. 337.