

Клинико-эпидемиологическая характеристика и пути совершенствования неотложной помощи при черепно-мозговой травме в сельской местности Украины

Ольхов В.М.

**Винницкая областная психоневрологическая больница им.акад.А.И.Ющенко,
Винницкий Национальный медицинский университет им.Н.И.Пирогова, Украина**

Изучение качества диагностической и лечебной помощи при острой ЧМТ в сельской местности Винницкой области проводится с 1992 года.

Анализ полученных данных, определил частоту ЧМТ 2–3%. Особенности этого вида травматизма в сельской местности: высокая частота травм, полученных в состоянии алкогольного опьянения (40%), подавляющее преобладание легких черепно-мозговых повреждений (91%), а также низкая частота травм у детей (7,2%) и крайне высокие показатели летальности при тяжелой ЧМТ (71,9%).

Приказами Винницкого ОЗО предусматривалось выделение в ЦРБ специалистов (травматологов, хирургов, как правило, высшей и первой категории), ответственных за оказание помощи больным с этим видом травмы. На базе областного нейрохирургического отделения для указанных специалистов было организовано ежегодное, в течении 3 недель, прохождение тематических курсов совершенствования.

В повседневную деятельность ЦРБ была внедрена экспертная компьютерная система “Ургент-1.0”, предназначенная для медицинских работников, недостаточно подготовленными по вопросам диагностики и лечения острой ЧМТ.

Начиная с 1993 года, пострадавшие с тяжелой ЧМТ при отсутствии витальных нарушений, стали транспортироваться в областное нейрохирургическое отделение, обладающее необходимой диагностической аппаратурой (в том числе КТ) и возможностями проведения адекватной интенсивной терапии. В результате проведенных мероприятий на протяжении 1992–1995 г.г. удалось снизить летальность при тяжелой ЧМТ среди пострадавших из сельских районов Винницкой области с 71,9% до 46,6%, т.е. в 1,5 раза.

Анализ данных анкет за 2002–2004 г.г. показал, что частота ОЧМТ составляет 2,3% при практически постоянной летальности от тяжелой черепно-мозговой травмы (46,5%).

Этот показатель стал поводом для анализа 161 истории больных с ОЧМТ из нескольких районов области с целью определения тактики и лечебно-диагностических построений на местах.

Почти половина пострадавших (46,3%) была доставлена в ЦРБ после 6 часов перенесенной ЧМТ. Только 52 пострадавшим оказывалась первая медицинская помощь.

При оценке качества оказания медицинской помощи выявлены недостатки в сборе анамнеза, описании места приложения травмирующего агента. В 15% случаев не выполнялась краниография. В 70–80% не проводилась люмбальная пункция. Только 1/5 больных осматривались в остром периоде ЧМТ совместно — травматологом, неврологом и реаниматологом. В 90% случаев есть замечания к фармакотерапии острой нейротравмы.

Изучение структуры изолированной ЧМТ показало, что легкая ЧМТ отмечена в 90,4% (сотрясение головного мозга — 84%, ушиб головного мозга легкой степени — 6,4%). ЧМТ тяжелой степени в 6,3% наблюдений (ушиб тяжелой степени 3,9% , сдавление головного мозга 2,4% пострадавших).

При оценке структуры травматического сдавления головного мозга выявлено, что количество субдуральных гематом, как осложнения ЧМТ, превалируют над другими видами компрессии головного мозга и составляет 61%.

С целью улучшения результатов лечения всех видов черепно-мозговой травмы в области, кроме предложенных ранее организационных и диагностических мероприятий необходимо:

1. Ограничить или запретить госпитализацию пострадавших с ЧМТ в лечебные учреждения первого уровня, где нет подготовленных по нейротравме специалистов.

2. В ЦРБ проводить динамическую почасовую оценку состояния больных с тяжелой ЧМТ по шкале ком Глазго, с определением АД, пульса, дыхания, температуры. Привлекать к осмотру невролога, реаниматолога при поступлении пострадавших в стационар.

3. Всем пострадавшим в состоянии комы неясного генеза, при исключении ком соматогенно обусловленных (гипер-, гипогликемическая, токсическая комы и др.) проводить КТ.

4. О состоянии и тактике ведения всех больных с тяжелой ЧМТ, докладывать областному нейрохирургу.

5. Проводить аналіз состояния оказания помощи больным с ЧМТ 3–4-х районов в год с вынесением на аппаратное совещание управления здравоохранения ОГА.

