

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



МАТЕРІАЛИ

100 – ї

підсумкової наукової конференції

професорсько-викладацького персоналу

Вищого державного навчального закладу України

«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

11, 13, 18 лютого 2019 року

(присвячена 75 - річчю БДМУ)

Чернівці – 2019

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 100 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», присвяченої 75-річчю БДМУ (м. Чернівці, 11, 13, 18 лютого 2019 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2019. – 544 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 100 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», присвяченої 75-річчю БДМУ (м.Чернівці, 11, 13, 18 лютого 2019 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція: професор Бойчук Т.М., професор Івашук О.І., доцент Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

професор Братенко М.К.

професор Булик Р.Є.

професор Гринчук Ф.В.

професор Давиденко І.С.

професор Дейнека С.Є.

професор Денисенко О.І.

професор Заморський І.І.

професор Колоскова О.К.

професор Коновчук В.М.

професор Пенішкевич Я.І.

професор Сидорчук Л.П.

професор Слободян О.М.

професор Ткачук С.С.

професор Тодоріко Л.Д.

професор Юзько О.М.

д.мед.н. Годованець О.І.

ISBN 978-966-697-543-3

© Буковинський державний медичний
університет, 2019



Шутка В.Я.
ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ПОЄДНАНОЇ ТРАВМИ
ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ ТА КРУПНИХ СУГЛОБІВ

Кафедра урології та нейрохірургії
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»

Мета дослідження: вивчити лікувальну тактику при політравмі з пошкодженням центральної нервової системи, великих суглобів та інших органів.

У 2007 – 2017 рр. в клініці знаходилося на лікуванні 114 хворих у віці від 16 до 72 років з черепно-мозковими пошкодженнями та поразенням великих суглобів. За локалізацією осташні розподілялися так: пошкодження кульшових суглобів – 46 (38 – однобічні, 8 – двобічні), колінних – 28, гомілково-стопневих – 26, плечових – 14. У 88 діагностовано внутрішньосуглобові переломи, 14 – переломовивихи, 12 – забій з гематрозом. У 101 хворого закриті пошкодження, у 13 – відкриті. У 34 пацієнтів приєдналися травми органів грудної клітки, 35 – черевної порожнини, 14 – пошкодження кісток таза, 85 постраждало в результаті автотранспортних пригод, 24 – при падінні з висоти, два травмовані падаючими великими предметами, три хворих – при аварії на залізничному транспорті.

У 82 випадках пошкодження великих суглобів поєднувалося з черепно-мозговою травмою (струс або забій головного мозку легкого та середнього ступеня). У клінічній картині цих хворих стійких порушень свідомості не спостерігалось, серцева і дихальна діяльність була стабільною. Тому на перший план виступали симптоми ураження суглобів. забезпеченні) здійснювалося виравлення вивихів, гіпсова іммобілізація. Лікувальна тактика була наступною: одночасно з проведенням патогенетичної консервативної терапії черепно-мозкових пошкоджень відразу (при анестезіологічному, накладання скелетного витягу. Якщо потрібно проведення оперативного втручання, то струс головного мозку не є до нього протипоказанням, а при наявності забою головного мозку операцію відклали на 7-12 днів, внаслідок розвитку набряку мозку в цей період. У 32 випадках пошкодження головного мозку були тяжкими (забій головного мозку тяжкого ступеня – 28 хворих, субарахноїдальний крововилив – 11, стискування головного мозку – 12). У цій групі у клініці захворювань головне значення мають симптоми пошкодження головного мозку (порушення свідомості, психічне і моторне збудження, порушення дихальної діяльності, нестабільність гемодинаміки). Тактика лікування визначалася наступним чином: спочатку, до виведення постраждалого з стану церебрального і травматичного шоку (лікування збудження, відновлення свідомості, стабілізація гемодинаміки, дихання), пошкоджені суглоби іммобілізували за допомогою гіпсових лонгет, циркулярних пов'язок, чобітків; одночасно проводили новокаїнові блокади, при гемартрозах – пункції суглобів. Ці малоінвазивні лікувальні заходи направлені на зменшення синдрому взаємного обтяження. Тому хворим, які знаходяться в непритомному стані, не застосовується скелетне витягнення, оскільки при збудженні відбувається вторинне зміщення кісткових фрагментів, що веде до погіршення стану хворих. Оперативне втручання на суглобах проводили на 14-21 день, після виходу хворих із тяжкого стану. У більш ранні строки можуть виникнути ускладнення, пов'язані з набряком головного мозку і вторинними гемодинамічними порушеннями. Необхідно відмітити, що наявність клініки здавлення головного мозку є абсолютним показанням до проведення термінової операції трепанації черепа, видалення гематоми.

Таким чином, при виборі лікувальної тактики у хворих з поєднаними пошкодженнями центральної нервової системи перш за все необхідно визначити співвідношення важкості черепно-мозкової травми й інших органів. Питання про термін проведення необхідних оперативних втручань повинно вирішуватись індивідуально. Необхідно враховувати, що період після 12–15 днів до 3-4 тижнів є найбільш сприятливими. Прості маніпуляції місцевого характеру є необхідністю, тому що вони створюють позитивні умови для перебігу захворювання.