6. Поквартально проводить анализ историй болезни умерших больных от тяжелой ЧМТ, с последующим разбором на совместных совещаниях с травматологами и неврологами области.

7. Принимать участие в аттестации врачей травматологов и неврологов области на аттестационной комиссии управления здравоохранения ОГА.

Особливості інтенсивної терапії тяжкої черепно-мозкової травми в гострому періоді: конфлікт інтересів

Шлапак І.П., Пилипенко М.М.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії КМАПО ім. П.Л. Шупика, м.Київ, Україна

На сьогоднішній день не викликає сумнівів, що у хворих з тяжкою ЧМТ, які перебувають у коматозному стані, саме якість інтенсивної терапії є вирішальним фактором, який визначає їх виживання та неврологічне одужання. Після того, як за останні 10–15 років результати переважної більшості масштабних досліджень так званих нейропротекторів виявились невтішними, змінилося ставлення до інтенсивної терапії (ІТ) тяжкої ЧМТ. Все рідше її хибно сприймають як засіб одночасного "комплексного" застосування медикаментів, які впливають на провідні ланки патогенезу вторинного ішемічного ушкодження і, тим самим, захищають нейрони від ішемії та гіпоксії. Такий підхід не довів своєї ефективності. Дедалі ширше приходить розуміння місця ІТ як засобу попередження та лікування ішемії та гіпоксії і запобігання розвитку вторинного ішемічного ушкодження. На перший погляд, досягнення лише цих завдань є простим і навіть банальним, і обмежує широкі можливості методів ІТ. Насправді, ішемія та гіпоксемія хоча б протягом нетривалого часу зустрічаються у переважній більшості хворих з тяжкою ЧМТ, незважаючи на всі зусилля, спрямовані на їх попередження. З іншого боку, існують складні взаємодії між ланками патогенезу системних порушень при тяжкій ЧМТ. Це призводить до того, що, наприклад, лікуючи гіпоксемію, ми сприяємо підвищенню внутрішньочерепного тиску (ВЧТ), а, підвищуючи церебральний перфузійний тиск (ЦПТ), ми пошкоджуємо функції легень.

Метою цієї публікації є виявлення конфлікту інтересів різних органів та систем при лікуванні тяжкої ЧМТ, а також демонстрація того, що успішне вирішення цього конфлікту потребує від лікаря як глибокого знання наукових досліджень, так і мистецтва лікування.

Взаємодія "ЦНС — дихальна система". Ушкодження мозку і внутрішньочерепна гіпертензія можуть призводити до порушень функції легень і гіпоксемії. Обумовленими виключно нейрогенними причинами є порушення, як порушення глибини та ритму дихання, нейрогенний набряк легень (ННЛ). Причиною розвитку ННЛ є симпатична активація і обумовлене нею підвищення легеневого гідростатичного тиску [13]. З тяжкістю ЧМТ корелює також частота більш грізних легневих ускладнень, таких як нозокоміальна пневмонія (НП) та синдром гострого пошкодження легень (СГПЛ).

Деякі заходи, спрямовані на корекцію резистентної до осмотично-активних речовин внутрішньочерепної гіпертензії, можуть прямо чи опосередковано викликати легеневе ушкодження. До таких заходів належать інфузія високих доз тіопенталу та штучна гіпотермія. Подовжена інфузія тіопенталу супроводжується виникненням легневих ускладнень у 76% хворих (у тому числі легеневої інфекції у 55%), артеріальної гіпотензії у 58% і низкою інших ускладнень, серед яких дисфункція печінки та нирок, гіпокаліємія [4]. Помірна гіпотермія (33°C) підвищує ризик ателектазування та значно знижує індекс оксигенації (PaO_2/FiO_2), і ці порушення зберігаються після зігрівання хворих [10].

Компенсацією несприятливого впливу на дихальну систему у хворих, які перебувають у коматозному стані, є встановлення контролю над дихальними шляхами (інтубація трахеї з наступним раннім виконанням трахеостомії [6]) та респіраторна підтримка. Для зменшення симпатичної активації призначають аналгоседацію.

Вплив легневих ускладнень на ЦНС обумовлений порушенням газового складу крові і можливим підвищенням ВЧТ при гіпоксемії і гіперкапнії унаслідок вазодилатації мозкових судин. Крім того, такі легневі ускладнення як НП та СГПЛ є рушійною силою розвитку поліорганної недостатності і опосередковано можуть пошкоджувати мозок за рахунок масивного викиду в кров цитокінів.